



L.A. Care
*Medicare Plus*TM
(HMO D-SNP)

Cẩm Nang Hội Viên 2026

Ngày 1 tháng 1 năm 2026 - Ngày 31 tháng 12 năm 2026



L.A. Medicare Plus (HMO D-SNP) Cẩm Nang Hội Viên

Ngày 1 tháng 1 năm 2026 – Ngày 31 tháng 12 năm 2026

Bảo Hiểm Sức Khỏe và Thuốc của Quý Vị theo chương trình L.A. Care Health Plan

Cẩm Nang Hội Viên Phần Giới Thiệu

Cẩm Nang Hội Viên này, còn được gọi là *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage)* cho quý vị biết phạm vi bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2026. Cẩm nang này giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn vì sử dụng chất gây nghiện), bảo hiểm thuốc và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở **Chương 12** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị.

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

Khi *Cẩm Nang Hội Viên* này dùng những từ "chúng tôi", "của chúng tôi" hay "chương trình của chúng tôi" là muốn nói đến L.A. Care Medicare Plus.

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng *Tiếng Ả Rập, Tiếng Armenia, Tiếng Hoa, tiếng Punjab, Tiếng Hindi, Tiếng Hmong, Tiếng Nhật, Tiếng Hàn, Tiếng Lào, Tiếng Mien, Tiếng Cam-pu-chia, Tiếng Ba Tư, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, Tiếng Thái, Tiếng Ukraina và Tiếng Việt*.

Quý vị có thể lấy miễn phí tài liệu này theo định dạng khác như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc bằng đĩa thu âm bằng cách gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước.

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là một yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần đưa ra các yêu cầu riêng biệt mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để lấy thông tin bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh và/hoặc bằng một định dạng khác, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị đưa ra hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.

Thông Báo về Tình Trạng Sẵn Có của Dịch Vụ Hỗ Trợ Ngôn Ngữ, và Phương Tiện Trợ Giúp và Dịch Vụ Phụ Trợ

❖ **ATTENTION: If you need help in your language, call 1-833-522-3767 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-833-522-3767 (TTY: 711). These services are free of charge.**



❖ يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ
(TTY: 711) **1-833-522-3767**. تتوفر أيضًا المساعدات
والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة
بريل والخط الكبير. اتصل بـ (TTY: 711) **1-833-522-3767**.
هذه الخدمات مجانية.

❖ Հայերեն պիտակ (**Armenian**)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է
հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք
1-833-522-3767 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ
միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն
ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի
գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր:
Զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: 711): Այդ
ծառայություններն անվճար են:

❖ 简体中文标语 (**Chinese**)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电
1-833-522-3767 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人
的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，
也是方便取用的。请致电 **1-833-522-3767** (TTY: 711)。
这些服务都是免费的。



❖ **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

❖ **ਹਿੰਦੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Hindi)**

ਧਿਆਨ ਦੇਂ: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

❖ **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



❖ 日本語表記 (**Japanese**)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

❖ 한국어 태그라인 (**Korean**)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ ແທກໄລພາສາລາວ (**Laotian**)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໄດ້ທຽບ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄຸນພິການເຊັ່ນເອກະສານທຽບອກສອນນູແລະມາດຕະການໃຫຍ່ ໃຫ້ໄດ້ທຽບ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



❖ **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767**

(TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

❖ **ឃ្លាសូម្បីជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណុះ បេអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជា អក្សរធុស្ត សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជា អក្សរពុម្ពធី កអាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិន គិតថ្លៃឡើយ។

❖ **مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.



❖ **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

❖ **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

❖ **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.



❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นตัวอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

❖ **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-833-522-3767 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-833-522-3767 (TTY: 711).** Ці послуги безкоштовні.

❖ **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí



Ngôn ngữ khác

- ❖ Quý vị có thể lấy miễn phí *Cẩm Nang Hội Viên* này và các tài liệu chương trình khác bằng ngôn ngữ khác. L.A. Care Medicare Plus cung cấp các bản dịch của những biên dịch viên đủ trình độ. Gọi 1-833-522-3767 (TTY 711). Cuộc gọi này được miễn cước. Đọc *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như dịch vụ thông dịch viên và biên dịch.

Định dạng khác

- ❖ Quý vị có thể nhận thông tin này bằng các định dạng khác, chẳng hạn như chữ nổi Braille, bản in cỡ chữ lớn 20, định dạng âm thanh và các định dạng điện tử dễ tiếp cận (CD chứa dữ liệu), hoàn toàn miễn phí. Gọi 1-833-522-3767 (TTY 711). Cuộc gọi này được miễn cước.

Dịch vụ thông dịch

- ❖ L.A. Care Medicare Plus cung cấp dịch vụ thông dịch, cũng như ngôn ngữ ký hiệu, từ một thông dịch viên đủ trình độ, 24 giờ trong ngày, miễn phí cho quý vị. Quý vị không cần phải nhờ thành viên gia đình hoặc bạn bè làm thông dịch viên. Chúng tôi không khuyến khích nhờ trẻ vị thành niên làm thông dịch viên, ngoại trừ trường hợp cấp cứu. Dịch vụ thông dịch viên, ngôn ngữ và văn hóa được cung cấp miễn phí. Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Để được trợ giúp về ngôn ngữ, hay để lấy cẩm nang này bằng một ngôn ngữ khác, xin gọi 1-833-522-3767 (TTY 711). Cuộc gọi này được miễn cước.



Mục Lục

Chương 1.	Bắt đầu với tư cách hội viên	10
Chương 2.	Những số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng	22
Chương 3.	Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ được đài thọ khác	44
Chương 4.	Bảng Quyền Lợi	67
Chương 5.	Lấy thuốc theo toa ngoại trú của quý vị	136
Chương 6.	Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal của quý vị	156
Chương 7.	Yêu cầu chúng tôi trả hóa đơn mà quý vị nhận được về các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ	166
Chương 8.	Quyền và trách nhiệm của quý vị	172
Chương 9.	Cần làm gì khi quý vị có vấn đề hoặc than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)	192
Chương 10.	Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi	239
Chương 11.	Thông báo pháp lý	248
Chương 12.	Định nghĩa từ ngữ quan trọng	252

Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- ❖ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả hai chương trình Medicare và Medi-Cal để cung cấp quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Việc ghi danh vào L.A. Care Medicare Plus tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- ❖ Các quyền lợi và/hay tiền đồng trả có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.
- ❖ Các thuốc được đài thọ, mạng lưới nhà thuốc, và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo trước ít nhất 30 ngày về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến quý vị.



Chương 1: Bắt đầu với tư cách hội viên

Phần Giới Thiệu

Chương này bao gồm thông tin về L.A. Care Medicare Plus, một chương trình bảo hiểm sức khỏe mà đài thọ tất cả các dịch vụ Medicare của quý vị, và điều phối tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình này. Nó cũng cho quý vị biết cần mong đợi điều gì và quý vị sẽ nhận được những thông tin nào khác từ chúng tôi. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Chào mừng đến với chương trình của chúng tôi	12
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal	12
B1. Medicare	12
B2. Medi-Cal	12
C. Ưu điểm của chương trình chúng tôi	13
D. Khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi	14
E. Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên chương trình.....	14
F. Cần mong đợi điều gì khi quý vị lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi.....	14
G. Đội ngũ chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị.....	15
G1. Đội ngũ chăm sóc	15
G2. Kế hoạch chăm sóc	16



H.	Chương 1: Bắt đầu với tư cách hội viên.....	16
H1.	Phí bảo hiểm	16
	Quý vị không có phí bảo hiểm cho chương trình này, dựa theo mức Extra Help mà quý vị nhận được. Extra Help là một chương trình Medicare giúp người có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế được giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và tiền đồng trả. Extra Help còn được gọi là "Trợ Cấp Thu Nhập Thấp", hay "LIS"	16
H2.	Phí Bảo Hiểm Medicare Phần A và Phần B Hàng Tháng	16
H3.	Phí Bảo Hiểm Quyền Lợi Bổ Sung Tùy Chọn	17
H4.	Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare.....	17
I.	<i>Cẩm Nang Hội Viên này</i>	17
J.	Thông tin quan trọng khác quý vị nhận được từ chúng tôi.....	17
J1.	Thẻ ID Hội Viên của Quý Vị.....	18
J2.	<i>Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc</i>	18
J3.	<i>Danh Sách Thuốc Được Đãi Thạo</i>	19
J4.	<i>Bản Giải Thích Quyền Lợi</i>	20
K.	Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị	20
K1.	Tính riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI).....	21



A. Chào mừng đến với chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho những người hội đủ điều kiện với cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi bao gồm các bác sĩ, các bệnh viện, các nhà thuốc, các nhà cung cấp dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi và những nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc và đội ngũ chăm sóc để giúp quý vị quản lý các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị. Những người này cùng làm việc với nhau để cung cấp cho quý vị tất cả những dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

L.A. Care Medicare Plus là chương trình Medicare Medi-Cal Plan (chương trình MMP hoặc Medi-Medi), một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Hội Đủ Tiêu Chuẩn Cho Cả Hai Chương Trình được Ghi Danh Đặc Biệt do L.A. Care Health Plan cung cấp.

L.A. Care Health Plan là một tổ chức công cộng có tên chính thức là Local Initiative Health Authority for Los Angeles County (Cơ Quan Y Tế Sáng Kiến Địa Phương của Quận Los Angeles). L.A. Care Health Plan là một chương trình bảo hiểm sức khỏe độc lập, được quản lý công khai, do Tiểu Bang California cấp phép. L.A. Care Health Plan làm việc với các bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, và các nhà cung cấp khác để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho:

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên của chương trình Medicaid tại California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và được chính phủ tiểu bang và liên bang tài trợ. Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn kinh phí giới hạn trả tiền cho các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS) và chi phí y tế. Chương trình này đài thọ những dịch vụ và loại thuốc đặc biệt mà không được Medicare đài thọ.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- những gì được tính là thu nhập và nguồn tài chính,
- ai hội đủ điều kiện,
- những dịch vụ nào được đài thọ, **và**
- chi phí của các dịch vụ.

Các tiểu bang có thể quyết định cách điều hành các chương trình của họ, miễn là họ tuân theo các quy định của liên bang.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Medicare và tiểu bang California đã chấp thuận chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể nhận các dịch vụ của Medicare và Medi-Cal thông qua chương trình của chúng tôi miễn là:

- chúng tôi chọn cung cấp chương trình, **và**
- Medicare và tiểu bang California cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

Ngay cả khi chương trình của chúng tôi ngừng hoạt động trong tương lai, tư cách hội đủ của quý vị với các dịch vụ Medicare và Medi-Cal sẽ không bị ảnh hưởng.

C. Ưu điểm của chương trình chúng tôi

Giờ đây quý vị sẽ nhận được tất cả các dịch vụ do Medicare và Medi-Cal đài thọ từ chương trình của chúng tôi, kể cả thuốc. **Quý vị không phải trả thêm tiền để tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe này.**

Chúng tôi sẽ giúp cho các quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị phối hợp với nhau tốt hơn cho quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị có thể làm việc với chúng tôi về **hầu hết** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có một đội ngũ chăm sóc mà quý vị góp phần tạo nên. Đội ngũ chăm sóc của quý vị có thể bao gồm chính quý vị, người chăm sóc cho quý vị, các bác sĩ, y tá, nhân viên tư vấn và những chuyên gia y tế khác.
- Quý vị có một Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc. Người này sẽ làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với đội ngũ chăm sóc của quý vị để giúp lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị.
- Quý vị có thể chỉ định việc chăm sóc cho mình với sự giúp đỡ của đội ngũ chăm sóc và Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc.
- Đội ngũ chăm sóc và Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc sẽ làm việc với quý vị để lập một kế hoạch chăm sóc riêng nhằm đáp ứng các nhu cầu về sức khỏe **của quý vị**. Đội ngũ chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ quý vị cần. Ví dụ: điều này có nghĩa là đội ngũ chăm sóc của quý vị bảo đảm:
 - Bác sĩ của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị dùng để họ có thể chắc chắn rằng quý vị đang dùng đúng thuốc, và nhờ đó họ có thể làm giảm những phản ứng phụ có thể xảy đến cho quý vị từ các loại thuốc này.
 - Kết quả kiểm tra của quý vị được chia sẻ cho tất cả các bác sĩ của quý vị và những nhà cung cấp khác khi cần.

Hội viên mới tham gia L.A. Care Medicare Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào L.A. Care Medicare Plus để hưởng các quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu được ghi danh vào L.A. Care Medicare Plus. Quý vị vẫn có thể nhận được L.A. Care Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe L.A. Care Medi-Cal trước đó của quý vị thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ của mình thông qua L.A. Care Medicare Plus. Sẽ không có khoảng chờ trong bảo hiểm L.A. Care Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

D. Khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi

Khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm các quận này tại California, Quận Los Angeles.

Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới được tham gia chương trình của chúng tôi.

Quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi. Xem **Chương 8** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về những ảnh hưởng khi chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.

E. Điều gì giúp quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên chương trình

Quý vị hội đủ điều kiện với chương trình của chúng tôi miễn là quý vị:

- sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi (những người bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực phục vụ ngay cả khi họ thực sự ở trong khu vực đó), **và**
- từ 21 tuổi trở lên tại thời điểm ghi danh, **và**
- có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- là công dân Hoa Kỳ hay cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ, **và**
- hiện tại hội đủ điều kiện với chương trình Medi-Cal.

Nếu quý vị mất tư cách hội đủ với Medi-Cal nhưng dự kiến có thể phục hồi tư cách hội đủ trong vòng 3 tháng, quý vị vẫn hội đủ điều kiện với chương trình chúng tôi.

Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

F. Cần mong đợi điều gì khi quý vị lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi

Khi quý vị lần đầu tham gia chương trình chúng tôi, quý vị sẽ được đánh giá rủi ro sức khỏe (Health Risk Assessment, HRA) trong vòng 90 ngày trước hay sau ngày ghi danh có hiệu lực của quý vị.

Chúng tôi phải thực hiện HRA cho quý vị. HRA này là cơ sở để phát triển kế hoạch chăm sóc cho quý vị. HRA này sẽ gồm có các câu hỏi để nhận dạng các nhu cầu về mặt y tế, sức khỏe hành vi và chức năng của quý vị.

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để thực hiện HRA. Chúng tôi có thể thực hiện HRA bằng cách gặp trực tiếp, qua điện thoại hoặc thư tín.

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

Nếu quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục đến thăm khám với các bác sĩ mà quý vị hiện đang đến thăm khám trong một khoảng thời gian nhất định, ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi gọi đây là chăm sóc liên tục. Nếu họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, quý vị có thể giữ lại các nhà cung cấp và sự cho phép dịch vụ hiện nay vào thời điểm quý vị ghi danh trong tối đa 12 tháng, nếu tất cả các điều kiện sau đây được đáp ứng:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.



- Quý vị, người đại diện của quý vị hay nhà cung cấp của quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp hiện nay của quý vị.
- Chúng tôi xác nhận rằng quý vị đã có một mối quan hệ từ trước với một nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp chăm sóc chuyên khoa, với một số ngoại lệ. Khi chúng tôi nói "mối quan hệ từ trước", điều đó có nghĩa là quý vị đã đến khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới ít nhất một lần với một lần khám bệnh không cấp cứu trong 12 tháng trước ngày quý vị ghi danh ban đầu vào chương trình của chúng tôi.
 - Chúng tôi sẽ xác định một mối quan hệ từ trước bằng cách xem xét thông tin sức khỏe có sẵn của quý vị hay thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi.
 - Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh hơn và chúng tôi phải trả lời trong vòng 15 ngày. Quý vị có thể đưa ra yêu cầu này bằng cách gọi 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại, chúng tôi phải trả lời trong vòng 3 ngày.
 - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải trình tài liệu chứng minh mối quan hệ từ trước và đồng ý với một số điều khoản khi quý vị yêu cầu.

Lưu ý: Quý vị có thể gửi yêu cầu này tới các nhà cung cấp Thiết Bị Y Tế Bền (Durable Medical Equipment, DME) trong ít nhất 90 ngày cho đến khi chúng tôi cho phép thuê DME mới và có nhà cung cấp trong mạng lưới giao thiết bị cho thuê. Mặc dù quý vị không thể đưa ra yêu cầu này cho các nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở hoặc các nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ khác, quý vị có thể đưa ra yêu cầu về dịch vụ chuyên chở hoặc các dịch vụ phụ trợ khác không có trong chương trình của chúng tôi.

Sau khi thời hạn chăm sóc liên tục kết thúc, quý vị sẽ cần đến khám với những bác sĩ và nhà cung cấp khác thuộc mạng lưới L.A. Care Medicare Plus mà có liên kết với nhóm y tế của nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị, trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe. Khi quý vị chọn một nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP), quý vị sẽ được chỉ định cho nhóm y tế có liên kết với nhà cung cấp đó. Nhà cung cấp chăm sóc chính là bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị đến khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Một nhóm y tế là một hiệp hội các PCP và các bác sĩ chuyên khoa, được thành lập để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được điều phối. Xem **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Đội ngũ chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị

G1. Đội ngũ chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc có thể gồm có bác sĩ của quý vị, một Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc, hoặc những chuyên viên y tế khác mà quý vị chọn.

Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc là người đã được đào tạo để giúp quý vị quản lý việc chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ có một Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc khi ghi danh vào chương



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

trình chúng tôi. Người này cũng giới thiệu quý vị đến các nguồn hỗ trợ cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi có thể không cung cấp và sẽ làm việc với đội ngũ chăm sóc của quý vị để điều phối việc chăm sóc cho quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin về Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc và đội ngũ chăm sóc của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc của quý vị làm việc với quý vị để lập một kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc sẽ cho quý vị và các bác sĩ biết quý vị cần những dịch vụ nào, và cách nhận các dịch vụ này. Nó gồm có các nhu cầu về y tế, sức khỏe hành vi, và Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS) hay các dịch vụ khác.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị bao gồm:

- mục tiêu và lựa chọn chăm sóc sức khỏe cá nhân của quý vị, **và**
- lịch trình nhận các dịch vụ mà quý vị cần.

Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ liên lạc với quý vị sau khi quý vị hoàn tất HRA. Họ sẽ hỏi quý vị về các dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng sẽ cho quý vị biết về những dịch vụ mà quý vị có thể muốn để được cung cấp. Đội ngũ chăm sóc của quý vị được lập ra theo những hồi đáp của quý vị trong HRA, và bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị chia sẻ với đội ngũ chăm sóc của quý vị. Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ làm việc cùng quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc của quý vị ít nhất mỗi năm hay thường xuyên hơn nếu nhu cầu của quý vị thay đổi. Nếu quý vị quyết định không tham gia vào kế hoạch chăm sóc của mình hoặc Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị không thể liên lạc được với quý vị, một kế hoạch chăm sóc sẽ được lập cho quý vị theo những hồi đáp của quý vị trong HRA.

H. Tóm tắt về các chi phí quan trọng

Chi phí của quý vị có thể bao gồm như sau:

- Phí bảo hiểm (**Mục H1**)
- Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hàng Tháng (**Mục H2**)
- Phí Bảo Hiểm Quyền Lợi Bổ Sung Tùy Chọn (**Mục H3**)
- Số Tiền Trong Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare (**Mục H4**)

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

H1. Phí bảo hiểm của chương trình

Quý vị không có phí bảo hiểm cho chương trình này, dựa theo mức Extra Help mà quý vị nhận được. Extra Help là một chương trình Medicare giúp người có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế được giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và tiền đồng trả. Extra Help còn được gọi là "Trợ Cấp Thu Nhập Thấp", hay "LIS" (Low-Income Subsidy).

H2. Phí Bảo Hiểm Medicare Phần A và Phần B Hàng Tháng

Một số hội viên phải trả phí bảo hiểm Medicare khác. Như được giải thích trong **Mục E** ở trên, để hội đủ điều kiện với chương trình chúng tôi, quý vị phải duy trì tư cách hội đủ với Medi-Cal



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

bao lâu mà quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết hội viên L.A. Care Medicare Plus, Medi-Cal chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần A của quý vị (nếu quý vị không tự động đủ tiêu chuẩn với chương trình) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu Medi-Cal không trả các phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục trả các phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là hội viên của chương trình chúng tôi.

Bao gồm phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị. Quý vị cũng có thể phải trả phí bảo hiểm Medicare Phần A nếu quý vị không đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Medicare Phần A.

Ngoài ra, vui lòng liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên hay điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị và thông báo cho họ về sự thay đổi này.

H3. Phí Bảo Hiểm Quyền Lợi Bổ Sung Tùy Chọn

Nếu quý vị đăng ký nhận thêm quyền lợi, còn gọi là "quyền lợi bổ sung tùy chọn", quý vị phải trả thêm phí bảo hiểm mỗi tháng cho những quyền lợi bổ sung này. Xem **Chương 4, Mục E** để biết thông tin chi tiết.

H4. Số Tiền Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Nếu quý vị tham gia Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare, quý vị sẽ nhận được một hóa đơn từ chương trình của quý vị về thuốc của quý vị (thay vì thanh toán cho nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng của quý vị được dựa trên số tiền quý vị còn nợ đối với mọi thuốc theo toa nào mà quý vị nhận được, cộng với số dư của tháng trước đó, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2 cho biết thêm về Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn như một phần trong lựa chọn thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong **Chương 9** để than phiền hay khiếu nại.

I. Cẩm Nang Hội Viên này

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

Quý vị có thể yêu cầu *Cẩm Nang Hội Viên* bằng cách gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo các số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể xem *Cẩm Nang Hội Viên* trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ trang mạng ở cuối trang.

Hợp đồng này có hiệu lực trong những tháng mà quý vị được ghi danh vào chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 2026 đến ngày 31 tháng 12 năm 2026.

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

Những thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm Thẻ ID Hội Viên, thông tin về cách tiếp cận *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, và thông tin về cách tiếp cận *Danh Sách Thuốc Được Đãi Thạo*, còn được gọi là *Danh Sách Thuốc* hay *Danh Mục Thuốc*.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

J1. Thẻ ID Hội Viên của Quý Vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal, bao gồm các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS), một số dịch vụ sức khỏe hành vi, và thuốc theo toa. Quý vị phải trình thẻ này khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Sau đây là mẫu Thẻ ID Hội Viên:

 L.A. Care Medicare Plus. (HMO D-SNP)		In case of an emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). If you are not sure, call your Primary Care Provider (PCP) or contact our 24-Hour Nurse Advice Line.	
Member Name: Member ID: H1224-001		Member Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) Behavioral Health: 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929) Pharmacy Help Desk: 1-844-268-9785 Dental Services: 1-855-552-8243 24-Hour Nurse Advice: 1-800-249-3619 (TTY: 711) Find My Urgent Care: 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG) Website: medicare.lacare.org	
Care Manager Phone: 1-833-522-3767 PCP Group/Name:		MedicareRx Prescription Drug Coverage	
PCP Phone: MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0-25%		RxBIN: 610602 RxPCN: NVTD RxGRP: LDSNP RxID:	
Send Claims To: L.A. Care Health Plan, Attn: Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081		Providers can call for Pre-authorizations: 1-877-431-2273 Claim Inquiry: 1-866-522-2736	

Nếu Thẻ ID Hội Viên của quý vị bị hỏng, thất lạc hay mất cắp, hãy gọi ngay cho ban Dịch vụ Hội Viên theo số ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Miễn là quý vị còn là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị không cần phải dùng thẻ Medicare có màu đỏ, trắng và xanh dương hay thẻ Medi-Cal của quý vị để nhận hầu hết các dịch vụ. Hãy giữ những thẻ này ở nơi an toàn trong trường hợp quý vị cần dùng đến sau này. Nếu quý vị trình thẻ Medicare của quý vị thay vì thẻ ID Hội Viên của quý vị, nhà cung cấp có thể lập hóa đơn với Medicare thay vì với chương trình chúng tôi, và quý vị có thể nhận được một hóa đơn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ Medicare nếu quý vị cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia vào các công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng). Xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết điều cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp.

Lưu ý, quý vị cần thẻ Medi-Cal hay Thẻ Xác Định Quyền Lợi (Benefits Identification Card, BIC) để nhận các dịch vụ sau:

- Rối Loạn vì Sử Dụng Chất Gây Nghiện
- Medi-Cal Rx
- Tốt nhất là mang cả hai thẻ khi đến nhận dịch vụ

J2. Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc

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

Quý vị có thể yêu cầu *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* (dạng điện tử hay bản giấy) bằng cách gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang. Các yêu cầu bản giấy *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* sẽ được gửi qua bưu điện cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Quý vị cũng có thể xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* tại địa chỉ trang web ở cuối trang.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

Danh Mục này liệt kê danh sách các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng và bác sĩ tâm lý), các cơ sở (chẳng hạn như bệnh viện hoặc phòng khám), và những nhà cung cấp dịch vụ hỗ trợ (chẳng hạn như các nhà cung cấp Chăm Sóc Sức Khỏe Người Lớn Vào Ban Ngày và Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia), mà quý vị có thể đến để được chăm sóc với tư cách là hội viên của chương trình L.A. Care Medicare Plus. Chúng tôi cũng liệt kê các nhà thuốc mà quý vị có thể sử dụng để nhận thuốc theo toa của mình. Xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số điện thoại, bằng cấp chuyên môn, chuyên khoa, trường y đã theo học, việc hoàn tất chương trình thực tập và tình trạng chứng nhận của hội đồng. **Định nghĩa các nhà cung cấp trong mạng lưới**

- Các nhà cung cấp trong mạng lưới bao gồm:
 - các bác sĩ, y tá và các chuyên gia y tế khác mà quý vị có thể sử dụng với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi;
 - các phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, và những nơi khác mà cung cấp các dịch vụ y tế trong chương trình của chúng tôi; **và**
 - Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn có quản lý (Managed Long Term Services and Supports, MLTSS), dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME) và những nhà cung cấp khác mà cung cấp vật dụng và dịch vụ mà quý vị nhận được thông qua Medicare hoặc Medi-Cal.

Những nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý nhận tiền thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được đài thọ là khoản thanh toán toàn phần.

Định nghĩa các nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là những nhà thuốc đã đồng ý cấp thuốc theo toa cho hội viên của chương trình chúng tôi. Dùng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, quý vị phải lấy thuốc theo toa tại một trong những nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình chúng tôi giúp quý vị thanh toán tiền thuốc.

Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin. Cả ban Dịch Vụ Hội viên và trang mạng của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật nhất về những thay đổi về các nhà thuốc và nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi.

J3. Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ

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



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết liệu có bất cứ quy định hay hạn chế nào đối với bất cứ loại thuốc nào hay không, như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được. Xem **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

Mỗi năm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về cách sử dụng *Danh Sách Thuốc* nhưng có thể có một số thay đổi trong suốt năm. Để có thông tin mới nhất về các loại thuốc được đài thọ, hãy gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập trang mạng của chúng tôi theo địa chỉ ở cuối trang.

J4. Bản Giải Thích Quyền Lợi

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

EOB cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị, hay người khác thay mặt quý vị, đã trả cho thuốc Medicare Phần D của quý vị và tổng số tiền mà chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc Medicare Phần D của quý vị trong tháng. EOB này không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về thuốc mà quý vị dùng. **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này trình bày thêm thông tin về bản EOB và cách giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của quý vị.

Quý vị cũng có thể yêu cầu EOB. Để lấy một bản sao, hãy liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang.

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

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

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

Hãy cho chúng tôi biết ngay về những thông tin sau:

- những thay đổi về tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị;
- những thay đổi về bất cứ phạm vi bảo hiểm sức khỏe khác, chẳng hạn như từ hãng sở của quý vị, hãng sở của vợ/chồng quý vị, hãng sở của bạn đời sống chung của quý vị hoặc khoản bồi thường người lao động;
- bất cứ yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như yêu cầu bồi thường từ một tai nạn xe hơi;
- vào cơ sở điều dưỡng hay bệnh viện;
- dịch vụ chăm sóc từ bệnh viện hay phòng cấp cứu;
- những thay đổi về người chăm sóc cho quý vị (hay người nào khác có trách nhiệm với quý vị); **và**



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- nếu quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải cho chúng tôi biết về công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy.)

Nếu bất kỳ thông tin nào thay đổi, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang.

Quý vị cũng có thể thay đổi thông tin bằng cách sử dụng tài khoản trực tuyến L.A. Care Connect của quý vị. L.A. Care Connect là một tài khoản trực tuyến dành cho hội viên đã đăng ký của L.A. Care Medicare Plus. Quý vị có thể đăng ký và sử dụng tài khoản L.A. Care Connect của quý vị bằng cách truy cập **www.medicare.lacare.org**. Sau khi đăng ký, quý vị có thể đăng nhập để thực hiện những việc sau:

- Xem tư cách hội đủ điều kiện và quyền lợi của quý vị
- Yêu cầu, xem và/hoặc in thẻ ID của quý vị
- Thay Đổi Bác Sĩ hoặc Nhóm Y Tế của quý vị
- Quản lý thuốc, xem quá trình dùng thuốc của quý vị, tìm nhà thuốc và sử dụng tất cả các quyền lợi khác của Nhà Thuốc
- Tham gia các chương trình sức khỏe hiện có

K1. Tính riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)

Thông tin về hồ sơ hội viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (Personal Health Information, PHI). Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu chúng tôi giữ kín PHI của quý vị. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm thông tin chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, xin xem **Chương 8** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.



Chương 2: Những số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng

Phần Giới Thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên lạc về những nguồn hỗ trợ quan trọng mà có thể giúp quý vị giải đáp những thắc mắc về chương trình chúng tôi và các quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể dùng chương này để lấy thông tin về cách liên lạc với Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị và những người khác mà có thể bảo vệ quyền lợi của quý vị. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Ban Dịch Vụ Hội Viên	23
B. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của Quý Vị	26
C. Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP).....	28
D. Đường Dây Y Tá Tư Vấn	29
E. Đường Dây Trợ Giúp Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi	30
F. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)	31
G. Medicare	32
H. Medi-Cal	33
I. Văn Phòng Thanh Tra của chương trình Quản Lý Chăm Sóc và Sức Khỏe Tinh Thần Medi-Cal	34
J. Dịch Vụ Xã Hội Quận.....	35
K. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận.....	36
L. Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California	37
M. Các Chương Trình Giúp Chi Trả Chi Phí Thuốc	38
M1. Extra Help từ Medicare	38
M2. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc AIDS (ADAP).....	39
M3. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare	39
N. An Sinh Xã Hội	40
O. Ban Hưu Trí Đường Sắt (RRB)	41
P. Nguồn hỗ trợ khác.....	42
Q. Medi-Cal Dental	43



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

A. Ban Dịch Vụ Hội Viên

GỌI	1-833-522-3767. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Quý vị có thể lấy miễn phí thông tin này theo những định dạng khác, như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi braille và/hoặc dạng âm thanh bằng cách gọi đến số điện thoại ở trên. Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói Tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ
FAX	1-213-438-5712
VIẾT THƯ	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
TRANG MẠNG	medicare.lacare.org

Liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp về:

- thắc mắc về chương trình
- thắc mắc về yêu cầu thanh toán hay hóa đơn
- quyết định bảo hiểm về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Một quyết định bảo hiểm về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị là một quyết định về:
 - quyền lợi và các dịch vụ được đài thọ của quý vị, **hay**
 - số tiền chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
 - Gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc gì về một quyết định bảo hiểm về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.
 - Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- khiếu nại về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Khiếu nại là cách chính thức yêu cầu chúng tôi duyệt xét lại một quyết định chúng tôi đã đưa ra về phạm vi bảo hiểm cho quý vị, và yêu cầu chúng tôi thay đổi nó nếu quý vị cho là chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc không đồng ý với quyết định này.
 - Để tìm hiểu thêm về việc lập khiếu nại, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên.
- than phiền về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị
 - Quý vị có thể lập than phiền về chúng tôi, hoặc về bất cứ nhà cung cấp nào (kể cả nhà cung cấp không thuộc mạng lưới hay trong mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp cộng tác với chương trình chúng tôi. Quý vị cũng có thể lập than phiền với chúng tôi hoặc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) về chất lượng của dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (xem **Mục F**).
 - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
 - Nếu than phiền của quý vị là về một quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị thì quý vị có thể lập khiếu nại (xem mục ở trên).
 - Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể dùng mẫu đơn trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu được giúp đỡ.
 - Quý vị có thể lập than phiền về chương trình chúng tôi với Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal bằng cách gọi 1-855-501-3077.
 - Để tìm hiểu thêm về việc lập than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị
 - Một quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị là một quyết định về:
 - quyền lợi và thuốc được đài thọ của quý vị, **hoặc**
 - số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị.
 - Các loại thuốc không được Medicare đài thọ, chẳng hạn như thuốc mua không cần toa (over-the-counter, OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng của Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi đến Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.
 - Để biết thêm về quyết định bảo hiểm cho thuốc của quý vị, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.



- khiếu nại về thuốc của quý vị
 - Khiếu nại là cách thức yêu cầu chúng tôi thay đổi một quyết định bảo hiểm.
 - Để biết thêm về việc lập khiếu nại về thuốc của quý vị, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- than phiền về thuốc của quý vị
 - Quý vị có thể lập than phiền về chúng tôi hoặc về bất cứ nhà thuốc nào. Điều này bao gồm cả than phiền về thuốc của quý vị.
 - Nếu than phiền của quý vị là về một quyết định bảo hiểm về thuốc, quý vị có thể lập khiếu nại. (Xem mục ở trên.)
 - Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể dùng mẫu đơn trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu được giúp đỡ.
 - Để biết thêm về việc lập than phiền về thuốc của quý vị, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mà quý vị đã thanh toán
 - Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả, hoặc trả cho một hóa đơn mà quý vị nhận được, xin xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
 - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một hóa đơn và chúng tôi từ chối bất cứ phần nào trong yêu cầu của quý vị thì quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.



B. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của Quý Vị

Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc là ai?

- Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc là một y tá hoặc người được cấp phép khác mà sẽ tìm hiểu quý vị và tìm hiểu các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc có thể thuộc nhóm y tế của quý vị hay thuộc L.A. Care Health Plan. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị làm việc trong một đội ngũ với quý vị, (các) bác sĩ của quý vị, người chăm sóc và những người khác tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị đánh giá dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần, đưa ra một kế hoạch chăm sóc cùng với quý vị để xác định cách quý vị nhận dịch vụ chăm sóc, điều phối các dịch vụ của quý vị và theo dõi mọi thứ diễn ra như thế nào.

Quý vị có thể nói chuyện với Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc để giúp giải đáp những thắc mắc và tìm nguồn hỗ trợ phù hợp để đảm bảo quý vị duy trì sức khỏe tốt nhất có thể.

Quý vị có thể liên lạc với Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của mình như thế nào?

- Quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo các số điện thoại được ghi bên dưới. Họ sẽ kết nối quý vị với đơn vị Quản Lý Dịch Vụ Chăm Sóc.

Quý vị có thể đổi Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của mình như thế nào?

Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

GỌI	1-833-522-3767. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Quý vị có thể lấy miễn phí thông tin này bằng những định dạng khác, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc dạng âm thanh bằng cách gọi đến số điện thoại ở trên. Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói Tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. <i>24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ</i>
FAX	1-213-438-5712
VIẾT THƯ	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
TRANG MẠNG	medicare.lacare.org



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước.
Để biết thêm thông tin, xin truy cập medicare.lacare.org.

Liên lạc Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị để được trợ giúp về:

- thắc mắc về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị
- thắc mắc về việc nhận dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn vì sử dụng chất gây nghiện)
- thắc mắc về quyền lợi nhân khoa và nha khoa
- thắc mắc về dịch vụ chuyên chở đến những buổi hẹn y tế
- thắc mắc về Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (Long-term Services and Supports, LTSS), bao gồm Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS) và Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facilities, NF)
- thắc mắc về Community Supports để giúp quý vị an toàn ở tại nhà (như dịch vụ người chăm sóc, sửa đổi ngôi nhà, chương trình nhà ở và bữa ăn)

Quý vị có thể được cung cấp những dịch vụ sau đây:

- Dịch Vụ Chuyển Tiếp tại Cơ Sở Hỗ Trợ Sinh Hoạt
- Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS)
- Dịch Vụ Cộng Đồng hay Chuyển Tiếp
- Sửa Đổi Ngôi Nhà
- Chăm sóc cuối đời
- Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (In-Home Support Services, IHSS) thông qua cơ quan dịch vụ xã hội quận
- Chăm sóc điều dưỡng có chuyên môn
- Vật lý trị liệu
- Trị liệu cơ năng
- Trị liệu ngôn ngữ
- Dịch vụ y tế xã hội
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Chăm Sóc Dài Hạn (Long Term Care, LTC) tại cơ sở điều dưỡng, hay Cơ Sở Chăm Sóc Trung Cấp dành cho Người Khuyết Tật Phát Triển (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD) (Lưu ý: Không cần phải có sự cho phép trước nếu cơ sở **có hợp đồng** với L.A. Care.)
- Chăm Sóc Giảm Nhẹ
- Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân và Nội Trợ (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
- Dịch Vụ Chăm Sóc Tạm Thế cho Người Chăm Sóc
- Đôi khi quý vị có thể được trợ giúp về những nhu cầu chăm sóc sức khỏe và cuộc sống hàng ngày
- Sửa Đổi Nhà Cửa
- Dịch Vụ Chuyển Tiếp và Chuyển Đổi Cơ Sở Điều Dưỡng



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

C. Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là một chương trình của chính phủ với những nhân viên tư vấn được đào tạo ở mỗi tiểu bang để cung cấp hỗ trợ miễn phí, thông tin và giải đáp những thắc mắc của quý vị về Medicare. Ở California, SHIP được gọi là Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Các nhân viên tư vấn HICAP có thể trả lời những thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết cách xử lý vấn đề của quý vị. HICAP có nhiều nhân viên tư vấn đã được đào tạo trong mỗi quận, và những dịch vụ này được miễn phí.

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

GỌI	1-800-434-0222 Lấy lịch hẹn để gặp nhân viên tư vấn tại văn phòng HICAP địa phương
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Los Angeles County HICAP Office 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010
TRANG MẠNG	www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Liên lạc HICAP để được trợ giúp về:

- thắc mắc về Medicare
- Nhân viên tư vấn HICAP có thể giải đáp những thắc mắc của quý vị về việc đổi sang chương trình mới và giúp quý vị:
 - hiểu rõ về quyền của quý vị,
 - hiểu rõ về những lựa chọn chương trình bảo hiểm của quý vị,
 - giải đáp những thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình,
 - than phiền về việc chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị cho quý vị, **và**
 - hỗ trợ về các vấn đề hóa đơn hay yêu cầu thanh toán.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

D. Đường Dây Y Tá Tư Vấn

Quý vị có thể gọi cho Đường Dây Y Tá Tư Vấn 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần nếu có bất cứ thắc mắc nào về sức khỏe. Y tá của chúng tôi là những chuyên gia được đào tạo để có thể cung cấp thông tin sức khỏe phù hợp, hướng dẫn và tư vấn, kể cả việc trợ giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hay cấp cứu. Nếu quý vị có thắc mắc cụ thể về việc điều trị đang diễn ra, quý vị nên gọi đến văn phòng bác sĩ của quý vị. Đường Dây Y Tá Tư Vấn không thay thế văn phòng bác sĩ của quý vị. Quý vị có thể liên lạc với Đường Dây Y Tá Tư Vấn nếu có thắc mắc về sức khỏe hay dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

GỌI	1-800-249-3619 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Quý vị có thể lấy miễn phí thông tin này bằng những định dạng khác, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc dạng âm thanh bằng cách gọi đến số điện thoại ở trên. Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

E. Đường Dây Trợ Giúp Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

Nếu quý vị cảm thấy cô đơn, choáng ngợp, tuyệt vọng hoặc có ý định tự tử, hiện có các dịch vụ trợ giúp khủng hoảng hỗ trợ về mặt cảm xúc và cung cấp các nguồn hỗ trợ cho quý vị.

GỌI	988 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Quý vị có thể lấy miễn phí thông tin này bằng những định dạng khác, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc dạng âm thanh bằng cách gọi đến số điện thoại ở trên. Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói Tiếng Anh.
TTY	988 Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ

Nếu quý vị có nhu cầu sức khỏe khẩn cấp nhưng không phải là một trường hợp cấp cứu, quý vị có thể gọi đến Đường Dây Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của chúng tôi để được giải đáp những thắc mắc lâm sàng về sức khỏe hành vi.

GỌI	Với dịch vụ sức khỏe tinh thần: 1-877-344-2858 Cuộc gọi này được miễn cước. Với dịch vụ điều trị tình trạng sử dụng chất gây nghiện: 1-844-804-7500 Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Quý vị có thể lấy miễn phí thông tin này bằng những định dạng khác, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc dạng âm thanh bằng cách gọi đến số điện thoại ở trên. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không biết nói Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ

Liên lạc với Đường Dây Trợ Giúp Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi để được trợ giúp về:

- thắc mắc về dịch vụ sức khỏe hành vi và lạm dụng chất gây nghiện

Nếu có thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa trong quận của quý vị, xin xem **Mục K**.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

F. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Tiểu bang chúng ta có một tổ chức gọi là Commence Health. Tổ chức này là một nhóm các bác sĩ và chuyên viên y tế giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Commence Health là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không có liên quan với chương trình của chúng tôi.

GỌI	1-877-588-1123
TTY	711 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
TRANG MẠNG	www.livantaqio.com

Liên lạc với Commence Health để được trợ giúp về:

- thắc mắc về quyền được chăm sóc sức khỏe của quý vị
- lập than phiền về dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được nếu quý vị:
 - có vấn đề về chất lượng chăm sóc như dùng sai thuốc, xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết hoặc chẩn đoán sai,
 - cho rằng thời gian nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm, **hoặc**
 - cho rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) của quý vị kết thúc quá sớm.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

G. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người bị bệnh thận giai đoạn cuối (chứng suy thận mãn tính cần được lọc thận hoặc ghép thận).

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

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY	TTY: 1-877-486-2048. Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
TRÒ CHUYỆN TRỰC TIẾP	Trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone
VIẾT THƯ	Viết thư cho Medicare đến PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
TRANG MẠNG	www.medicare.gov • Tìm hiểu thông tin về các chương trình bảo hiểm y tế và thuốc của Medicare tại khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và các dịch vụ họ cung cấp. • Tìm các bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhà cung ứng khác tham gia Medicare. • Tìm hiểu những gì Medicare chi trả, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như kiểm tra sàng lọc, tiêm chủng hoặc vắc-xin, và các buổi thăm khám "chăm sóc sức khỏe" hàng năm). • Lấy thông tin và các mẫu đơn về khiếu nại tại Medicare. • Lấy thông tin về chất lượng chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện điều dưỡng, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, cơ sở chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn. • Tìm những trang mạng hữu ích và các số điện thoại. Để nộp than phiền với Medicare, xin truy cập www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare nghiêm túc xem xét các than phiền của quý vị và sẽ dùng thông tin này để cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid tại California. Đây là chương trình bảo hiểm y tế công cộng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho những người có thu nhập thấp, bao gồm các gia đình có trẻ em, người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em và thanh thiếu niên được nuôi dưỡng tạm thời và phụ nữ mang thai. Medi-Cal được tài trợ bởi các ngân quỹ tiểu bang và liên bang.

Quyền lợi Medi-Cal bao gồm các dịch vụ y tế, nha khoa, sức khỏe hành vi và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Quý vị được ghi danh vào Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi Medi-Cal, hãy gọi nhân viên quản lý việc chăm sóc của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về việc ghi danh chương trình Medi-Cal, hãy gọi đến Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe.

GỌI	1-800-430-4263 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG MẠNG	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

I. Văn Phòng Thanh Tra của chương trình Quản Lý Chăm Sóc và Sức Khỏe Tinh Thần Medi-Cal

Văn Phòng Thanh Tra giúp giải quyết các vấn đề từ quan điểm trung lập để đảm bảo rằng hội viên của chúng tôi nhận được tất cả các dịch vụ được đài thọ, cần thiết về mặt y tế. Họ sẽ lắng nghe, trả lời câu hỏi của quý vị, phân tích trường hợp của quý vị, giải thích các chính sách và thủ tục, cung cấp thông tin, lời khuyên và các lựa chọn, đồng thời đề xuất các giới thiệu phù hợp. Công việc của họ là giúp đưa ra những giải pháp công bằng cho những vấn đề về tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Họ không liên kết với chương trình của chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Những dịch vụ của họ được miễn phí.

GỌI	1-888-452-8609 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
EMAIL	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG MẠNG	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

J. Dịch Vụ Xã Hội Quận

Nếu quý vị cần được trợ giúp về Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (IHSS), Tiền Phụ Cấp An Sinh (Supplemental Security Income, SSI), quyền lợi về Sức Khỏe Tinh Thần hay Lạm Dụng Chất Gây Nghiện, xin liên lạc với cơ quan Dịch Vụ Xã Hội Quận tại địa phương quý vị. Đối với các thành viên cộng đồng Quận L.A. đang tìm kiếm mọi loại dịch vụ y tế, nhân sinh và xã hội tại Quận Los Angeles, vui lòng gọi 2-1-1 để được hỗ trợ thêm, nguồn hỗ trợ và/hoặc giới thiệu.

Liên hệ với cơ quan Dịch Vụ Xã Hội Quận để đăng ký Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà, họ sẽ giúp thanh toán các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể ở lại an toàn trong chính ngôi nhà của mình. Các loại dịch vụ có thể bao gồm sự trợ giúp trong việc chuẩn bị bữa ăn, tắm rửa, mặc đồ, giặt giũ, mua sắm hay chuyên chở.

Liên hệ cơ quan Dịch Vụ Xã Hội Quận của quý vị nếu có điều gì thắc mắc về tư cách hội đủ điều kiện với Medi-Cal.

GỌI	1-866-613-3777 Cuộc gọi này được miễn cước. Thứ Hai đến Thứ Sáu, ngoại trừ ngày lễ, 7 giờ 30 sáng đến 6 giờ 30 chiều Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng (Customer Service Center, CSC) là một "điểm liên lạc duy nhất" hiện cung cấp các dịch vụ cho 33 Văn Phòng Khu Vực với các chương trình hỗ trợ và ngôn ngữ sau đây: CalWORKs, CalFresh, Medi-Cal, và Cứu Trợ Tổng Quát (General Relief), với dịch vụ bằng Tiếng Armenia, Tiếng Campuchia, Tiếng Anh, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Việt, Tiếng Hoa, Tiếng Ba Tư, Tiếng Tagalog, Tiếng Nga và Tiếng Hàn.
TTY	711 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	<i>Los Angeles County Department of Public Social Services 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746</i>
TRANG MẠNG	http://dpss.lacounty.gov



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

K. Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal hiện được cung cấp cho quý vị thông qua quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về tiếp cận.

GỌI	1-800-854-7771 Cuộc gọi này được miễn cước. Nhấn số 1 cho dịch vụ sức khỏe tinh thần Nhấn số 2 cho dịch vụ về sử dụng chất gây nghiện 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ

Liên lạc với cơ quan Sức Khỏe Hành Vi quận để được trợ giúp về:

- thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa do quận cung cấp
- thắc mắc về dịch vụ điều trị rối loạn vì sử dụng chất gây nghiện do quận cung cấp
- Sở Sức Khỏe Tinh Thần (Department of Mental Health, DMH) Quận Los Angeles cung cấp các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa, bao gồm các dịch vụ sức khỏe tinh thần ngoại trú, dịch vụ phục hồi hay tăng cường điều trị ban ngày, can thiệp và ổn định khủng hoảng, quản lý trường hợp mục tiêu, dịch vụ hỗ trợ thuốc dùng, dịch vụ điều trị cho người lớn và điều trị khủng hoảng lưu trú và dịch vụ trợ giúp khủng hoảng di động.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

L. Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California

Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Managed Health Care, DMHC) California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Trung Tâm Trợ Giúp DMHC có thể giúp quý vị về những khiếu nại và than phiền về dịch vụ Medi-Cal.

GỌI	1-888-466-2219 Nhân viên DMHC làm việc từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TDD	1-877-688-9891 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG MẠNG	www.dmhca.gov



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

M. Các Chương Trình Giúp Chi Trả Chi Phí Thuốc

Trang mạng của Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) cung cấp thông tin về cách giảm bớt chi phí thuốc của quý vị. Đối với những người có thu nhập giới hạn, cũng có những chương trình khác có thể hỗ trợ, như được mô tả bên dưới.

M1. Extra Help từ Medicare

Vì quý vị hội đủ điều kiện với Medi-Cal, quý vị đủ tiêu chuẩn được “Extra Help” từ Medicare để chi trả chi phí thuốc của quý vị. Quý vị không cần làm bất cứ điều gì để nhận được “Extra Help” này.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY	1-877-486-2048 Cuộc gọi này được miễn cước. Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
TRANG MẠNG	www.medicare.gov

Nếu quý vị cho rằng mình đang thanh toán số tiền không chính xác cho toa thuốc tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có quy trình giúp quý vị lấy bằng chứng về số tiền đồng trả chính xác. Nếu quý vị đã có bằng chứng về số tiền chính xác, chúng tôi có thể giúp quý vị chia sẻ bằng chứng này với chúng tôi.

- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy đúng mức đồng trả, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống để quý vị có thể thanh toán đúng số tiền đồng trả khi nhận toa thuốc tiếp theo. Nếu quý vị trả quá mức tiền đồng trả, chúng tôi sẽ hoàn trả bằng chi phiếu hay bằng khoản tín dụng cho tiền đồng trả sau này. Nếu nhà thuốc chưa thu tiền đồng trả của quý vị và quý vị còn nợ họ tiền, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang đã trả thay cho quý vị, chúng tôi có thể trả trực tiếp cho tiểu bang. Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang nếu quý vị có thắc mắc.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

M2. Chương Trình Trợ Cấp Thuốc AIDS (ADAP)

Chương Trình Trợ Cấp Thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) giúp người mắc Vi-rút Suy Giảm Miễn Dịch ở Người/Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS) đủ điều kiện với ADAP tiếp cận thuốc HIV cứu sống. Thuốc Medicare Phần D mà cũng có trong danh mục thuốc ADAP đủ điều kiện được hỗ trợ phần chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua thông tin ADAP cụ thể cho từng tiểu bang. Lưu ý: Để đủ điều kiện với ADAP tại tiểu bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng về nơi cư trú tại tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp (theo định nghĩa của tiểu bang) và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đầy đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ về thông tin tiêu chí hội đủ điều kiện, thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh chương trình, vui lòng gọi 1-844-421-7050, Thứ Hai–Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều (trừ ngày lễ).

M3. Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare là lựa chọn thanh toán phù hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho thuốc được đài thọ theo chương trình chúng tôi bằng cách phân bổ chi phí này trong suốt năm lịch (tháng 1 đến tháng 12). Bất kỳ ai tham gia chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng lựa chọn thanh toán này. **Lựa chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí, nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc. Nếu quý vị đang tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare và ở lại trong cùng chương trình, quý vị không cần làm gì cả để tiếp tục với lựa chọn này.** “Extra Help” từ Medicare và trợ giúp từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) và ADAP của quý vị, dành cho những người đủ điều kiện, có lợi thế hơn so với việc tham gia lựa chọn thanh toán này, bất kể mức thu nhập của quý vị và các chương trình có bảo hiểm thuốc phải cung cấp lựa chọn thanh toán này. Để tìm hiểu thêm về lựa chọn thanh toán này, xin gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hay truy cập www.medicare.gov.



N. Sở An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội quyết định tư cách hội đủ điều kiện với Medicare và xử lý việc ghi danh với Medicare.

Nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư, điều quan trọng là quý vị phải liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội để thông báo cho họ.

GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của họ để lấy thông tin đã được thu âm sẵn và tiến hành công việc, 24 giờ trong ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
TRANG MẠNG	www.ssa.gov



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

O. Ban Hưu Trí Đường Sắt (RRB)

Ban Hưu Trí Đường Sắt (Railroad Retirement Board, RRB) là cơ quan Liên Bang độc lập quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho nhân viên đường sắt và gia đình của họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua RRB, hãy thông báo cho họ nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Nếu có thắc mắc về quyền lợi của quý vị từ RRB, hãy liên lạc với cơ quan này.

GỌI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn cước. Nhấn số "0" để nói chuyện với một nhân viên RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 chiều vào Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ Tư. Nhấn số "1" để tiếp cận Đường Dây Trợ Giúp tự động của RRB và nhận thông tin đã được thu âm sẵn, 24 giờ trong ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. Các cuộc gọi đến số điện thoại này không được miễn cước.
TRANG MẠNG	www.rrb.gov



P. Nguồn hỗ trợ khác

Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên Medicare Medi-Cal cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang gặp khó khăn có được hoặc duy trì bảo hiểm y tế và giải quyết các vấn đề liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ.

Nếu quý vị có vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị
- tiếp cận dịch vụ y tế
- khiếu nại dịch vụ, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (durable medical equipment, DME), dịch vụ sức khỏe tinh thần, v.v. bị từ chối
- hóa đơn y tế
- IHSS (Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà)

Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên Medicare Medi-Cal hỗ trợ về các than phiền, khiếu nại và phiên điều trần. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên là 1-855-501-3077.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Q. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa hiện được cung cấp thông qua Medi-Cal Dental, bao gồm nhưng không giới hạn đối với các dịch vụ như:

- khám lần đầu, chụp X-quang, làm sạch răng và điều trị bằng flo-rua
- phục hồi và mào răng
- trị liệu ống tủy chân răng
- điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm giả một phần và toàn phần

Các quyền lợi nha khoa được cung cấp qua Medi-Cal Dental Tính Phí Theo Dịch Vụ (Fee-for-Service, FFS) và Chương Trình Chăm Sóc Nha Khoa Có Quản Lý (Dental Managed Care, DMC).

GỌI	1-800-322-6384 Cuộc gọi này được miễn cước. Nhân viên chương trình Medi-Cal Dental FFS sẵn sàng trợ giúp quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-800-735-2922 Số điện thoại này dành cho những người khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
TRANG MẠNG	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Thay vì chương trình Medi-Cal Dental Tính Phí Theo Dịch Vụ, quý vị có thể nhận các quyền lợi nha khoa qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình nha khoa có quản lý hiện có tại các Quận Sacramento và Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa, hay muốn đổi chương trình nha khoa, vui lòng liên lạc với ban Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-800-430-4263 (Người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này được miễn cước. Thông tin liên lạc chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý cũng có tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

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

Phần Giới Thiệu

Chương này có những thuật ngữ và quy định cụ thể mà quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác với chương trình chúng tôi. Nó cũng cho quý vị biết về Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (kể cả từ các nhà cung cấp hay nhà thuốc ngoài mạng lưới), cần làm gì khi quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho những dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, và những quy định để sở hữu Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (Durable Medical Equipment, DME). Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp	46
B. Quy định về việc nhận những dịch vụ do chương trình chúng tôi đài thọ.....	46
C. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của Quý Vị	48
C1. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc là ai?	48
C2. Cách liên lạc với Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị.....	48
Liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.	48
C3. Cách đổi Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị.....	48
D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp	48
D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP)	48
D2. Dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới	51
D3. Khi một nhà cung cấp rời khỏi chương trình chúng tôi	52
D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới.....	52
E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)	53
F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) ...	54
F1. Dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình chúng tôi.	55



G. Dịch vụ chuyên chở.....	58
G1. Chuyên Chở Y Tế Không Cấp Cứu	58
G2. Dịch vụ chuyên chở phi y tế.....	59
H. Dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần thiết khẩn cấp, hoặc trong một thảm họa.....	
H1. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế.....	60
H2. Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp	61
H3. Dịch vụ chăm sóc trong một thảm họa	62
I. Nếu quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho dịch vụ được đài thọ thì sao	62
I1. Cần làm gì nếu chương trình chúng tôi không đài thọ dịch vụ	62
J. Phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng	63
J1. Định nghĩa về công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng.....	63
J2. Thanh toán cho dịch vụ khi quý vị tham gia một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng.....	63
J3. Thông tin bổ sung về các công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng	64
K. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được đài thọ như thế nào tại một cơ sở c hăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế.....	64
K1. Định nghĩa về cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế	64
K2. Dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế.....	64
L. Thiết bị y tế lâu bền (DME)	65
L1. DME với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi	65
L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare.....	65
L3. Quyền lợi thiết bị khí ô-xy với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi	66
L4. Thiết bị khí ô-xy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hay một chương trình Medicare Advantage (MA) khác	66



A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp

Dịch vụ là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS), tiếp liệu, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa, thiết bị và những dịch vụ khác. **Dịch vụ được đài thọ** là bất kỳ dịch vụ nào mà chương trình chúng tôi chi trả. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và LTSS được đài thọ, được trình bày tại **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Dịch vụ được đài thọ của quý vị đối với thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa được trình bày tại **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Nhà cung cấp là các bác sĩ, y tá, và những người khác chăm sóc và cung cấp dịch vụ cho quý vị. Nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, phòng khám và những cơ sở khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế và một số LTSS.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là những nhà cung cấp làm việc với chương trình chúng tôi. Những nhà cung cấp này đồng ý nhận thanh toán từ chúng tôi như khoản thanh toán toàn phần. Chúng tôi đã thu xếp để những nhà cung cấp này cung cấp dịch vụ được đài thọ cho quý vị. Các nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ lập hóa đơn trực tiếp với chúng tôi về dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị thường không phải trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ.

B. Quy định về việc nhận những dịch vụ do chương trình chúng tôi đài thọ

Chương trình chúng tôi đài thọ tất cả các dịch vụ được Medicare đài thọ, và hầu hết các dịch vụ Medi-Cal. Những dịch vụ này bao gồm một số dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS.

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

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được phải được bao gồm trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Dịch vụ chăm sóc phải **cần thiết về mặt y tế**. Khi nói cần thiết về mặt y tế, chúng tôi muốn nói đến những dịch vụ hợp lý và cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh trạng của quý vị. Dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế cần có để giúp phòng tránh bệnh trở nên nghiêm trọng hay trở nên khuyết tật và giảm cơn đau đớn dữ dội bằng cách điều trị căn bệnh, bệnh trạng hay chấn thương.
- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải được một **nhà cung cấp chăm sóc chính** (Primary Care Provider, PCP) trong mạng lưới chăm sóc và giám sát việc chăm sóc. Là hội viên chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của quý vị (để biết thêm thông tin, xin xem **Mục D1** trong chương này).
 - Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị hoặc chương trình chúng tôi phải chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung



cấp mà không phải PCP của quý vị hay sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Trường hợp này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể không đài thọ cho những dịch vụ này.

- Các PCP của chương trình chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP của mình, quý vị đồng thời cũng đang chọn nhóm y tế liên kết. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là *hiệp hội các PCP và các bác sĩ chuyên khoa, được thành lập để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được điều phối*.
- Quý vị không cần PCP giới thiệu để được chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp, sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác được liệt kê trong **Mục D1** của chương này.
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin, xin xem **Mục D** trong chương này). Thông thường thì chúng tôi sẽ không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp không làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả cho nhà cung cấp toàn bộ chi phí của dịch vụ mà quý vị nhận được. Sau đây là một số trường hợp mà quy định này không áp dụng:
 - Chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, xin xem **Mục H** trong chương này).
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình chúng tôi đài thọ và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp cho quý vị, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị phải có sự cho phép cho dịch vụ không phải cấp cứu từ chương trình L.A. Care Medicare Plus trước khi tìm đến dịch vụ chăm sóc đó. Trong trường hợp này, chúng tôi đài thọ miễn phí dịch vụ chăm sóc đó cho quý vị. Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu sự chấp thuận để sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, xin xem **Mục D4** trong chương này.
 - Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ chạy thận khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận.
 - Khi lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu được tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại của quý vị. Với một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải chấp thuận cho yêu cầu này nếu chúng tôi có thể xác minh rằng quý vị đã có mối quan hệ từ trước với những nhà cung cấp đó. Xem **Chương 1** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp mà quý vị hiện đang đến khám trong tối đa 12 tháng để nhận dịch vụ. Trong thời gian đó, Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị sẽ liên lạc với quý vị để giúp quý vị tìm các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi và có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không còn đài thọ cho việc chăm sóc của quý vị nếu quý vị tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới và không có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị.



Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác: Hội viên Medi-Cal phải sử dụng tất cả các bảo hiểm sức khỏe khác (Other Health Coverage, OHC) trước Medi-Cal khi dịch vụ tương tự có sẵn theo bảo hiểm sức khỏe của quý vị vì Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng. Điều này có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp, Medi-Cal sẽ là bên thanh toán thứ cấp đối với Medicare OHC, chi trả các chi phí được phép mà không được chương trình của chúng tôi hoặc OHC khác chi trả lên đến mức của Medi-Cal.

Hội viên mới tham gia L.A. Care Medicare Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào L.A. Care Medicare Plus để hưởng những quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu được ghi danh vào L.A. Care Medicare Plus. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của quý vị thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được dịch vụ Medi-Cal thông qua L.A. Care Medicare Plus. Sẽ không có khoảng chờ trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ nếu quý vị có điều gì thắc mắc.

C. Nhân viên quản lý việc chăm sóc của quý vị

C1. Người Quản Lý Việc Chăm Sóc là ai

Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc là một y tá hoặc người được cấp phép khác mà sẽ tìm hiểu quý vị và tìm hiểu các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc có thể thuộc nhóm y tế của quý vị hay thuộc L.A. Care Health Plan. Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị làm việc trong một đội ngũ với quý vị, (các) bác sĩ của quý vị, người chăm sóc và những người khác tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm sóc của quý vị làm việc với quý vị để:

- o Xem xét nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị
- o Hoạch định việc chăm sóc cho quý vị cùng với quý vị và Đội Ngũ Chăm Sóc của quý vị
- o Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân cho quý vị mà tập trung vào các nhu cầu và lựa chọn của quý vị
- o Hỗ trợ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị
- o Nói chuyện với quý vị và bác sĩ của quý vị
- o Theo dõi để xem quý vị như thế nào và đưa ra những thay đổi nếu cần thiết

C2. Cách liên lạc với Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị

Liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

C3. Cách đổi Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị

Liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước.
Để biết thêm thông tin, xin truy cập medicare.lacare.org.

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP)

Quý vị phải chọn một Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Các PCP của chương trình chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP của mình, quý vị đồng thời cũng đang chọn nhóm y tế liên kết.

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

Khi trở thành hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của quý vị. PCP của quý vị có thể là bác sĩ nội khoa, bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa, hoặc bác sĩ Sản-Phụ Khoa (Obstetrics and Gynecology, OB-GYN) mà đáp ứng các yêu cầu của Tiểu Bang và được đào tạo để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản cho quý vị. Quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc định kỳ và cơ bản từ PCP của quý vị. Quý vị cũng có thể chọn một Trung Tâm Y Tế Đạt Chuẩn Liên Bang (Federally Qualified Health Center, FQHC) làm PCP của quý vị. Các FQHC là những trung tâm sức khỏe nằm ở những khu vực mà không có nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

PCP của quý vị sẽ điều phối phần còn lại của các dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi. Ví dụ: để đến khám một bác sĩ chuyên khoa, trước hết quý vị có thể cần được PCP của quý vị giới thiệu đến một bác sĩ chuyên khoa (điều này gọi là được "giới thiệu" đến một bác sĩ chuyên khoa). Ví dụ về các dịch vụ chuyên khoa mà cần được giới thiệu bao gồm:

- o X-quang
- o Xét nghiệm
- o Trị liệu
- o Dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa
- o Nhập viện
- o Chăm sóc theo dõi

"Việc điều phối" các dịch vụ của quý vị gồm cả việc tham khảo ý kiến với các nhà cung cấp khác trong chương trình về việc chăm sóc cho quý vị. Nếu quý vị cần một số loại dịch vụ hoặc tiếp liệu được đài thọ, quý vị phải nhận được sự chấp thuận trước từ PCP của quý vị (chẳng hạn như đưa giấy giới thiệu cho quý vị đến khám với một bác sĩ chuyên khoa). Trong một số trường hợp, PCP của quý vị sẽ cần chúng tôi cho phép trước (chấp thuận trước). Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị, quý vị nên yêu cầu tất cả các hồ sơ y tế trước đây của quý vị được gửi đến văn phòng của PCP của quý vị.

Một Trung Tâm Y Tế Đạt Chuẩn Liên Bang (FQHC) là một phòng khám và có thể là PCP của quý vị. FQHC được chính phủ liên bang tài trợ vì các trung tâm này nằm tại các khu vực không có nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Gọi cho chương trình L.A. Care Medicare Plus Plan để biết tên và địa chỉ các trung tâm FQHC cộng tác với chương trình L.A. Care Medicare Plus hoặc xem trong danh mục nhà cung cấp.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

L.A. Care Medicare Plus cộng tác với một số lượng lớn các bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, nhà thuốc, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Một số nhà cung cấp trong số này làm việc trong một hệ thống, đôi khi gọi là “nhóm y tế” hoặc “hiệp hội hành nghề độc lập (Independent Practice Association, IPA).” Các nhà cung cấp dịch vụ này cũng có thể ký hợp đồng trực tiếp với L.A. Care Medicare Plus.

Nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ kết nối với nhóm y tế của họ, IPA hoặc với L.A. Care Medicare Plus. Nếu quý vị sẽ đến khám với bác sĩ chuyên khoa, hãy trao đổi với PCP của quý vị hoặc gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY 711). Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ giúp quý vị đến thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ đó nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc liên tục.

Lựa chọn PCP của quý vị

Với tư cách là một hội viên của L.A. Care Medicare Plus, quý vị sẽ được ghi danh cùng L.A. Care cho cả hai Chương Trình Medicare và Medi-Cal. Quý vị sẽ được chỉ định một PCP thuộc Medicare làm bác sĩ chính của quý vị, đây là người sẽ điều phối các dịch vụ từ cả Medicare và Medi-Cal, quý vị sẽ không được chỉ định một bác sĩ chính từ Medi-Cal. Quý vị có thể thay đổi PCP vào bất cứ lúc nào.

Trước tiên, quý vị sẽ cần chọn một PCP. Quý vị có thể chọn một bác sĩ chuyên khoa làm PCP của quý vị. Một bác sĩ chuyên khoa là một bác sĩ mà cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một căn bệnh cụ thể hoặc một bộ phận cơ thể. Quý vị có thể chọn bác sĩ chuyên khoa làm PCP của quý vị nếu bác sĩ này được ghi trong danh mục nhà cung cấp là một PCP. Quý vị có thể nhận dịch vụ từ bất cứ nhà cung cấp nào thuộc mạng lưới của chúng tôi và đang tiếp nhận bệnh nhân mới.

- o Chọn một PCP mà quý vị hiện đang sử dụng, hoặc
 - người đã được giới thiệu bởi một người nào mà quý vị tin tưởng, hoặc
 - có văn phòng mà quý vị có thể dễ dàng đến thăm khám.
 - Nếu quý vị muốn được trợ giúp trong việc chọn một PCP, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. Hoặc truy cập medicare.lacare.org.

Nếu có thắc mắc không biết chúng tôi có chi trả cho bất cứ dịch vụ y tế hoặc việc chăm sóc nào mà quý vị muốn hoặc cần hay không, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên trước khi quý vị nhận dịch vụ hoặc được chăm sóc.

Nếu quý vị muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể thì điều quan trọng là phải tìm hiểu xem liệu họ có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị hay không. Quý vị có thể tìm trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, hoặc hỏi ban Dịch Vụ Hội Viên để biết PCP mà quý vị muốn chọn có giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa hay bệnh viện đó hay không.

Lựa chọn đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể đổi PCP của quý vị vì bất cứ lý do gì, vào bất cứ lúc nào. Ngoài ra, có khả năng PCP của quý vị có thể rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới của chương trình chúng tôi.



Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để đổi PCP của quý vị. Nếu quý vị thông báo cho ban Dịch Vụ Hội Viên về yêu cầu đổi PCP trước ngày làm việc cuối cùng của tháng, sự thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau. Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ xác nhận là PCP mà quý vị chọn hiện có nhận bệnh nhân mới. Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ điều chỉnh hồ sơ hội viên của quý vị để cho thấy tên PCP mới của quý vị và cho quý vị biết khi nào việc đổi sang PCP mới có hiệu lực. Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ gửi cho quý vị thẻ hội viên mới mà cho thấy tên và số điện thoại của PCP mới của quý vị.

Các PCP của chương trình chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Nếu quý vị thay đổi PCP của mình, quý vị đồng thời cũng có thể đang thay đổi nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, xin báo cho ban Dịch Vụ Hội Viên biết nếu quý vị sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hay sẽ nhận những dịch vụ được đài thọ khác mà cần phải có sự chấp thuận của PCP. Ban Dịch Vụ Hội Viên giúp quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và các dịch vụ khác khi quý vị thay đổi PCP của mình.

Những dịch vụ quý vị có thể nhận được mà không cần sự chấp thuận từ PCP của quý vị

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

- Dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc các nhà cung cấp ngoài mạng lưới
- Các dịch vụ được đài thọ cần thiết khẩn cấp cần được chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải trường hợp khẩn cấp) nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi hoặc nếu không hợp lý khi xét đến thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị để nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các căn bệnh và chấn thương không lường trước được, hoặc các tình trạng bệnh hiện có bùng phát bất ngờ. Các buổi khám sức khỏe định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới của chúng tôi tạm thời không làm việc.
- Dịch vụ chạy thận mà quý vị được cung cấp tại một trung tâm lọc máu được Medicare chúng nhận khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi. Nếu quý vị gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực phục vụ, chúng tôi có thể giúp quý vị nhận dịch vụ lọc thận khi quý vị đi xa.
- Tiêm chủng ngừa cúm và vắc-xin ngừa COVID-19 cũng như vắc-xin ngừa viêm gan siêu vi B và vắc-xin ngừa viêm phổi, miễn là quý vị nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Chăm sóc sức khỏe phụ nữ thông thường gồm có khám vú, chụp quang tuyến vú sàng lọc (chụp X-quang vú), làm xét nghiệm Pap và khám vùng chậu, miễn là quý vị dùng những nhà cung cấp trong mạng lưới.



Ngoài ra, nếu quý vị là Hội Viên Người Da Đỏ Châu Mỹ, quý vị có thể nhận Dịch Vụ Được Đài Thọ từ một Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Da Đỏ tùy chọn, mà không cần sự giới thiệu từ một PCP Trong Mạng Lưới hay Sự Cho Phép Trước.

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

Một bác sĩ chuyên khoa là một bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một chứng bệnh cụ thể hoặc một bộ phận của cơ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa, chẳng hạn như:

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

Nhà cung cấp của quý vị có thể cấp giấy giới thiệu cho quý vị đến khám với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới hay đến một số nhà cung cấp khác khi cần thiết về mặt y tế để giúp quý vị giữ gìn sức khỏe. Trong một số trường hợp được giới thiệu, bác sĩ quý vị có thể cần được chấp thuận trước từ nhóm y tế của quý vị hoặc từ L.A. Care Medicare Plus. Thủ tục này gọi là sự "cho phép trước".

Điều rất quan trọng là quý vị phải được cho phép trước, trước khi quý vị đi khám với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới hoặc một số nhà cung cấp khác. Có một số trường hợp ngoại lệ, bao gồm dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ mà chúng tôi đã giải thích trong mục trên.

Nếu quý vị không được cho phép trước, trước khi quý vị được bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp khác cung cấp dịch vụ thì quý vị có thể phải tự trả tiền cho những dịch vụ này.

Nếu bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp dịch vụ khác muốn quý vị trở lại để được họ tiếp tục chăm sóc, quý vị cần tìm hiểu để biết chắc là sự cho phép trước mà quý vị được cấp cho lần khám đầu sẽ có hiệu lực cho những lần khám tiếp theo.

Nếu có những bác sĩ chuyên khoa cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, xin tìm hiểu xem nhà cung cấp của quý vị có gửi bệnh nhân đến những bác sĩ chuyên khoa này không. Vui lòng xem Chương 4 để biết thông tin về những dịch vụ nào cần được sự cho phép trước.

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

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

- Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi phải cho quý vị tiếp cận liên tục dịch vụ của các nhà cung cấp hội đủ điều kiện.
- 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 nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe 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 đến thăm khám với nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.



- Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định cho nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đã đến thăm khám với họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ trình độ chuyên môn trong mạng lưới để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị hiện đang trong quá trình điều trị hay liệu pháp y tế với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận các phương pháp điều trị hay liệu pháp cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp thông tin cho quý vị về các kỳ ghi danh và lựa chọn ghi danh mà quý vị có thể có để đổi chương trình.
- Nếu chúng tôi không thể tìm được bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đủ tiêu chuẩn có thể tiếp cận cho quý vị, chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để chăm sóc quý vị khi không có hoặc không có đủ nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. *Phải có sự cho phép trước.*
- Nếu quý vị biết được một trong những nhà cung cấp của quý vị sắp rời khỏi chương trình chúng tôi, xin liên lạc với chúng tôi. Chúng tôi có thể giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới để quản lý việc chăm sóc cho quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã không thay thế nhà cung cấp trước đây của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ điều kiện hoặc chúng tôi không quản lý tốt việc chăm sóc cho quý vị, quý vị có quyền đệ trình than phiền về chất lượng chăm sóc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO), phản nản về chất lượng chăm sóc, hay cả hai. (Xem **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Khi một dịch vụ y tế cụ thể được xác định là cần thiết về mặt y tế để đảm bảo việc chăm sóc liên tục, và dịch vụ y tế cụ thể đó hiện không thể được cung cấp từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới, chương trình L.A. Care Medicare Plus hoặc nhóm y tế của hội viên sẽ tìm nhà cung cấp ngoài mạng lưới thích hợp mà có thể cung cấp dịch vụ y tế này. Chương trình L.A. Care Medicare Plus hoặc nhóm y tế sẽ thực hiện một hợp đồng đặc biệt với nhà cung cấp ngoài mạng lưới được chọn đó. Quý vị phải được tiền chấp thuận (cho phép trước) trước khi quý vị đến thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới bên trong khu vực phục vụ của L.A. Care Medicare Plus ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết khẩn cấp. Nếu quý vị không được cho phép trước, trước khi quý vị được bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp khác cung cấp dịch vụ thì quý vị có thể phải tự trả tiền cho những dịch vụ này.

Nếu quý vị mới tham gia chương trình L.A. Care và đang theo một kế hoạch điều trị tích cực, hoặc đang nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới L.A. Care Medicare Plus, thì chương trình L.A. Care Medicare Plus hoặc nhóm y tế sẽ thực hiện một hợp đồng đặc biệt với nhà cung cấp ngoài mạng lưới được chọn đó. Một số giới hạn được áp dụng. Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.



Nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp đó phải nhận Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Chúng tôi không thể thanh toán cho một nhà cung cấp không hội đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị sử dụng một nhà cung cấp không hội đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị phải trả toàn bộ chi phí của các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Các nhà cung cấp phải cho quý vị biết nếu họ không đủ điều kiện tham gia Medicare.

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS có thể giúp quý vị ở lại nhà và tránh phải vào ở trong bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị được tiếp cận một số LTSS thông qua chương trình chúng tôi, bao gồm

- Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community Based Adult Services, CBAS)
 - Một chương trình mà các hội viên có thể đi đến một trung tâm vào ban ngày để được hỗ trợ nhu cầu hàng ngày của họ.
- Hỗ Trợ Cộng Đồng
 - Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân và Nội Trợ (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
 - Dịch vụ tạm thời dành cho những cá nhân cần được hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, chẳng hạn như dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn hoặc mua thực phẩm. Có thể có các dịch vụ khác.
 - Dịch Vụ Chăm Sóc Tạm Thế
 - Dịch vụ này dành riêng cho người chăm sóc chính của Hội Viên để họ có thời gian nghỉ ngơi.
 - Sửa Đổi Ngôi Nhà
 - Những chỉnh sửa cho ngôi nhà mà cần thiết để bảo đảm sức khỏe, sự thoải mái và an toàn cho hội viên.
 - Dịch vụ Chuyển Tiếp tại Cơ Sở Hỗ Trợ Sinh Hoạt
 - Hỗ trợ việc chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng trở lại môi trường cộng đồng, như nhà ở hay chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng. Những dịch vụ này giúp Hội Viên sống tại cộng đồng và/hoặc tránh phải chuyển vào cơ sở khi có thể.
- Chăm sóc cuối đời
 - Chăm sóc cuối đời là cách tiếp cận toàn diện cho hội viên bị bệnh ở giai đoạn cuối. Bao gồm các dịch vụ y tế, điều dưỡng, xã hội, tâm lý, tinh thần và tâm linh. Dịch vụ chăm sóc cuối đời bao gồm những can thiệp tập trung vào chất lượng cuộc sống, bao gồm việc chăm sóc toàn diện.
 - Xem Chương 4: Bảng Quyền Lợi - Dịch Vụ Được Đài Thọ đối với Chăm Sóc Cuối Đời để biết thêm thông tin.



- Chương trình Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (In Home Supportive Services, IHSS)
 - IHSS là một chương trình của tiểu bang California, được cung cấp thông qua cơ quan dịch vụ xã hội quận. Dịch vụ tạm thời dành cho những cá nhân cần được hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, chẳng hạn như dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn hoặc mua thực phẩm. Có thể có các dịch vụ khác.
- Dịch vụ chăm sóc tại Cơ Sở Chăm Sóc Trung Gian
 - Nhà cộng đồng mà cung cấp dịch vụ chăm sóc 24 giờ cho hội viên có khuyết tật phát triển.
- Chăm Sóc Giảm Nhẹ
 - Dịch vụ chăm sóc tập trung vào việc phòng ngừa, điều trị và làm giảm cơn đau cũng như các tác động suy nhược khác của bệnh nghiêm trọng và mãn tính.
- Dịch vụ chăm sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn
 - Cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, xã hội và cá nhân cho hội viên có tình trạng y tế hoặc tinh thần cần được chăm sóc tiếp tục và liên tục.

Nếu quý vị đáp ứng tiêu chí của bất kỳ chương trình LTSS nào, chúng tôi sẽ giúp điều phối những dịch vụ này để bảo đảm quý vị có được dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cần thiết tại nhà. Quý vị có thể gọi đến bộ phận LTSS để thảo luận về các chương trình này hoặc nói chuyện với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của quý vị về nhu cầu chăm sóc của quý vị.

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tinh thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện)

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế do Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chúng tôi giúp tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi do Medicare và chương trình chăm sóc có quản lý Medi-Cal đài thọ. Chương trình chúng tôi không cung cấp các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal hay dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện của quận, nhưng những dịch vụ này có thể được cung cấp cho quý vị thông qua Ban Sức Khỏe Tinh Thần Quận Los Angeles hay Ban Y Tế Công Cộng phụ trách Phòng Ngừa và Kiểm Soát Tình Trạng Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Quận Los Angeles.

L.A. Care chịu trách nhiệm hỗ trợ cho (những) tình trạng suy yếu từ nhẹ đến trung bình do rối loạn tâm thần, được gọi là Dịch Vụ Sức Khỏe Tinh Thần Không Chuyên Khoa (Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS), được cung cấp thông qua Caredon Behavioral Health, nhà cung cấp của L.A. Care. Những dịch vụ này bao gồm nhưng không giới hạn đối với:

- Đánh giá và điều trị sức khỏe tinh thần, gồm có tâm lý trị liệu cá nhân, theo nhóm và gia đình
- Các dịch vụ ngoại trú mà bao gồm dịch vụ xét nghiệm, thuốc và tiếp liệu
- Các dịch vụ ngoại trú để theo dõi chương trình trị liệu bằng thuốc
- Tư vấn tâm thần
- Kiểm tra tâm lý để đánh giá tình trạng sức khỏe tinh thần
- Nhập viện tâm thần nội trú



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập [medicare.lacare.org](https://www.lacare.org).

F1. Dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình chúng tôi

Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal hiện được cung cấp cho quý vị qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần (Mental Health Plan, MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng tiêu chí để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal được Ban Sức Khỏe Tinh Thần (Department of Mental Health, DMH) Quận Los Angeles cung cấp bao gồm:

- dịch vụ sức khỏe tinh thần
- dịch vụ hỗ trợ thuốc dùng
- dịch vụ điều trị tăng cường ban ngày
- dịch vụ phục hồi chức năng ban ngày
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng
- dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị lưu trú cho người lớn
- dịch vụ điều trị khủng hoảng lưu trú
- dịch vụ tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần
- dịch vụ điều trị tâm thần nội trú tại bệnh viện
- quản lý trường hợp mục tiêu Tái Hòa Nhập Liên Quan Đến Công Lý
- điều trị chủ động tại cộng đồng (Assertive Community Treatment, ACT)
- điều trị chủ động tại cộng đồng liên quan đến pháp y (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- chăm sóc chuyên khoa được điều phối (Coordinated Specialty Care, CSC) cho chứng loạn thần giai đoạn đầu tiên (First Episode Psychosis, FEP)
- Dịch Vụ câu lạc bộ
- Dịch Vụ nhân viên y tế cộng đồng (Community Health Worker, CHW) tăng cường
- hỗ trợ Việc Làm
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng di động tại cộng đồng
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc trị liệu nuôi dưỡng tạm thời
- điều phối chăm sóc tăng cường
- dịch vụ chăm sóc tăng cường tại nhà

Dịch vụ Drug Medi-Cal được cung cấp bởi Ban Y Tế Công Cộng phụ trách Phòng Ngừa và Kiểm Soát Tình Trạng Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC) Quận Los Angeles bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú tăng cường
- điều trị nội trú rối loạn sử dụng chất gây nghiện trong thời kỳ chu sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dùng thuốc để điều trị cai nghiện (còn được gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)



Dịch vụ Hệ Thống Cấp Phát Có Tổ Chức của Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) hiện được cung cấp cho quý vị thông qua Ban Y Tế Công Cộng phụ trách Phòng Ngừa và Kiểm Soát Tình Trạng Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC) Quận Los Angeles nếu quý vị đáp ứng tiêu chí để nhận những dịch vụ này. Dịch Vụ DMC-ODS gồm có:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị ngoại trú tăng cường
- dùng thuốc để điều trị cai nghiện (còn được gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- dịch vụ điều trị lưu trú
- dịch vụ quản lý việc cai thuốc
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dịch vụ phục hồi
- quản lý hồ sơ
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- kiểm tra sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm, định kỳ (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

Ngoài các dịch vụ được liệt kê ở trên, quý vị có thể tiếp cận các dịch vụ giải độc nội trú tự nguyện nếu đáp ứng tiêu chí.

Hội Viên D-SNP cần dịch vụ sức khỏe hành vi, bao gồm cả dịch vụ sức khỏe tinh thần và sử dụng chất gây nghiện, có thể tiếp cận các dịch vụ thông qua Carelon Behavioral Health, nhà cung cấp sức khỏe hành vi của L.A. Care, Ban Sức Khỏe Tinh Thần (DMH) Quận Los Angeles và Ban Y Tế Công Cộng phụ trách Phòng Ngừa và Kiểm Soát Tình Trạng Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (DPH-SAPC) Quận Los Angeles. Hệ thống cấp phát mà ở đó Hội Viên có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc dựa theo loại và tính nghiêm trọng của các triệu chứng và mức độ suy yếu. Không cần phải có giấy giới thiệu của PCP để tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi và có cách tiếp cận "không sai chỗ" đối với việc tiếp cận dịch vụ với nhiều điểm vào. Một dịch vụ "cần thiết về mặt y tế" hay "tính cần thiết về mặt y tế" khi dịch vụ đó hợp lý và cần thiết để bảo vệ mạng sống, phòng bệnh nặng hay khuyết tật nặng, hoặc để giảm cơn đau đớn trầm trọng.

Việc điều phối các dịch vụ sức khỏe hành vi cho hội viên D-SNP sẽ được L.A. Care hỗ trợ khi hội viên tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi thông qua các tổ chức của Quận khi cần, và khi cần thiết, các giấy thỏa thuận thích hợp sẽ được ký. L.A. Care và các tổ chức của Quận thực hiện theo một quy trình duyệt xét theo thỏa thuận chung nhằm hỗ trợ giải quyết kịp thời các tranh chấp lâm sàng và hành chính.

Đối với các dịch vụ sức khỏe tinh thần được Chương Trình đài thọ, hãy liên hệ với Carelon Behavioral Health theo số 1-877-344-2858.

Đối với dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa, xin liên hệ Đường Dây Trợ Giúp DMH Quận Los Angeles theo số 1-800-854-7771.

Đối với dịch vụ điều trị sử dụng chất gây nghiện với DPH-SAPC Quận Los Angeles, xin liên hệ Đường Dây Nóng Dịch Vụ Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Abuse Services Hotline, SASH) theo số 1-844-804-7500.

Luôn có nhân viên sẵn sàng giúp quý vị kết nối với dịch vụ, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

G. Dịch vụ chuyên chở

G1. Chuyên Chở Y Tế Trong Trường Hợp Không Cấp Cứu

Quý vị có quyền được chuyên chở y tế không cấp cứu nếu quý vị có nhu cầu y tế mà không cho phép quý vị sử dụng ô tô, xe buýt hoặc taxi để đến các cuộc hẹn của mình. Dịch vụ chuyên chở y tế không cấp cứu có thể được cung cấp cho các dịch vụ được đài thọ, chẳng hạn như các cuộc hẹn y tế, nha khoa, sức khỏe tinh thần, lạm dụng chất gây nghiện và nhà thuốc. Nếu quý vị cần được chuyên chở y tế không cấp cứu, quý vị có thể nói chuyện với PCP của quý vị *hay* nhà cung cấp khác và yêu cầu dịch vụ đó. PCP của quý vị *hay* nhà cung cấp khác sẽ quyết định loại dịch vụ chuyên chở phù hợp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần dịch vụ chuyên chở y tế không cấp cứu, họ sẽ kê toa bằng cách điền vào mẫu đơn và nộp cho L.A. Care Medicare Plus để xin sự chấp thuận. Sự phê duyệt sẽ có hiệu lực trong một năm, tùy thuộc vào nhu cầu y tế của quý vị. PCP của quý vị *hoặc* nhà cung cấp khác sẽ đánh giá lại nhu cầu của quý vị về dịch vụ chuyên chở y tế không cấp cứu để xin tái chấp thuận mỗi 12 tháng.

Dịch vụ chuyên chở y tế không cấp cứu là các loại xe cứu thương, xe van có cánh cứu thương, xe van có chỗ cho xe lăn lên xuống hoặc phương tiện chuyên chở bằng máy bay. L.A. Care Medicare Plus cho phép dùng phương tiện chuyên chở được đài thọ có chi phí thấp nhất và phương tiện chuyên chở y tế không cấp cứu phù hợp nhất cho nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần được đưa đón đến cuộc hẹn khám bệnh. Ví dụ: nếu tình trạng thể chất hay tình trạng y tế của quý vị cho phép quý vị có thể được chuyên chở bằng xe van chở xe lăn thì L.A. Care Medicare Plus sẽ không trả tiền cho xe cứu thương. Quý vị chỉ được phép dùng phương tiện chuyên chở bằng máy bay nếu tình trạng y tế của quý vị không cho phép quý vị dùng bất cứ hình thức chuyên chở nào bằng đường bộ.

Dịch vụ chuyên chở y tế không cấp cứu phải được sử dụng khi:

- Quý vị cần dịch vụ này về mặt thể chất hoặc y tế như được xác định với văn bản cho phép từ PCP của quý vị *hoặc* nhà cung cấp khác vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, xe taxi hoặc xe van để đến cuộc hẹn của quý vị
- Do khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, quý vị cần sự trợ giúp của tài xế đến và từ nơi cư trú, phương tiện hoặc nơi điều trị của quý vị.

Để yêu cầu dịch vụ chuyên chở y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định cho **những cuộc hẹn định kỳ**, không khẩn cấp, xin gọi đến L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, ít nhất hai ngày làm việc (Thứ Hai-Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **cuộc hẹn khẩn cấp**, vui lòng gọi điện càng sớm càng tốt. Hãy chuẩn bị sẵn Thẻ ID Hội Viên của quý vị khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin.

Giới hạn chuyên chở y tế

L.A. Care Medicare Plus đài thọ dịch vụ chuyên chở y tế có chi phí thấp nhất mà đáp ứng được nhu cầu y tế của quý vị từ nhà quý vị đến với nhà cung cấp dịch vụ gần nhất, nơi có cuộc hẹn. Dịch vụ chuyên chở y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hay Medi-Cal không đài thọ cho dịch vụ này. Nếu loại cuộc hẹn này được Medi-Cal đài thọ nhưng không qua chương trình bảo hiểm sức khỏe, L.A. Care Medicare Plus sẽ giúp quý vị lấy hẹn cho dịch vụ chuyên chở này.



Danh sách các dịch vụ được đài thọ có ở **Chương 4** trong cẩm nang này. Dịch vụ chuyển chở không được đài thọ ngoài mạng lưới hoặc khu vực phục vụ của L.A. Care Medicare Plus trừ khi được chấp thuận trước.

G2. Dịch vụ chuyên chở phi y tế

Quyền lợi chuyên chở phi y tế bao gồm việc chở đi đến và về từ cuộc hẹn của quý vị đối với dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Quý vị có thể được chuyên chở miễn phí khi quý vị:

- Đi đến và về từ cuộc hẹn đối với dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép, **hoặc**
- Nhận toa thuốc và nguồn tiếp liệu y tế.

L.A. Care Medicare Plus cho phép quý vị dùng ô tô, taxi, xe buýt hoặc phương tiện chuyên chở tư nhân/công cộng khác để đến cuộc hẹn nhận các dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. L.A. Care Medicare Plus sử dụng Call the Car để sắp xếp dịch vụ chuyên chở phi y tế. Chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chuyên chở phi y tế có chi phí thấp nhất mà đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được hoàn tiền cho các chuyến đi bằng xe riêng mà quý vị sắp xếp. L.A. Care Medicare Plus phải chấp thuận dịch vụ này **trước khi** quý vị được chở, và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do tại sao quý vị không thể được chở theo cách khác, như xe buýt. Quý vị có thể cho chúng tôi biết bằng cách gọi điện thoại. **Quý vị không thể được hoàn tiền khi tự lái xe.**

Việc hoàn tiền theo số dặm sẽ yêu cầu tất cả những điều sau đây:

- Giấy phép lái xe của người lái xe.
- Giấy đăng ký xe của người lái xe.
- Bằng chứng về bảo hiểm xe hơi cho người lái xe.

Để yêu cầu dịch vụ chuyên chở đối với dịch vụ đã được cho phép, xin gọi đến L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, ít nhất hai ngày làm việc (Thứ Hai-Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **cuộc hẹn khẩn cấp**, vui lòng gọi điện càng sớm càng tốt. Hãy chuẩn bị sẵn Thẻ ID Hội Viên của quý vị khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin.

Lưu ý: Hội Viên Người Da Đỏ Châu Mỹ có thể liên lạc Phòng Khám Y Tế Người Da Đỏ tại địa phương để yêu cầu dịch vụ chuyên chở phi y tế.

Giới hạn chuyên chở phi y tế

L.A. Care Medicare Plus cung cấp dịch vụ chuyên chở phi y tế có chi phí thấp nhất mà đáp ứng được nhu cầu của quý vị từ nhà quý vị đến với nhà cung cấp dịch vụ gần nhất, nơi có cuộc hẹn.

Quý vị không thể được hoàn tiền khi tự lái xe.

Dịch vụ chuyên chở phi y tế sẽ **không** được áp dụng nếu:

- Phải cần đến xe cứu thương, xe van có cánh cứu thương hoặc xe van có chỗ cho xe lăn lên xuống hoặc những loại hình chuyên chở y tế không cấp cứu để đến nhận dịch vụ.
- Do tình trạng thể chất hoặc y tế, quý vị cần được tài xế trợ giúp đến và từ nhà, xe hoặc nơi điều trị.
- Quý vị phải ngồi xe lăn và không thể di chuyển ra vào xe nếu không có sự trợ giúp của tài xế.
- Dịch vụ này không được Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ.



H. Dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần thiết khẩn cấp, hoặc trong một thảm họa

H1. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Một tình trạng y tế cấp cứu là một tình trạng y tế với những triệu chứng, chẳng hạn như bệnh tật, đau dữ dội hoặc chấn thương nghiêm trọng, hay tình trạng y tế mà nhanh chóng trở nên trầm trọng. Tình trạng quá nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay, quý vị hay bất cứ người nào với kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa đều cho rằng có thể dẫn đến:

- rủi ro nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc cho sức khỏe của đứa con chưa được sinh ra của quý vị; **hoặc**
- mất hay tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
- rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp của một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi:
 - Không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác một cách an toàn trước khi sinh.
 - Việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe và sự an toàn của quý vị hay đứa con chưa được sinh ra của quý vị.

Nếu quý vị rơi vào tình trạng cấp cứu y tế:

- **Hãy tìm sự trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc đi đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu cần. Quý vị **không** cần được PCP của quý vị chấp thuận hay giới thiệu. Quý vị không cần sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu được đài thọ bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, 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.
- **Ngay khi có thể, hãy báo cho chương trình của chúng tôi biết về trường hợp cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi sẽ theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị, Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị hoặc một người nào khác cần gọi điện thoại báo cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường trong vòng 48 tiếng. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải chi trả cho các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị trì hoãn việc thông báo cho chúng tôi.

Hãy gọi đến Phòng Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

Dịch vụ được đài thọ trong một trường hợp y tế cấp cứu

Chương trình chúng tôi đài thọ dịch vụ xe cứu thương trong những trường hợp khi việc đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng đài thọ dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, xin xem Bảng Quyền Lợi tại **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Các nhà cung cấp mà cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và tình trạng cấp cứu y tế đã kết thúc. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên lạc với chúng tôi để lập kế hoạch nếu quý vị cần được chăm sóc theo dõi để bình phục. Medicare không cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

Chương trình chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc theo dõi. Nếu việc chăm sóc cấp cứu của quý vị do các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp cho các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận việc chăm sóc cho quý vị trong thời gian sớm nhất có thể.

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

Đôi khi cũng khó biết được là quý vị có rơi vào tình trạng cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể đến nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và bác sĩ cho biết đó không thực sự là một tình trạng cấp cứu. Miễn là quý vị nghĩ một cách hợp lý là sức khỏe của quý vị đang bị nguy hiểm nghiêm trọng, thì chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc này.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ cho biết nó không phải là tình trạng cấp cứu, chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc bổ sung cho quý vị chỉ nếu:

- Quý vị đến khám với một nhà cung cấp trong mạng lưới, **hoặc**
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được xem là "dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp" và quý vị tuân thủ các quy định về việc nhận dịch vụ chăm sóc này. Xem mục tiếp theo.

H2. Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp là việc chăm sóc cho một trường hợp không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ: quý vị có thể có cơn bộc phát của một bệnh trạng có sẵn, hay căn bệnh hoặc chấn thương không lường trước.

Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp trong khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi

Chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp chỉ nếu:

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp trong mạng lưới **và**
- Quý vị tuân thủ những quy định được mô tả trong chương này.

Nếu không thể hoặc không có khả năng tìm được nhà cung cấp trong mạng lưới theo thời gian, địa điểm hay hoàn cảnh của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Cách nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp

- Để tìm trung tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp gần quý vị, vui lòng gọi 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp bên ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi

Khi ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi, quý vị không thể đến nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới. Trong trường hợp này, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ bất cứ nhà cung cấp dịch vụ nào. Tuy nhiên, các buổi khám sức khỏe định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp, chẳng hạn như khám sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới của chương trình chúng tôi tạm thời không làm việc.

Chương trình L.A. Care Medicare Plus đài thọ cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp toàn cầu ở bất cứ nơi nào bên ngoài Hoa Kỳ. Chúng tôi sẽ đài thọ lên đến \$10,000 chi phí kết hợp về chăm sóc cấp cứu/khẩn cấp. Để tìm hiểu thêm, xin xem Bảng Quyền Lợi tại Chương 4.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc không cấp cứu nào khác mà quý vị được cung cấp ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ.

H3. Dịch vụ chăm sóc trong một thảm họa

Nếu thống đốc của California, Bộ Trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ hoặc tổng thống Hoa Kỳ tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp tại khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền được cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ chương trình chúng tôi.

Vui lòng vào trang mạng chúng tôi để biết thông tin về cách được chăm sóc cần thiết trong trường hợp có thảm họa được tuyên bố: medicare.lacare.org.

Trong một thảm họa được tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong một thảm họa được tuyên bố, quý vị sẽ được lấy thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xem **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

I. Nếu quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho dịch vụ được đài thọ thì sao

Nếu quý vị đã trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ được đài thọ, hay nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của dịch vụ y tế được đài thọ, xin xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết cần làm gì.

Quý vị không nên tự trả hóa đơn này. Nếu quý vị tự trả, chúng tôi có thể không hoàn tiền lại cho quý vị.

I1. Cần làm gì nếu chương trình chúng tôi không đài thọ dịch vụ

Chương trình chúng tôi đài thọ cho tất cả các dịch vụ:

- được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi của chương trình (xem **Chương 4**) trong *Cẩm Nang Hội Viên* này, **và**
- quý vị nhận được bằng cách tuân theo các quy định của chương trình.

Nếu quý vị nhận những dịch vụ mà chương trình chúng tôi không đài thọ, **quý vị phải tự trả toàn bộ chi phí**, trừ khi dịch vụ đó được đài thọ bởi một chương trình Medi-Cal khác ngoài chương trình chúng tôi.

Nếu muốn biết liệu chúng tôi có chi trả cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc việc chăm sóc nào hay không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp thông tin này bằng văn bản. Nếu chúng tôi nói là chúng tôi sẽ không chi trả cho dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Chương 9 trong *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích cần làm gì nếu quý vị muốn chúng tôi đài thọ một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Chương này cũng hướng dẫn quý vị cách khiếu nại quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin về quyền khiếu nại của quý vị.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

Chúng tôi sẽ trả tiền cho một số dịch vụ theo một mức giới hạn nào đó. Nếu vượt quá mức giới hạn, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí để được cung cấp thêm loại dịch vụ đó. Xem **Chương 4** để biết các mức giới hạn quyền lợi cụ thể. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết các mức giới hạn quyền lợi và số quyền lợi của quý vị mà quý vị đã sử dụng.

J. Phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

J1. Định nghĩa về một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

L.A. Care đài thọ các chi phí chăm sóc định kỳ cho bệnh nhân được tiếp nhận vào các cuộc thử nghiệm lâm sàng, bao gồm các thử nghiệm lâm sàng về bệnh ung thư, được liệt kê cho Hoa Kỳ tại <https://clinicaltrials.gov>. Medi-Cal Rx, thuộc Medi-Cal FFS, đài thọ hầu hết các loại thuốc theo toa ngoại trú.

Một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng) là cách các bác sĩ kiểm nghiệm những loại hình chăm sóc sức khỏe mới hoặc loại thuốc mới. Một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu người tình nguyện tham gia cuộc nghiên cứu. Khi quý vị tham gia một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng, quý vị có thể tiếp tục ghi danh với chương trình chúng tôi và tiếp tục nhận được phần dịch vụ chăm sóc còn lại của quý vị (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến cuộc nghiên cứu) thông qua chương trình chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia bất kỳ công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị **không** cần thông báo cho chúng tôi hay xin sự chấp thuận từ chúng tôi hay nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị. Những nhà cung cấp mà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong cuộc nghiên cứu **không** nhất thiết phải là những nhà cung cấp trong mạng lưới. Điều này không áp dụng cho các quyền lợi được đài thọ mà yêu cầu thử nghiệm lâm sàng hoặc sổ đăng ký để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi mà yêu cầu bảo hiểm có nghiên cứu phát triển bằng chứng (NCDs-CED) và nghiên cứu miễn trừ thiết bị nghiên cứu (Investigational Device Exemption, IDE). Những quyền lợi này cũng có thể tùy thuộc vào sự cho phép trước và các quy định khác của chương trình.

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

Nếu quý vị dự định tham gia vào công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng, được Original Medicare đài thọ cho người ghi danh, thì quý vị hay Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc của quý vị cần liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia vào một thử nghiệm lâm sàng.

J2. Thanh toán cho dịch vụ khi quý vị tham gia một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia vào công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng mà Medicare chấp thuận, quý vị không phải trả cho những dịch vụ được đài thọ theo cuộc nghiên cứu. Medicare chi trả cho những dịch vụ được đài thọ theo cuộc nghiên cứu cũng như các chi phí



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

định kỳ liên quan đến việc chăm sóc cho quý vị. Một khi tham gia vào một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị sẽ được đài thọ cho phần lớn những vật dụng và dịch vụ mà quý vị nhận được như một phần của cuộc nghiên cứu. Bao gồm:

- chi phí ăn ở trong lúc nằm viện mà Medicare sẽ chi trả ngay cả khi quý vị không tham gia cuộc nghiên cứu
- thủ thuật giải phẫu hoặc thủ tục y khoa nào khác nếu đó là một phần của cuộc nghiên cứu
- việc điều trị bất kỳ phản ứng phụ và biến chứng nào liên quan đến loại chăm sóc mới

Nếu quý vị tham gia vào một cuộc nghiên cứu **không** được Medicare chấp thuận, quý vị sẽ phải trả mọi chi phí khi tham gia vào cuộc nghiên cứu.

J3. Thông tin bổ sung về các công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia một cuộc nghiên cứu khảo sát lâm sàng bằng cách đọc "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare & Các Cuộc Nghiên Cứu Khảo Sát Lâm Sàng) trên trang mạng của Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.

K. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được đài thọ như thế nào tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế

K1. Định nghĩa về cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế

Cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế, là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị thường được cấp, tại một bệnh viện hoặc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược với tín ngưỡng của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ việc chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế.

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

K2. Dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế, quý vị phải ký một văn bản pháp lý xác nhận là quý vị phản đối việc được điều trị y tế "không loại trừ".

- Việc điều trị y tế "không loại trừ" là bất cứ loại chăm sóc hay điều trị nào mà **tự nguyện, và không bị bắt buộc** theo luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Việc điều trị y tế "loại trừ" là bất cứ loại chăm sóc hay điều trị nào **không tự nguyện và bị bắt buộc** theo luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được chương trình chúng tôi đài thọ, việc chăm sóc quý vị nhận được từ cơ sở chăm sóc sức khỏe thuộc về tôn giáo không phải y tế phải hội đủ những điều kiện sau đây:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc này phải được Medicare chứng nhận.
- Chương trình chúng tôi chỉ đài thọ những lĩnh vực chăm sóc không thuộc tôn giáo.
- Nếu quý vị nhận dịch vụ từ cơ sở này mà được cung cấp cho quý vị tại một cơ sở y tế:



- Quý vị phải có một bệnh trạng cho phép quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ đối với việc chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc việc chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Quý vị phải nhận được sự chấp thuận từ chúng tôi trước khi quý vị được đưa vào cơ sở, nếu không thời gian lưu lại cơ sở này **sẽ không** được đài thọ.

Đối với việc nằm viện nội trú, các mức giới hạn bảo hiểm của Medicare không được áp dụng nếu bệnh viện đó thuộc mạng lưới của chương trình bảo hiểm sức khỏe. *Để biết thêm thông tin, xin xem Bảng Quyền Lợi tại Chương 4.*

L. Thiết bị y tế lâu bền (DME)

L1. DME với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi

DME bao gồm một số vật dụng cần thiết về mặt y tế do một nhà cung cấp yêu cầu, chẳng hạn như xe lăn, nạng, hệ thống nệm điện, tiếp liệu bệnh tiểu đường, giường bệnh viện được một nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà, bơm truyền dịch qua tĩnh mạch (Intravenous, IV), thiết bị hỗ trợ phát âm, thiết bị và tiếp liệu ô-xy, máy khí dung và xe tập đi.

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

Cá loại DME khác mà quý vị phải thuê. Là hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị thường **sẽ không** được sở hữu các vật dụng DME được cho thuê, cho dù quý vị đã thuê vật dụng đó được bao lâu chăng nữa.

Trong một số trường hợp giới hạn, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin.

Ngay cả khi quý vị đã dùng DME lên đến 12 tháng liên tục theo chương trình Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi, quý vị **sẽ không** được sở hữu thiết bị đó.

Medicare thường chỉ thanh toán cho thiết bị y tế mà quý vị sử dụng tại nhà. Tuy nhiên, Medi-Cal cũng có thể giúp thanh toán cho thiết bị mà quý vị cần bên ngoài nhà, như thiết bị trong khu phố của quý vị.

L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

Trong chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME sẽ được sở hữu chúng sau 13 tháng. Trong chương trình Medicare Advantage (MA), chương trình có thể ấn định số tháng mà hội viên phải thuê một số loại DME trước khi được sở hữu nó.

Nếu quý vị không còn Medi-Cal, quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán liên tiếp theo Original Medicare, hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số lần thanh toán liên tiếp theo sự ấn định của chương trình MA để sở hữu vật dụng DME đó nếu:

- quý vị chưa có quyền sở hữu vật dụng DME này trong thời gian quý vị tham gia chương trình chúng tôi, **và**
- quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi và nhận các quyền lợi Medicare của quý vị ngoài bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào thuộc chương trình Original Medicare hoặc một chương trình MA.

Nếu quý vị đã thực hiện thanh toán cho vật dụng DME theo chương trình Original Medicare hay MA trước khi tham gia chương trình chúng tôi, **những khoản thanh toán cho chương**



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

trình Original Medicare hay MA đó không được tính vào số lần thanh toán mà quý vị cần thực hiện sau khi rời khỏi chương trình chúng tôi.

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán mới liên tiếp theo chương trình Original Medicare hoặc một số lần thanh toán mới liên tiếp được ấn định bởi chương trình MA để sở hữu vật dụng DME.
- Không có trường hợp ngoại lệ nào cho trường hợp này khi quý vị quay trở lại chương trình Original Medicare hay MA.

L3. Quyền lợi thiết bị khí ô-xy với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận thiết bị khí ô-xy do Medicare đài thọ, chúng tôi đài thọ:

- thuê thiết bị khí ô-xy
- cung cấp khí ô-xy và lượng khí ô-xy
- ống dẫn và phụ kiện liên quan để cung cấp khí ô-xy và lượng khí ô-xy
- bảo trì và sửa chữa thiết bị khí ô-xy

Thiết bị khí ô-xy phải được trả lại khi không còn cần thiết về mặt y tế cho quý vị hay nếu quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi.

L4. Thiết bị khí ô-xy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hay một chương trình Medicare Advantage (MA) khác

Khi thiết bị khí ô-xy cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị sẽ thuê nó từ một nhà cung ứng trong 36 tháng. Khoản tiền thuê mà quý vị thanh toán hàng tháng chỉ trả cho thiết bị khí ô-xy và tiếp liệu và dịch vụ được liệt kê ở trên. Medicare và Medi-Cal đài thọ những khoản thanh toán này nếu quý vị vẫn còn ghi danh vào Medicare và Medi-Cal.

Nếu thiết bị khí ô-xy cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị thuê nó trong 36 tháng**, nhà cung ứng của quý vị phải cung cấp:

- thiết bị khí ô-xy, tiếp liệu và dịch vụ thêm 24 tháng nữa
- thiết bị khí ô-xy và tiếp liệu trong tối đa 5 năm nếu cần thiết về mặt y tế

Nếu thiết bị khí ô-xy vẫn cần thiết về mặt y tế **vào cuối khoảng thời gian 5 năm**:

- Nhà cung ứng của quý vị không còn phải cung cấp nó, và quý vị có thể chọn lấy thiết bị thay thế từ bất cứ nhà cung ứng nào.
- Một khoảng thời gian 5 năm mới bắt đầu.
- Quý vị sẽ thuê từ một nhà cung ứng trong 36 tháng.
- Sau đó nhà cung ứng của quý vị cung cấp thiết bị khí ô-xy, tiếp liệu và dịch vụ thêm 24 tháng nữa.
- Một chu kỳ mới bắt đầu mỗi 5 năm, miễn là thiết bị khí ô-xy cần thiết về mặt y tế.

Khi thiết bị khí ô-xy cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi và chuyển sang một chương trình MA khác**, chương trình sẽ đài thọ ít nhất những gì Original Medicare đài thọ. Quý vị có thể hỏi chương trình MA mới của quý vị xem họ đài thọ thiết bị khí ô-xy và tiếp liệu nào và chi phí của quý vị sẽ là bao nhiêu.



Chương 4: Bảng Quyền Lợi

Phần Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết về những dịch vụ mà chương trình chúng tôi và bất cứ hạn chế hoặc giới hạn nào đối với những dịch vụ đó. Nó cũng cho quý vị biết về những quyền lợi không được đài thọ theo chương trình của chúng tôi. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Hội viên mới tham gia L.A. Care Medicare Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào L.A. Care Medicare Plus để hưởng những quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu được ghi danh vào L.A. Care Medicare Plus. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của quý vị thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được dịch vụ Medi-Cal thông qua L.A. Care Medicare Plus. Sẽ không có khoảng chờ trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-833-522-6767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ nếu quý vị có điều gì thắc mắc.

Mục Lục

A. Dịch vụ được đài thọ của quý vị	68
B. Những quy định không cho nhà cung cấp tính tiền dịch vụ với quý vị.....	68
C. Về Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi	68
D. Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi	71
E. Hỗ Trợ Cộng Đồng.....	125
F. Những quyền lợi được đài thọ bên ngoài chương trình chúng tôi.....	127
F1. Chương trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)	127
F2. Medi-Cal Dental	128
F3. Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (IHSS)	129
E5. 1915(c) Các Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Tại Cộng Đồng (HCBS).....	129
F5. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Được Cung Cấp Bên Ngoài Chương Trình Chúng Tôi (Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tinh Thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện)..	132
G. Những quyền lợi không được chương trình chúng tôi, Medicare hay Medi-Cal đài thọ ...	134



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

A. Dịch vụ được đài thọ của quý vị

Chương này cho quý vị biết về những dịch vụ mà chương trình chúng tôi đài thọ. Quý vị cũng có thể biết về những dịch vụ nào không được đài thọ. Thông tin về những quyền lợi về thuốc có ở **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Chương này cũng giải thích về giới hạn của một số dịch vụ.

Vì quý vị được trợ giúp qua chương trình Medi-Cal, quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ được đài thọ với điều kiện là quý vị tuân theo các quy định của chương trình. Xem **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin chi tiết về các quy định của chương trình chúng tôi.

Nếu quý vị cần được trợ giúp để hiểu các dịch vụ nào được đài thọ, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

B. Những quy định không cho nhà cung cấp tính tiền dịch vụ với quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của chúng tôi lập hóa đơn với quý vị về những dịch vụ được đài thọ trong mạng lưới. Chúng tôi trực tiếp trả tiền cho các nhà cung cấp của chúng tôi, và chúng tôi bảo vệ không để quý vị phải trả số tiền nào. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn số tiền họ tính cho dịch vụ.

Quý vị không bao giờ phải nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho các dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị nhận được hoá đơn, xin xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này hay gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên.

C. Về Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi

Bảng Quyền Lợi cho quý vị biết chương trình chúng tôi chi trả cho các dịch vụ nào. Nó liệt kê các dịch vụ được đài thọ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích về các dịch vụ đó.

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

- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ đúng theo các quy định do Medicare và Medi-Cal đề ra.
- Các dịch vụ này, bao gồm các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi và sử dụng chất gây nghiện, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, tiếp liệu, thiết bị và thuốc phải "cần thiết về mặt y tế." Cần thiết về mặt y tế mô tả những dịch vụ, tiếp liệu, hoặc thuốc mà quý vị cần để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị một bệnh trạng hay duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Bao gồm việc chăm sóc để giúp quý vị không phải nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng. Điều này cũng có nghĩa là những dịch vụ, tiếp liệu, hoặc các loại thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận.
- Đối với những người mới ghi danh, trong 90 ngày đầu tiên, chúng tôi có thể không yêu cầu quý vị phải xin chấp thuận trước cho bất kỳ liệu trình điều trị tích cực nào, ngay cả khi liệu trình điều trị đó là dịch vụ đã bắt đầu với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

- Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp cộng tác với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ trừ khi đó là trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp, hoặc trừ khi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới giới thiệu quý vị. **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.
- Quý vị có nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP) hoặc đội ngũ chăm sóc cung cấp và quản lý việc chăm sóc cho quý vị. *[Plans that don't require referrals, omit the rest of this paragraph:]* Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp mà không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Trường hợp này được gọi là sự giới thiệu. **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này có thêm thông tin về việc lấy giấy giới thiệu và khi nào quý vị **không** cần giấy giới thiệu.
- Chúng tôi đài thọ một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi chỉ nếu bác sĩ của quý vị hay các nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được sự chấp thuận trước từ chúng tôi. Điều này được gọi là sự cho phép trước (Prior Authorization, PA). Chúng tôi đánh dấu hoa thị (*) cho các dịch vụ được đài thọ trong Bảng Quyền Lợi mà cần PA.
- Nếu chương trình của quý vị chấp thuận một yêu cầu PA cho một liệu trình điều trị, sự chấp thuận đó phải có hiệu lực bao lâu mà liệu trình điều trị đó còn hợp lý và cần thiết về mặt y tế để tránh gián đoạn dịch vụ chăm sóc, dựa theo các tiêu chí bảo hiểm, tiền sử bệnh của quý vị và đề nghị của nhà cung cấp điều trị.
- *Nếu quý vị mất quyền lợi Medi-Cal, trong thời gian 3 tháng được cho là tiếp tục hội đủ điều kiện, quyền lợi Medicare của quý vị trong chương trình này sẽ tiếp tục. Tuy nhiên, dịch vụ Medi-Cal của quý vị có thể không được đài thọ. Hãy liên lạc văn phòng duyệt xét tư cách hội đủ điều kiện tại quận của quý vị hay Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe để biết thông tin về tư cách hội đủ điều kiện Medi-Cal của quý vị. Quý vị có thể giữ quyền lợi Medicare, nhưng không thể giữ quyền lợi Medi-Cal của quý vị.*

Thông Tin Quan Trọng về Quyền Lợi cho Hội Viên mắc Một Số Tình Trạng Mãn Tính.

Để đủ điều kiện nhận Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), quý vị phải mắc một hoặc nhiều tình trạng mãn tính (được liệt kê ở trên) đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện. Ngoài ra, quý vị phải có các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng lâu dài ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng khác và cần được hỗ trợ đáng kể để quản lý việc chăm sóc của họ. Phản hồi từ Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (Health Risk Assessment, HRA) và hồ sơ y tế của quý vị được sử dụng để giúp xác định xem quý vị có đủ điều kiện hay không. Quý vị cũng có thể nhờ bác sĩ của quý vị nộp yêu cầu cho L.A. Care xác nhận (các) tình trạng y tế đủ tiêu chuẩn của quý vị và các tiêu chí đủ điều kiện khác cho SSBCI. Xin lưu ý rằng quyền lợi SSBCI và tiêu chuẩn của quý vị (khi được phê duyệt) sẽ kết thúc vào cuối năm quyền lợi. Không phải ai cũng đủ tiêu chuẩn được phê duyệt.

- Nếu quý vị mắc bất kỳ tình trạng mãn tính nào được liệt kê bên dưới và đáp ứng một số tiêu chí y tế, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận thêm quyền lợi:



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

- Nghiện mãn tính bia rượu và dược chất khác
- Rối loạn tự miễn dịch
- Ung thư
- Rối loạn tim mạch
- Suy tim mãn tính
- Chứng mất trí
- Bệnh tiểu đường
- Thừa cân- béo phì- và hội chứng chuyển hóa
- Bệnh đường tiêu hóa mãn tính
- Bệnh thận mãn tính (Chronic Kidney Disease, CKD)
- Rối loạn máu nghiêm trọng
- Vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)
- Rối loạn phổi mãn tính
- Tình trạng mãn tính và sức khỏe tinh thần gây bất lực
- Rối loạn thần kinh
- Đột quỵ
- Hậu cấy ghép nội tạng
- Rối loạn suy giảm miễn dịch và Rối loạn ức chế miễn dịch
- Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức
- Các tình trạng gây ra những thách thức về chức năng
- Các tình trạng mãn tính gây suy yếu thị giác, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác
- Các tình trạng cần đến dịch vụ trị liệu liên tục để bệnh nhân duy trì hay giữ lại chức năng hoạt động
- Xem hàng "Trợ giúp cho một số tình trạng mãn tính" trong Bảng Quyền Lợi để biết thêm thông tin.
- Liên lạc với chúng tôi để biết thêm thông tin.

Hầu hết **hoặc** tất cả các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Trái táo này 🍏 cho biết các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền Lợi.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

D. Bảng Quyền Lợi của chương trình chúng tôi

Dịch Vụ Được Đãi Thọ	Số tiền quý vị trả
 Kiểm tra sàng lọc chứng phình động mạch chủ ở bụng Chúng tôi chi trả cho một lần kiểm tra sàng lọc bằng siêu âm cho những người có nguy cơ mắc bệnh. Chương trình chúng tôi chỉ đãi thọ kiểm tra sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ, và nếu quý vị được giới thiệu từ bác sĩ, y sĩ, chuyên viên điều dưỡng, hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng của quý vị.	\$0
Châm cứu Chúng tôi chi trả tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong bất cứ một tháng nào theo lịch, hay thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả cho tối đa 12 lần châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị mắc bệnh đau lưng dưới mãn tính, được xác định như sau: • kéo dài từ 12 tuần trở lên; • không cụ thể (không có nguyên nhân tự thân có thể được xác định, chẳng hạn như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hay nhiễm trùng); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai nghén. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Châm cứu (tiếp theo) Ngoài ra, chúng tôi chi trả thêm tám buổi châm cứu trị đau lưng dưới mãn tính nếu quý vị có thuyền giảm. Quý vị không thể nhận được nhiều hơn 20 lần điều trị châm cứu cho chứng đau lưng dưới mãn tính mỗi năm. Việc điều trị bằng châm cứu phải ngưng lại nếu bệnh của quý vị không thuyền giảm hay trở nặng hơn. Yêu Cầu về Nhà Cung Cấp: Bác sĩ (như được định nghĩa ở 1861(r)(1) trong Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu thể theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Y sĩ (Physician assistants, PA), chuyên viên điều dưỡng (Nurse Practitioners, NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (Clinical Nurse Specialists, CNS) (như được định nghĩa tại 1861(aa) (5) trong Đạo Luật), và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng mọi yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hay tiến sĩ về châm cứu hay Đông Y từ một trường được công nhận bởi Ủy Ban Chứng Nhận về Châm Cứu và Đông Y (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); và • giấy phép hiện hành, đầy đủ, đang hoạt động và không hạn chế để hành nghề châm cứu ở một Tiểu Bang, Lãnh Thổ hay Khối Thịnh Vượng Chung (như Puerto Rico) của Hoa Kỳ hay Đặc Khu Columbia. Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải chịu mức độ giám sát phù hợp của một bác sĩ, PA, hay NP/CNS, theo yêu cầu trong các quy chế của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 and 410.27.	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Châm Cứu và Nắn Khớp Xương Định Kỳ (Bổ Sung) Chương trình chúng tôi đòi thò lên đến 45 buổi kết hợp mỗi năm cho các dịch vụ Châm Cứu và Nắn Khớp Xương Định Kỳ mà Không Được Medicare và Medi-Cal đòi thò. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp có hợp đồng để nhận các dịch vụ được đòi thò. Vui lòng liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có thắc mắc về cách sử dụng quyền lợi này. Dịch vụ Châm Cứu được đòi thò gồm có: • Đánh Giá và Kiểm Tra • Bấm huyết • Các phương thức và phương pháp điều trị hội chứng đau nhức • Tình trạng cơ xương • Buồn nôn Các dịch vụ Nắn Khớp Xương được đòi thò gồm có: • Đánh Giá và Kiểm Tra • Kiểm tra bằng X quang • Liệu pháp nắn khớp xương bằng tay, các phương thức và quy trình trị liệu • Phục hồi chức năng cơ thể cho các tình trạng cơ xương cột sống và tư chi với các lựa chọn y tế từ xa và tại phòng khám	\$0
 Kiểm tra sàng lọc và tư vấn về việc lạm dụng bia rượu Chúng tôi chi trả cho một lần kiểm tra sàng lọc về việc lạm dụng bia rượu (SABIRT) cho người lớn lạm dụng bia rượu nhưng không phải là nghiện bia rượu. Dịch vụ này bao gồm cả phụ nữ mang thai. Nếu kết quả kiểm tra cho thấy là quý vị có lạm dụng bia rượu, quý vị sẽ được cấp đến tối đa bốn buổi tư vấn trực diện ngắn mỗi năm (nếu quý vị có khả năng hiểu biết và tỉnh táo trong thời gian tư vấn) với một nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) hoặc một chuyên viên y tế đủ trình độ chuyên môn tại một cơ sở chăm sóc chính.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ xe cứu thương* Dịch vụ xe cứu thương được đòi thò gồm có phương tiện giao thông đường bộ và đường hàng không (máy bay và trực thăng), cho trường hợp cấp cứu hay không cấp cứu. Xe cứu thương sẽ đưa quý vị đến nơi gần nhất có thể chăm sóc cho quý vị. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến nỗi nếu dùng cách khác để đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể sẽ gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. Dịch vụ xe cứu thương cho những trường hợp khác (không khẩn cấp) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong những trường hợp không phải cấp cứu, chúng tôi có thể chi trả cho xe cứu thương. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà nếu dùng cách nào khác để đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể sẽ gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị.	\$0
Khám Sức Khỏe Hàng Năm Chúng tôi chi trả cho một lần khám sức khỏe hàng năm, ngoài lần khám Sức Khỏe Toàn Diện hàng năm. Lần khám sức khỏe hàng năm bao gồm việc xem xét chi tiết tiền sử bệnh/gia đình và đánh giá bằng cách thăm khám bằng tay từ đầu đến chân.	\$0
 Khám sức khỏe toàn diện hàng năm Quý vị có thể được khám tổng quát hàng năm. Lần khám này là để đưa ra hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi chi trả cho loại thăm khám này mỗi 12 tháng một lần. Lưu ý: Lần khám sức khỏe toàn diện hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần khám Chào Mừng Đến Với Medicare. Tuy nhiên, quý vị không cần phải có lần khám Chào Mừng Đến Với Medicare mới được khám sức khỏe toàn diện hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B được 12 tháng.	\$0
Dịch Vụ Phòng Ngừa Bệnh Suyễn Quý vị có thể được giáo dục về bệnh suyễn và được đánh giá môi trường nhà ở để kiểm tra các yếu tố kích thích cơn suyễn thường gặp trong nhà dành cho những người bị suyễn không được kiểm soát tốt.	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi L.A. Care Medicare Plus cung cấp hỗ trợ cho (những) tình trạng suy yếu nhẹ, trung bình hoặc nặng do rối loạn tâm thần, được cung cấp thông qua Carelon Behavioral Health. Những dịch vụ này bao gồm nhưng không hạn chế đối với: • Đánh giá và điều trị sức khỏe tinh thần, bao gồm tâm lý trị liệu cho cá nhân, nhóm và gia đình • Các dịch vụ ngoại trú mà bao gồm dịch vụ xét nghiệm, thuốc và tiếp liệu • Các dịch vụ ngoại trú để theo dõi chương trình trị liệu bằng thuốc • Tư vấn tâm thần • Kiểm tra tâm lý để đánh giá tình trạng sức khỏe tinh thần • Nhập viện tâm thần nội trú Để biết thêm thông tin, xin liên lạc Carelon Behavioral Health: • Qua Điện Thoại: 1-877-344-2858/1-800-735-2929 TTY/TDD • Để tìm hiểu thêm về dịch vụ của Carelon Behavioral Health, vui lòng truy cập: www.carelonbehavioralhealth.com/ Luôn có nhân viên sẵn sàng giúp quý vị kết nối với dịch vụ, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Khoản Trợ Cấp Thẻ Trả Trước Quyền Lợi – Sản phẩm Mua Không Cần Toa (Over-the-Counter, OTC) Quý vị sẽ nhận được khoản trợ cấp hàng tháng là \$110, được nạp trước vào Thẻ Trả Trước Quyền Lợi Mastercard® của quý vị, để sử dụng cho các mặt hàng chăm sóc sức khỏe và sức khỏe toàn diện mua không cần toa (OTC) được chấp thuận chẳng hạn như thuốc trị ho và cảm lạnh, vitamin, thuốc giảm đau, băng gạc và nhiều mặt hàng khác. Thẻ và hướng dẫn kích hoạt sẽ được gửi cho quý vị qua đường bưu điện trong khoảng 7 đến 10 ngày sau khi quý vị tham gia chương trình. Quý vị cũng sẽ nhận được catalog về OTC và Thực Phẩm Lành Mạnh qua bưu điện, trong đó liệt kê mọi mặt hàng được chấp thuận. Một khi bảo hiểm của quý vị bắt đầu và thẻ được kích hoạt, quý vị có thể bắt đầu đặt hàng. Miễn phí gửi hàng, và quý vị sẽ nhận được hầu hết các mặt hàng trong vòng khoảng hai ngày. Chỉ những mặt hàng được chấp thuận mới được chi trả theo khoản trợ cấp này. Quý vị có thể sử dụng catalog bản giấy hay truy cập tại lacare.nationsbenefit.com để xem sản phẩm nào đủ điều kiện. Vui lòng lưu ý mọi số tiền nào không được sử dụng sẽ không chuyển tiếp sang tháng tiếp theo. Để tận dụng tối đa quyền lợi của quý vị, quý vị nên sử dụng hết khoản trợ cấp của mỗi tháng. Thật dễ dàng để mua các mặt hàng của quý vị! Quý vị có thể dùng Thẻ Trả Trước Quyền Lợi Mastercard® của mình tại cửa hàng thuộc các nhà thuốc và địa điểm bán lẻ tham gia chương trình, trực tuyến hay qua điện thoại. • Tại Cửa Hàng: Quý vị có thể mua các mặt hàng được chấp thuận tại những nơi như Albertsons, CVS, Food-4-Less, Ralphs, Walgreens, Walmart, và nhiều hơn nữa. Để tìm một cửa hàng gần quý vị, xin truy cập lacare.nationsbenefits.com • Trực tuyến: Truy cập lacare.nationsbenefits.com để xem danh sách các loại sản phẩm được chấp thuận. Nếu đây là lần đầu tiên quý vị đặt mua trực tuyến, quý vị sẽ cần lập một tài khoản bằng cách đăng ký trên cổng thông tin Benefits Pro Portal hay ứng dụng Benefits Pro. Nếu quý vị đã lập tài khoản, chỉ cần đăng nhập, chọn mặt hàng của quý vị và khi chọn xong, nhấp "Checkout" (Thanh toán). • Qua Điện Thoại: Quý vị có thể xem Tập Catalog OTC hay vào lacare.nationsbenefits.com để tìm sản phẩm mà quý vị muốn đặt hàng. Để thực hiện đặt hàng qua điện thoại, vui lòng gọi 1-833-571-7587 (TTY: 711). Nhân Viên ban Dịch Vụ Hội Viên làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Đo khối lượng xương Chúng tôi chi trả cho một số thủ thuật cho hội viên hội đủ tiêu chuẩn (thường là những người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương). Các thủ thuật này giúp xác định khối lượng xương, phát hiện tình trạng giảm khối lượng xương, hoặc tìm hiểu chất lượng xương. Chúng tôi chi trả cho những dịch vụ này mỗi 24 tháng một lần, hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng thanh toán cho bác sĩ xem và nhận xét về kết quả.	\$0
 Kiểm tra sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú) Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: • một lần chụp quang tuyến vú cơ bản trong độ tuổi từ 35 đến 39 • một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc mỗi 12 tháng • khám vú lâm sàng, mỗi 24 tháng một lần	\$0
Dịch vụ phục hồi chức năng tim* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim, chẳng hạn như các bài tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Hội viên phải đáp ứng một số điều kiện và có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng đòi hỏi các chương trình phục hồi chức năng tim tăng cường, được tập trung cao độ hơn các chương trình phục hồi chức năng tim.	\$0
 Thăm khám để giảm bớt nguy cơ bệnh tim mạch (tim) (trị liệu bệnh tim) Chúng tôi chi trả cho một lần khám mỗi năm, hay nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế, với nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị nhằm giúp giảm bớt nguy cơ mắc bệnh tim. Trong lần khám hãy các lần khám này, bác sĩ của quý vị có thể: • thảo luận việc dùng thuốc aspirin, • kiểm tra huyết áp, và/hoặc • chỉ dẫn để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.	\$0
 Kiểm tra sàng lọc bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi chi trả cho các xét nghiệm máu để kiểm tra dò tìm bệnh tim mạch mỗi 5 năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các khiếm khuyết do nguy cơ cao với bệnh tim.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Kiểm tra sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: - với tất cả phụ nữ: Xét nghiệm dò tìm bệnh ung thư cổ tử cung và khám xương chậu mỗi 24 tháng một lần - với phụ nữ có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư cổ tử cung: một xét nghiệm dò tìm bệnh ung thư cổ tử cung mỗi 12 tháng một lần - với phụ nữ đã từng có kết quả xét nghiệm dò tìm ung thư cổ tử cung bất thường trong vòng ba năm qua, và đang trong độ tuổi sinh con: một xét nghiệm dò tìm bệnh ung thư cổ tử cung mỗi 12 tháng một lần - với phụ nữ từ 30-65: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (Human Papillomavirus, HPV) hay xét nghiệm dò tìm bệnh ung thư cổ tử cung cùng với xét nghiệm HPV mỗi 5 năm một lần	\$0
Dịch vụ chỉnh nắn khớp xương Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: điều chỉnh cột sống để sửa cho thẳng Lưu ý: Quý vị sẽ trả tất cả chi phí cho bất cứ dịch vụ hay kiểm tra nào khác do chuyên viên nắn khớp xương yêu cầu (kể cả chụp X-quang). Xem Mục: Châm Cứu và Nắn Khớp Xương (Bổ Sung) để biết quyền lợi bổ sung.	Lưu ý: Quý vị sẽ trả tất cả chi phí cho bất cứ dịch vụ hay kiểm tra nào khác do chuyên viên nắn khớp xương yêu cầu (kể cả chụp X-quang).
Dịch vụ quản lý và điều trị chứng đau mãn tính Dịch vụ được đòi hỏi hàng tháng cho người mắc chứng đau mãn tính (đau dai dẳng và tái phát kéo dài hơn 3 tháng) Dịch vụ có thể bao gồm việc đánh giá chứng đau, quản lý thuốc, và điều phối và lập kế hoạch chăm sóc.	Khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ này sẽ thay đổi tùy thuộc vào dịch vụ cá nhân được cung cấp trong quá trình điều trị.



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: - Nội soi đại tràng không giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được chi trả một lần sau mỗi 120 tháng (10 năm) cho những bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau lần nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm trước đó cho những bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại tràng, và một lần sau mỗi 24 tháng cho những bệnh nhân có nguy cơ cao sau lần nội soi đại tràng sàng lọc trước đó. - Chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng sẽ được đòi thò khi đã qua ít nhất 59 tháng kể từ tháng thực hiện chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc gần nhất, hoặc khi đã qua 47 tháng kể từ tháng thực hiện nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm hoặc nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, có thể thanh toán cho lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc được thực hiện sau ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc gần nhất hoặc nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. - Nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Một lần mỗi 120 tháng đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sàng lọc. Một lần mỗi 48 tháng đối với bệnh nhân có nguy cơ cao kể từ lần nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng gần nhất. - Kiểm tra sàng lọc máu ẩn trong phân cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Một lần mỗi 12 tháng. - Xét nghiệm DNA đa mục tiêu trong phân cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí về nguy cơ cao. Một lần mỗi 3 năm. - Xét Nghiệm Dấu Ấn Sinh Học Dựa Trên Máu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí về nguy cơ cao. Một lần mỗi 3 năm. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng (tiếp theo) - Kiểm tra sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc theo dõi sau khi có kết quả dương tính với kiểm tra sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare đòi thò. - Kiểm tra sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm sàng lọc theo kế hoạch hoặc nội soi đại tràng sàng lọc bao gồm việc loại bỏ mô hoặc các chất khác, hay các thủ thuật khác được thực hiện liên quan đến, là kết quả của và trong cùng một lần khám lâm sàng như xét nghiệm sàng lọc.	
Dịch Vụ Nhân Viên Y Tế Cộng Đồng L.A. Care bảo hiểm cho dịch vụ nhân viên y tế cộng đồng (Community Health Worker, CHW) cho cá nhân khi có khuyến nghị của bác sĩ hoặc chuyên gia y tế được cấp phép khác để ngăn ngừa bệnh tật, khuyết tật và các tình trạng sức khỏe hoặc sự tiến triển của bệnh; kéo dài tuổi thọ và tăng cường sức khỏe thể chất, tinh thần và hiệu quả. Dịch vụ có thể bao gồm: Giáo dục và hướng dẫn về sức khỏe, bao gồm kiểm soát và phòng ngừa các bệnh mãn tính hoặc truyền nhiễm; tình trạng sức khỏe hành vi, chu sinh và răng miệng, cũng như phòng ngừa chấn thương Nâng cao và huấn luyện sức khỏe, bao gồm thiết lập mục tiêu và tạo kế hoạch hành động để giải quyết việc phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ nha khoa Chúng tôi chi trả một số dịch vụ nha khoa, bao gồm nhưng không giới hạn đối với việc làm sạch răng, trám răng và răng giả. Những dịch vụ chúng tôi không đòi hỏi hiện được cung cấp thông qua chương trình Medi-Cal Dental, được mô tả tại Mục G2 bên dưới. Chúng tôi chi trả cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong việc điều trị cụ thể cho bệnh trạng chính của một người. Ví dụ như tái tạo hàm sau khi bị gãy hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị cho quá trình xạ trị ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi cấy ghép nội tạng. Dịch Vụ Nha Khoa Khác (Bổ Sung) Chương trình chúng tôi đòi hỏi các dịch vụ và thủ thuật nha khoa khác. Những dịch vụ này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở những mục sau đây: • Dịch Vụ Phòng Ngừa ◦ Khám Răng Miệng – 1 lần mỗi năm ◦ Làm sạch răng – 1 lần mỗi năm ◦ Điều Trị Bằng Fluorua - 1 lần bôi bề mặt răng mỗi năm ◦ X-Quang - 1 lần mỗi năm • Dịch Vụ Toàn Diện ◦ Phục Hồi* ◦ Nội Nha* – 1 lần mỗi răng trọn đời o Nha Chu* ◦ Dụng cụ lắp giả (Cố Định và Tháo Lắp)* ◦ Phẫu Thuật Răng Miệng/Hàm Mặt* ◦ Dịch Vụ Tổng Quát Phụ Trợ* Chương trình chúng tôi hợp tác với Liberty Dental để cung cấp cho quý vị các quyền lợi nha khoa. Các điều khoản loại trừ và giới hạn quyền lợi có thể áp dụng. Có thể áp dụng các trường hợp ngoại lệ nếu cần thiết về mặt y tế. Xin lưu ý rằng trước khi điều trị, một số dịch vụ cần được duyệt xét lâm sàng để được cho phép trước. Một số tài liệu phải được nộp cùng với những yêu cầu cho phép trước này. Những dịch vụ này được duyệt xét lâm sàng bằng cách sử dụng tài liệu được cung cấp để xác định xem chúng Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ nha khoa (tiếp theo) có được chỉ định và thích hợp dựa theo các tiêu chuẩn ngành nghề hay không, và chúng phải đáp ứng mọi yêu cầu cụ thể đối với dịch vụ đó, như được nêu trong Tiêu Chí và Nguyên Tắc Lâm Sàng của Liberty. Theo quan điểm của Giám Đốc Nha Khoa của LIBERTY, bất kỳ biện pháp điều trị nào mà không cần thiết hay không đáp ứng tiêu chí của chương trình thì sẽ không được đòi thò. Nếu không cung cấp tài liệu theo yêu cầu thì dịch vụ đó không thể được duyệt xét đầy đủ và do đó sẽ bị từ chối. Nếu sự cho phép trước bị từ chối vì bất kỳ lý do gì thì dịch vụ đó sẽ không được đòi thò, và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí liên quan. Các thủ thuật nha khoa vì lý do thẩm mỹ hoặc làm đẹp không được đòi thò. Phạm vi bảo hiểm bị giới hạn đối với những dịch vụ được ghi trong Danh Mục Quyền Lợi. Để biết danh sách bảo hiểm chi tiết, quý vị có thể truy cập trang mạng tại medicare.lacare.org hay bằng cách gọi 1-855-552-8243, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Các dịch vụ không được chương trình chúng tôi đòi thò, có thể được cung cấp qua chương trình Medi-Cal Dental Program. Để tìm một nha sĩ trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-855-552-8243 hay tìm danh mục nhà cung cấp nha khoa trực tuyến tại libertydentalplan.com/lacaremedicare. Quý vị nên làm việc với nha sĩ trong mạng lưới của quý vị để biết phạm vi bảo hiểm quyền lợi trước khi nhận dịch vụ nha khoa. Nếu quý vị chọn đến khám với một nha sĩ ngoài mạng lưới, những dịch vụ mà quý vị nhận sẽ không được chương trình chúng tôi đòi thò. Kể từ ngày 1 tháng 7 năm 2026, các quyền lợi nha khoa sẽ không còn được cung cấp cho hội viên mà không đáp ứng các yêu cầu về tình trạng di trú.	
 Kiểm tra sàng lọc bệnh trầm cảm Chúng tôi chi trả cho một lần kiểm tra sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Lần kiểm tra sàng lọc này phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính mà có thể cung cấp việc điều trị theo dõi và/hoặc giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò		Số tiền quý vị trả
	Kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi chi trả cho lần kiểm tra này (bao gồm cả xét nghiệm đường glucose khi nhịn ăn) nếu quý vị có bất cứ yếu tố nguy cơ nào sau đây: • huyết áp cao (cao huyết áp) • tiền sử có các mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn mỡ trong máu) • béo phì • tiền sử bị đường (glucose) huyết cao Xét nghiệm có thể được đòi thò trong một số trường hợp khác, chẳng hạn như nếu quý vị bị thừa cân và trong gia đình có người bị bệnh tiểu đường. Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận tối đa hai lần kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường mỗi 12 tháng sau ngày kiểm tra sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất của quý vị.	\$0



Dịch Vụ Được Đãi Thọ	Số tiền quý vị trả
 Tiếp liệu, dịch vụ, và huấn luyện cách tự chăm sóc bệnh tiểu đường Chúng tôi chi trả các dịch vụ sau đây cho tất cả những người bị bệnh tiểu đường (cho dù họ có dùng insulin hay không): • Tiếp liệu để theo dõi lượng glucose trong máu, bao gồm những vật liệu sau đây: ◦ máy theo dõi lượng glucose trong máu ◦ que xét nghiệm lượng glucose trong máu ◦ thiết bị dùng lưỡi trích và lưỡi trích ◦ dung dịch kiểm soát lượng glucose để kiểm tra độ chính xác của que xét nghiệm và máy theo dõi • Với những người mắc bệnh tiểu đường có bệnh nặng về bàn chân do tiểu đường, chúng tôi chi trả cho các vật dụng sau đây: ◦ một đôi giày trị liệu được đóng riêng (kể cả miếng lót giày), kể cả việc điều chỉnh cho vừa, và thêm hai cặp lót giày cho mỗi năm theo lịch, hoặc ◦ một đôi giày lòng sâu, kể cả việc điều chỉnh cho vừa, và ba cặp lót giày (không bao gồm những miếng lót giày không được làm theo yêu cầu cá nhân và có thể lấy ra được, có sẵn trong những loại giày này) • Trong một số trường hợp, chúng tôi chi trả cho việc huấn luyện để giúp quý vị quản lý bệnh tiểu đường của mình. Để tìm hiểu thêm, xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên. Hội viên bị bệnh tiểu đường hội đủ điều kiện với chương trình L.A. Cares About Diabetes®. Đây là chương trình miễn phí để giúp hội viên kiểm soát bệnh tiểu đường của họ, bao gồm: – Các tài liệu y tế về bệnh tiểu đường được gửi qua bưu điện – Hướng dẫn cách đăng nhập vào Cổng Thông Tin MyHIM Wellness – Lớp Hướng Dẫn Tự Quản Lý Bệnh Tiểu Đường (có lựa chọn trực tuyến) – Tiếp Cận Chuyên Gia Dinh Dưỡng Có Giấy Phép Hành Nghề để: • Hướng dẫn cho quý vị cách kiểm soát các mức đường huyết • Hướng dẫn quý vị cách ăn uống lành mạnh • Đưa ra những lời khuyên hữu ích về cách nói chuyện với bác sĩ của quý vị về bệnh tiểu đường	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch Vụ Nhân Viên Hỗ Trợ Sinh Sản Đối với những người mang thai, chúng tôi chi trả cho chín lần thăm khám với một nhân viên hỗ trợ sinh sản trong thời kỳ tiền sản và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở. Có thể cung cấp tối đa thêm chín lần hỗ trợ hậu sản.	\$0
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan* Xem Chương 12 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này để biết định nghĩa của "Thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME)." Chúng tôi đòi thò những vật dụng sau đây: • xe lăn, kể cả xe lăn điện • nạng • hệ thống nệm điện • miếng lót áp lực khô cho nệm • tiếp liệu bệnh tiểu đường • giường bệnh viện được nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà • máy bơm và giá đỡ dùng để truyền dịch qua tĩnh mạch (Intravenous, IV) • thiết bị hỗ trợ phát âm • thiết bị cấp oxy và tiếp liệu • máy khí dung • xe tập đi • gậy có tay cầm uốn cong thông thường hay gậy bốn chân và tiếp liệu thay thế • dây kéo giãn cổ (trên cửa ra vào) • thiết bị kích thích xương phát triển • thiết bị chăm sóc chạy thận Những vật dụng khác có thể được đòi thò. Chúng tôi chi trả cho tất cả các DME cần thiết về mặt y tế mà thường được Medicare và Medi-Cal chi trả. Nếu nhà cung ứng của chúng tôi trong khu vực quý vị không có nhãn hàng nào đó, quý vị có thể hỏi họ xem họ có thể đặt mua riêng cho quý vị được không.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu là những dịch vụ: • được cung cấp bởi một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu, và • được yêu cầu để đánh giá hay điều trị một tình trạng cấp cứu y tế. Một tình trạng y tế cấp cứu là một căn bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội, hay bệnh trạng mà nhanh chóng trở nên nặng hơn. Bệnh trạng nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay, thì bất cứ một người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa đều tin rằng có thể dẫn đến: • rủi ro nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc cho sức khỏe của đứa con chưa được sinh ra của quý vị; hoặc • tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; hoặc • rối loạn chức năng nghiêm trọng cho bất kỳ cơ quan nào của cơ thể; hoặc • mất chi, hay mất chức năng hoạt động của chi. • Trong trường hợp của một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi: ◦ Không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác một cách an toàn trước khi sinh. ◦ Việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe và sự an toàn của quý vị hay đứa con chưa được sinh ra của quý vị. Những dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết khẩn cấp được đòi thò trên toàn thể giới mà không cần sự cho phép trước. Chúng tôi đòi thò lên đến \$10,000 về chi phí cho mỗi năm lịch. Liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.	\$0 Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải chuyển đến một bệnh viện trong mạng lưới để việc chăm sóc cho quý vị tiếp tục được chi trả. Quý vị có thể nằm tại bệnh viện ngoài mạng lưới để được chăm sóc nội trú chỉ nếu chương trình chúng tôi chấp thuận cho quý vị nằm viện.



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Luật pháp cho phép quý vị chọn bất cứ nhà cung cấp nào – cho dù là nhà cung cấp trong mạng lưới hay nhà cung cấp ngoài mạng lưới – để nhận một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Điều này có nghĩa là bất cứ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình. nào. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: • khám về kế hoạch gia đình và điều trị y khoa • xét nghiệm kế hoạch hóa gia đình và xét nghiệm chẩn đoán • các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (dụng cụ ngừa thai đặt trong tử cung ([Intrauterine Contraception/Intrauterine Device, IUC/IUD], cấy dưới da, chích thuốc, thuốc viên ngừa thai, thuốc dán, hoặc đặt vòng) • tiếp liệu kế hoạch hóa gia đình có toa (bao cao su, miếng xốp, thuốc bọt, màng phim, màng chắn tử cung, mũ chắn) • các dịch vụ hiếm muộn được giới hạn chẳng hạn như tư vấn và hướng dẫn về phương pháp nhận thức thời điểm thụ thai, và/hoặc tư vấn sức khỏe trước khi thụ thai, xét nghiệm và điều trị các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infections, STI) • tư vấn và xét nghiệm vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus, HIV) và hội chứng miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) và những bệnh trạng khác liên quan đến HIV • ngừa thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký vào một mẫu thỏa thuận triệt sản của liên bang ít nhất là 30 ngày, nhưng không lâu hơn 180 ngày trước ngày phẫu thuật.) • tư vấn di truyền Chúng tôi cũng chi trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ sau đây: • điều trị các bệnh trạng vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các phương pháp mang thai nhân tạo.) • điều trị AIDS và các tình trạng khác liên quan đến HIV • xét nghiệm di truyền	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Quyền Lợi Thẻ Dục (SilverSneakers) Chương trình chúng tôi cung cấp quyền lợi thẻ dục thông qua SilverSneakers®. SilverSneakers đem đến nhiều quyền lợi hơn một chương trình thẻ dục truyền thống. Đó là cách cải thiện sức khỏe và sống cuộc sống mà quý vị muốn. Cho dù quý vị thích các lớp thể dục, thể thao theo nhóm, hay thích sử dụng thiết bị sức mạnh và thiết bị hỗ trợ tim mạch, hay thích vận động tại nhà, SilverSneakers đem đến cho quý vị cơ hội cải thiện sức khỏe, có được sự tự tin và kết nối với cộng đồng. SilverSneakers giúp quý vị tiếp cận: • Một mạng lưới các địa điểm thể dục và cộng đồng tham gia chương trình trên toàn quốc¹ với các lớp thể dục theo nhóm 2 tại các địa điểm chọn lọc - ghi danh vào càng nhiều địa điểm tùy thích • Các lớp học và hội thảo trực tuyến TRỰC TIẾP của SilverSneakers do những người hướng dẫn được đào tạo, được cung cấp 7 ngày trong tuần, buổi sáng, buổi chiều và buổi tối, • Hiện có SilverSneakers Theo Yêu Cầu với hơn 200 video bài tập trực tuyến, 24/7 • Ứng dụng di động SilverSneakers GO với các chương trình thể dục có thể điều chỉnh và nhiều tính năng khác nữa Bắt đầu với 3 bước đơn giản 1. Truy cập trực tuyến vào SilverSneakers.com/StartHere để lập tài khoản trực tuyến. 2. Đăng nhập để xem số ID hội viên của quý vị và mang nó đến một địa điểm tham gia chương trình. 3. Quý vị cũng có thể tập các bài tập trực tuyến thông qua tài khoản mới của quý vị. Là hội viên của SilverSneakers, quý vị có thể tiết kiệm hàng nghìn đô la tiền học phí cho người thân của mình đơn giản bằng cách tập luyện tại cơ sở tham gia của SilverSneakers. Thật dễ dàng và miễn phí cho quý vị. Vui lòng truy cập SilverSneakers.TuitionRewards.com để biết thêm thông tin. 1. Những địa điểm tham gia chương trình (Participating Locations, "PL") không được làm chủ hoặc điều hành bởi Tivity Health, Inc. hay các chi nhánh của nó. Việc sử dụng các cơ sở và tiện nghi của PL được giới hạn theo những điều khoản và điều kiện thuộc tư cách hội viên cơ bản tại PL. Các cơ sở và tiện nghi thay đổi theo PL. 2. Tư cách hội viên bao gồm các lớp thể dục theo nhóm có huấn luyện viên hướng dẫn tại SilverSneakers. Một số địa điểm cung cấp cho hội viên thêm các lớp học. Các lớp học thay đổi theo địa điểm. SilverSneakers là thương hiệu đã được đăng ký của Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Mọi quyền được bảo hộ.	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Các chương trình giáo dục về sức khỏe và sự khỏe mạnh Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số bệnh trạng. Các chương trình này bao gồm: • các lớp giáo dục về sức khỏe; • các lớp giáo dục về dinh dưỡng; • bỏ hút và cai thuốc lá; và • Đường Dây Y Tá Tư Vấn làm việc 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần và có thể giúp trả lời các câu hỏi về triệu chứng của quý vị, cung cấp thông tin sức khỏe chung và gửi tài liệu giáo dục sức khỏe. • Tư vấn riêng qua điện thoại, cuộc hẹn trực tiếp theo nhóm, và hội thảo trực tuyến về sức khỏe toàn diện với nhiều đề tài như dinh dưỡng, phòng ngừa té ngã, bệnh loãng xương, sức khỏe trái tim, quản lý cân nặng, bệnh suyễn và phòng ngừa bệnh tiểu đường. • Tư vấn riêng qua điện thoại với một huấn luyện viên sức khỏe được chứng nhận. • Trị Liệu Dinh Dưỡng Y Khoa với một Chuyên Gia Dinh Dưỡng Có Giấy Phép Hành Nghề (theo sự giới thiệu của PCP) • Cổng thông tin trực tuyến về sức khỏe và sức khỏe toàn diện có tên là <i>My Health In Motion</i> (MyHIM), cung cấp thông tin bằng văn bản, video và chức năng trò chuyện • Các chương trình giáo dục và hỗ trợ cho bệnh suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD), bệnh tiểu đường, bệnh tiểu đường với bệnh thận mãn tính, mang thai có nguy cơ cao • Hướng dẫn và hỗ trợ sử dụng công nghệ để tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thông tin (hiểu biết y tế kỹ thuật số) • Tài liệu giáo dục về sức khỏe bằng những ngôn ngữ và định dạng dễ đọc, kể cả bản in khổ chữ lớn.	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ thính giác Chúng tôi chi trả cho các kiểm tra về thính giác và sự thăng bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Những kiểm tra này cho biết quý vị có cần được điều trị y tế hay không. Những kiểm tra này được đòi thò như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận chúng từ một bác sĩ, nhà thính học, hoặc nhà cung cấp khác đủ trình độ chuyên môn. Chúng tôi cũng chi trả cho dụng cụ trợ thính khi được kê toa bởi bác sĩ hay nhà cung cấp đủ trình độ khác, bao gồm: • khuôn, tiếp liệu và tai nghe được đặt vào tai • sửa chữa • một bộ pin đầu tiên • sáu buổi khám để hướng dẫn, điều chỉnh và đặt máy với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị nhận được dụng cụ trợ thính • thời gian thuê để dùng thử dụng cụ trợ thính • thiết bị hỗ trợ nghe, thiết bị trợ thính dẫn truyền qua xương đeo trên bề mặt • thính học liên quan đến dụng cụ trợ thính và dịch vụ sau đánh giá Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Trợ giúp cho một số tình trạng mãn tính Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Người Bệnh Mãn Tính (SSBCI) là một chương trình trợ giúp thêm cho những người có những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, kéo dài. Chương trình được thiết kế để giúp cuộc sống hàng ngày dễ dàng hơn và giúp hội viên chăm sóc sức khỏe tốt hơn tại nhà. Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ có thêm lựa chọn chi tiêu để sử dụng khoản trợ cấp hàng tháng \$110 đã được nạp sẵn trên thẻ Quyền Lợi Mastercard để trả cho các mặt hàng được chấp thuận, ngoài các sản phẩm chăm sóc sức khỏe và sức khỏe toàn diện mua không cần toa (OTC). Quý vị cũng sẽ có thể chi trả cho: • Thực phẩm lành mạnh như trái cây, rau củ và ngũ cốc nguyên hạt • Hóa đơn tiện ích tại nhà như điện, gas, nước hay rác thải • Xăng tại trạm bơm xăng để giúp quý vị đến những nơi cần đến Quan Trọng: Khoản trợ cấp của quý vị không được chuyển tiếp qua tháng sau. Hãy cố sử dụng hết \$110 mỗi tháng để quý vị tận dụng tối đa quyền lợi của mình. Xin lưu ý rằng không phải ai cũng đủ điều kiện. Làm Thế Nào Để Quý Vị Đủ Điều Kiện? Quý vị phải mắc: • Các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng lâu dài ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, và • Có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng khác, và • Cần nhiều sự trợ giúp để chăm sóc sức khỏe, và Để đủ điều kiện tham gia SSBCI, quý vị phải mắc một hoặc nhiều tình trạng mãn tính đáp ứng các tiêu chí sau: • Bệnh tiểu đường, • Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa, • Bệnh đường tiêu hóa mãn tính, • Bệnh thận mãn tính (CKD), • Hậu cấy ghép nội tạng, • Suy giảm miễn dịch và các rối loạn ức chế miễn dịch, Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
• Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức, • Các tình trạng gây khó khăn về chức năng, • Các tình trạng mãn tính làm suy giảm thị lực, thính lực (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác, • Các tình trạng cần tiếp tục điều trị để duy trì hoặc phục hồi chức năng, • Rối loạn sử dụng đồ uống có cồn mãn tính và các rối loạn sử dụng chất gây nghiện khác (SUD), • Các rối loạn tự miễn, • Ung thư, • Rối loạn tim mạch, • Suy tim mãn tính, • Sa sút trí tuệ, • Rối loạn huyết học nghiêm trọng, • HIV/AIDS, • Rối loạn phổi mạn tính, • Các bệnh lý tâm thần mãn tính và gây khuyết tật, • Rối loạn thần kinh, • Đột quỵ Phản hồi từ Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA) và hồ sơ y tế của quý vị được sử dụng để giúp xác định xem quý vị có đủ điều kiện hay không. Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ gửi yêu cầu đến L.A. Care để xác minh tình trạng sức khỏe đủ điều kiện và các tiêu chí đủ điều kiện khác cho SSBCI. Xin lưu ý rằng quyền lợi SSBCI và tiêu chuẩn của quý vị (khi được phê duyệt) sẽ kết thúc vào cuối năm hưởng quyền lợi. Không phải ai cũng đủ điều kiện. Hãy gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711) để được hỗ trợ.	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Kiểm tra sàng lọc HIV Chúng tôi chi trả cho một lần khám kiểm tra sàng lọc HIV mỗi 12 tháng một lần cho những người: • yêu cầu được xét nghiệm sàng lọc HIV, hoặc • có nguy cơ cao bị nhiễm HIV. Nếu quý vị đang có thai, chúng tôi chi trả tối đa ba lần kiểm tra sàng lọc HIV trong thời gian mang thai. Chúng cũng chi trả cho (các) kiểm tra sàng lọc HIV khác khi được nhà cung cấp của quý vị đề nghị.	\$0
Chăm sóc qua cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà* Trước khi quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải cho chúng tôi biết là quý vị cần các dịch vụ này, và chúng phải do một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Quý vị phải ở trong nhà, có nghĩa là rất khó để rời khỏi nhà. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và có thể cho những dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hay không thường xuyên (để được đòi hỏi theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, cả hai loại dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị phải có tổng cộng ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • trị liệu vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • dịch vụ y tế và xã hội • thiết bị và tiếp liệu y tế Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Liệu pháp truyền dịch tại nhà Chương trình chúng tôi chi trả cho liệu pháp truyền dịch tại nhà, được xác định là thuốc hay chất sinh học được đưa vào tĩnh mạch hay dưới da và được thực hiện cho quý vị tại nhà. Phải có những tiếp liệu sau đây để thực hiện truyền dịch tại nhà: • thuốc hay chất sinh học, chẳng hạn như thuốc kháng vi-rút hay globulin miễn dịch; • thiết bị, chẳng hạn như máy bơm; và • tiếp liệu, chẳng hạn như ống dẫn hay ống thông. Chương trình chúng tôi sẽ đòi hỏi dịch vụ truyền dịch tại nhà mà bao gồm nhưng không giới hạn đối với: • dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của quý vị; • phần hướng dẫn và huấn luyện hội viên đã không được bao gồm trong quyền lợi DME; • theo dõi từ xa; và • dịch vụ theo dõi cho việc cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc truyền dịch tại nhà được cung cấp bởi một nhà cung ứng liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ tiêu chuẩn.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc cuối đời Quý vị có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y khoa dịch vụ chăm sóc cuối đời xác nhận quý vị được tiên lượng mắc bệnh giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị bị bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ sống được tối đa sáu tháng. Quý vị có thể được chăm sóc từ bất cứ chương trình chăm sóc cuối đời nào mà được Medicare chứng nhận. Chương trình chúng tôi phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực phục vụ của chương trình, bao gồm các chương trình do chúng tôi làm chủ, kiểm soát hay có lợi ích tài chính trong đó. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho quý vị có thể là nhà cung cấp trong mạng lưới hay nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được đòi thò gồm có: • thuốc để điều trị triệu chứng và cơn đau • chăm sóc tạm thể ngắn hạn • chăm sóc tại nhà Với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được đòi thò theo chương trình Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B liên quan đến tiên lượng mắc bệnh giai đoạn cuối của quý vị được lập hóa đơn với Medicare: • Original Medicare (không phải chương trình chúng tôi) sẽ trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và bất kỳ dịch vụ Phần A hay B nào liên quan đến bệnh ở giai đoạn cuối của quý vị. Trong thời gian quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời sẽ lập hóa đơn với Original Medicare đối với các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Với các dịch vụ được đòi thò theo chương trình chúng tôi nhưng không được đòi thò theo Medicare Phần A hay Medicare Phần B: • Chương trình chúng tôi sẽ đòi thò cho những dịch vụ không được đòi thò theo Medicare Phần A hay Medicare Phần B. Chúng tôi đòi thò những dịch vụ đó cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng mắc bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị <i>không</i> phải trả gì cho những dịch vụ này. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc cuối đời (tiếp theo) Với các loại thuốc mà có thể được đòi thò theo quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi: Thuốc không bao giờ được cả hai chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình chúng tôi đòi thò cùng một lúc. Xem Chương 5 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này để biết thêm thông tin. Lưu ý: Nếu mắc bệnh nghiêm trọng, quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc giảm đau, dịch vụ chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình, với đội ngũ, để cải thiện chất lượng cuộc sống cho quý vị. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc giảm đau cùng lúc với dịch vụ chăm sóc chữa bệnh/chăm sóc thông thường. Vui lòng xem mục Chăm Sóc Giảm Đau bên dưới để biết thêm thông tin. Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc cuối đời, xin gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị và/hoặc ban dịch vụ hội viên để thu xếp những dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng mắc bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Chương trình của chúng tôi đòi thò các dịch vụ tư vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho hội viên bị bệnh giai đoạn cuối mà không lựa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.	Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và những dịch vụ Phần A hoặc Phần B của quý vị liên quan đến tiên lượng mắc bệnh giai đoạn cuối của quý vị được thanh toán bởi Original Medicare, không phải bởi L.A. Care Medicare Plus. Quý vị trả \$0 cho dịch vụ tư vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần).



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Chủng ngừa Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: • vắc-xin ngừa viêm phổi • tiêm chủng ngừa cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, có các lần tiêm chủng ngừa cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • vắc-xin ngừa viêm gan siêu vi B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc bệnh viêm gan siêu vi B • vắc-xin ngừa COVID-19 • vắc-xin chống vi-rút gây u nhú ở người (Human Papillomavirus, HPV) • những loại vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh, và chúng đáp ứng các quy định về bảo hiểm của Medicare Phần B. Chúng tôi chi trả cho các loại vắc-xin khác mà đáp ứng các quy định bảo hiểm của Medicare Phần D. Xem Chương 6 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này để tìm hiểu thêm.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và những dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế không được liệt kê ở đây: • phòng bán riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, kể cả bữa ăn dành cho chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng thông thường • chi phí cho ban chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như ban chăm sóc tăng cường hoặc ban chăm sóc động mạch vành • thuốc và dược phẩm • xét nghiệm • X-quang và những dịch vụ quang tuyến khác • tiếp liệu giải phẫu và y khoa cần thiết • dụng cụ, chẳng hạn như xe lăn • dịch vụ phòng giải phẫu và hồi sức • trị liệu vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • dịch vụ nội trú chăm sóc tình trạng lạm dụng chất gây nghiện • trong một số trường hợp, các loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/các bộ phận chung quanh ruột. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0 Quý vị phải được sự chấp thuận từ chương trình chúng tôi để tiếp tục được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị được ổn định.



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện* (tiếp theo) Nếu quý vị cần được cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị, và sẽ quyết định xem quý vị có phải là một ứng viên được cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở trong khu vực tại địa phương hay ngoài khu vực phục vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương chịu nhận mức giá của Medicare, quý vị có thể nhận được dịch vụ cấy ghép tại địa phương, hay bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu chương trình chúng tôi cung cấp dịch vụ cấy ghép bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị, và quý vị chọn được cấy ghép tại đó, chúng tôi sẽ thu xếp hoặc chi trả chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và cho một người nữa. • máu, kể cả việc cất giữ và quản lý • dịch vụ của bác sĩ Lưu ý: Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết một yêu cầu để chính thức tiếp nhận quý vị là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm tại bệnh viện, quý vị có thể vẫn được xem là "bệnh nhân ngoại trú." Nếu quý vị không biết chắc liệu mình là bệnh nhân nội trú hay bệnh nhân ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Tìm hiểu thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Quyền Lợi về Bệnh Viện của Medicare). Tờ thông tin này hiện có tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hay bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần mà phải nằm viện. • Nếu quý vị cần được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện tâm thần riêng biệt, chúng tôi sẽ đòi hỏi cho 190 ngày điều trị đầu tiên. Sau đó, cơ quan chăm sóc sức khỏe tinh thần quận tại địa phương chi trả cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Sự cho phép việc chăm sóc vượt quá 190 ngày được điều phối với cơ quan chăm sóc sức khỏe tinh thần quận tại địa phương. ◦ Mức giới hạn 190 ngày này không áp dụng cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần thuộc một bệnh viện đa khoa. • Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ mà quý vị nhận được tại Viện Tâm Thần (Institute for Mental Diseases, IMD).	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Nằm viện nội trú: Những dịch vụ được đòi thò tại một bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF) trong một lần nằm viện nội trú không được đòi thò Chúng tôi không chi trả cho lần nằm viện nội trú của quý vị nếu quý vị đã sử dụng hết quyền lợi nội trú của mình, hay nếu việc lưu lại đó không hợp lý và không cần thiết về mặt y tế. Tuy nhiên, trong một số trường hợp khi việc chăm sóc nội trú không được đòi thò, chúng tôi vẫn có thể chi trả cho những dịch vụ mà quý vị nhận được trong thời gian quý vị ở tại bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và có thể cho những dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • dịch vụ của bác sĩ • kiểm tra chẩn đoán, như xét nghiệm • X-quang, ra-đi, trị liệu chất đồng vị, kể cả vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên • vật liệu băng bó giải phẫu • nẹp, bó bột, và những thiết bị khác được dùng trong các trường hợp gãy xương và trật khớp • bộ phận lắp giả và dụng cụ chỉnh hình, không phải dụng cụ nha khoa, kể cả việc thay thế và sửa chữa những dụng cụ này. Đây là những dụng cụ thay thế toàn bộ hay một phần của: ◦ một bộ phận nội tạng (kể cả các mô lân cận), hoặc ◦ chức năng của một bộ phận nội tạng bị hư hay không còn khả năng hoạt động. • nẹp để niềng căng chân, cánh tay, lưng và cổ, đai bảo vệ cột sống hay thắt lưng, chân giả, tay giả và mắt giả. Quyền lợi này bao gồm dịch vụ điều chỉnh, sửa chữa, và thay thế cần thiết vì bị gãy vỡ, hao mòn, thất lạc, hoặc vì tình trạng của quý vị thay đổi. • trị liệu vật lý, trị liệu âm ngữ và trị liệu vận động	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ và tiếp liệu điều trị bệnh thận* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: - Dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn cách chăm sóc thận và giúp quý vị đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc cho quý vị. Quý vị phải bị bệnh thận mãn tính giai đoạn IV, và phải được bác sĩ của quý vị giới thiệu. Chúng tôi đòi hỏi tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. - Các phương pháp điều trị chạy thận ngoại trú, bao gồm các phương pháp điều trị chạy thận khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận được. - Điều trị chạy thận nội trú nếu quý vị được cho vào nằm viện nội trú để được chăm sóc đặc biệt - Huấn luyện để tự điều trị chạy thận, kể cả việc huấn luyện cho quý vị và những người giúp quý vị trong việc chạy thận tại nhà - Thiết bị và tiếp liệu chạy thận tại nhà - Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như nhân viên được đào tạo về chạy thận đến nhà khi cần để xem việc chạy thận của quý vị tiến triển như thế nào, trợ giúp khẩn cấp, kiểm tra máy và nguồn nước lọc thận. Medicare Phần B của quý vị chi trả cho một số thuốc dùng cho việc chạy thận. Để biết thông tin, xin xem "Thuốc Medicare Phần B" trong bảng này.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Chương trình chúng tôi chi trả cho kiểm tra sàng lọc bệnh ung thư phổi mỗi 12 tháng một lần nếu quý vị: - ở độ tuổi 50-77, và - có một lần được tư vấn và đưa ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ trình độ chuyên môn khác, và - đã và đang hút thuốc ít nhất 1 gói một ngày trong 20 năm mà không có dấu hiệu hay triệu chứng của bệnh ung thư phổi hoặc hiện đang hút thuốc hoặc đã và đang bỏ hút thuốc trong 15 năm qua. Sau lần kiểm tra sàng lọc đầu tiên, chương trình chúng tôi chi trả cho một kiểm tra sàng lọc khác mỗi năm nếu có văn bản yêu cầu từ bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác đủ trình độ chuyên môn. Nếu một nhà cung cấp chọn cung cấp một buổi tư vấn kiểm tra sàng lọc ung thư phổi và đưa ra quyết định chung về kiểm tra sàng lọc ung thư phổi, buổi thăm khám đó phải đáp ứng tiêu chí của Medicare cho những buổi thăm khám đó.	\$0
Quyền Lợi Bữa Ăn Chương trình Meals As Medicine của L.A. Care giúp các Hội Viên tìm hiểu về thực phẩm lành mạnh và thói quen ăn uống tốt. Chương trình cũng cung cấp các bữa ăn giao tận nhà hoặc các loại thực phẩm lành mạnh có thể được chế biến tại nhà. Khi tham gia, quý vị sẽ nhận được: - Thực phẩm lành mạnh được thiết kế riêng theo nhu cầu sức khỏe của quý vị. - Thực phẩm được gửi đến tận nhà. - Ít nhất 2 bữa ăn mỗi ngày hoặc 1 hộp thực phẩm trong tối đa 12 tuần dựa trên nhu cầu và mục tiêu sức khỏe của quý vị. - Thời gian với chuyên gia dinh dưỡng để tìm hiểu thêm về chế độ ăn uống lành mạnh. Để tham gia chương trình, quý vị tình trạng sức khỏe có thể được hỗ trợ bởi một chế độ ăn uống đặc biệt. Điều này có thể bao gồm bệnh tiểu đường, bệnh thận, huyết áp cao hoặc các bệnh tim khác. Chuyên gia dinh dưỡng đã đăng ký của L.A. Care sẽ hỏi quý vị một số câu hỏi để xem chương trình này có phù hợp với quý vị hay không. Trong suốt chương trình, quý vị sẽ nhận được thực phẩm giao hàng tuần. Quý vị cũng sẽ cần bảo quản và chuẩn bị các bữa ăn đúng cách. Để tìm hiểu thêm, hãy gọi đến chương trình Meals As Medicine theo số (855) 856-6943.	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Trị liệu dinh dưỡng y khoa Quyền lợi này dành cho những người bị bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận mà không chạy thận. Quyền lợi này cũng được cấp sau khi ghép thận và khi được bác sĩ của quý vị giới thiệu. Chúng tôi chi trả cho ba giờ dịch vụ tư vấn cá nhân trong năm đầu tiên khi quý vị được cung cấp dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y khoa theo Medicare. Chúng tôi có thể chấp thuận thêm các dịch vụ nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi chi trả cho hai giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong mỗi năm tiếp theo đó. Nếu tình trạng của quý vị, việc điều trị, hoặc chẩn đoán bệnh của quý vị thay đổi, quý vị có thể được nhiều giờ điều trị hơn với sự giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải chỉ định những dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu mỗi năm nếu quý vị cần được điều trị trong năm lịch kế tiếp. Chúng tôi có thể chấp thuận thêm dịch vụ nếu cần thiết về mặt y tế.	\$0
 Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Chương trình chúng tôi chi trả các dịch vụ MDPP cho những người hội đủ điều kiện. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi lành mạnh. Nó cung cấp việc huấn luyện thực tế về: • thay đổi dài hạn về chế độ ăn uống, và • vận động thể chất tăng cường, và • cách thức duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Thuốc Medicare Phần B* Các loại thuốc này được đòi thò theo Medicare Phần B. Chương trình chúng tôi chi trả cho những thuốc sau đây: • các loại thuốc mà quý vị thường không tự dùng và được tiêm hoặc truyền vào cơ thể khi quý vị nhận dịch vụ từ bác sĩ, bệnh viện ngoại trú hoặc các trung tâm phẫu thuật ngoại trú. • chất insulin được cung cấp qua vật dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • các loại thuốc khác mà quý vị phải dùng với thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy khí dung) mà đã được chương trình chúng tôi cho phép • thuốc Legembi® (thuốc gốc lecanemab) trị bệnh Alzheimer được truyền qua tĩnh mạch (IV) • các yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm cho mình nếu quý vị bị bệnh máu không đông • thuốc cấy ghép/ức chế miễn dịch: Medicare sẽ đòi thò liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare đã chi trả cho việc cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A vào thời điểm thực hiện dịch vụ cấy ghép được đòi thò, và quý vị phải có Phần B vào thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch. Medicare Phần D đòi thò thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đòi thò chúng • thuốc tiêm trị bệnh loãng xương. Chúng tôi chi trả cho các loại thuốc này nếu quý vị chỉ ở nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến bệnh loãng xương hậu mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc cho mình • một số kháng nguyên: Medicare đòi thò kháng nguyên nếu một bác sĩ chuẩn bị chúng và một người được hướng dẫn phù hợp (người đó có thể là quý vị, bệnh nhân) cho dùng với sự giám sát thích hợp Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Thuốc Medicare Phần B (tiếp theo) • một số loại thuốc chống ung thư dạng uống: Medicare đòi thò một số loại thuốc trị ung thư dạng uống mà quý vị dùng qua miệng nếu hiện có cùng loại thuốc đó ở dạng tiêm, hoặc thuốc đó là tiền dược (dạng uống của một loại thuốc mà khi uống vào sẽ phân hủy thành cùng một thành phần hoạt chất như trong thuốc tiêm). Khi có thuốc trị ung thư dạng uống mới, Phần B có thể đòi thò chúng. Nếu Phần B không đòi thò những thuốc đó, Phần D sẽ đòi thò. • thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare đòi thò cho các loại thuốc chống buồn nôn dạng uống mà quý vị sử dụng như một phần trong phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu chúng được dùng trước, vào, hoặc trong vòng 48 giờ kể từ khi hóa trị hoặc được sử dụng như một phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn tiêm tĩnh mạch • một số thuốc trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) dạng uống, được đòi thò theo Medicare Phần B • thuốc calcimimetic và phosphate binder theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc truyền qua tĩnh mạch Parsabiv®, và thuốc dạng uống Sensipar • một số thuốc để chạy thận tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về mặt y tế) và thuốc tê dạng bôi • chất kích thích tạo hồng cầu: Medicare đòi thò thuốc kích thích tạo hồng cầu dạng tiêm nếu quý vị mắc bệnh ESRD hoặc cần loại thuốc này để điều trị bệnh thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác • globulin miễn dịch qua đường tĩnh mạch để điều trị các bệnh suy giảm miễn dịch tiên phát tại nhà • dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa và dinh dưỡng đường ruột (dinh dưỡng đường tĩnh mạch và ống thông) Đường link sau đây sẽ giúp quý vị lấy danh sách thuốc Medicare Phần B mà có thể tùy thuộc phương pháp trị liệu từng bước: medicare.lacare.org. Chúng tôi cũng đòi thò một số vắc-xin theo Medicare Phần B và hầu hết vắc-xin cho người lớn theo quyền lợi thuốc Medicare Phần D. Chương 5 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này giải thích về quyền lợi thuốc của chúng tôi. Chương này giải thích các quy định mà quý vị phải tuân theo để được đòi thò thuốc theo toa. Chương 6 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này giải thích số tiền quý vị phải trả cho các loại thuốc thông qua chương trình chúng tôi.	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng* Một cơ sở điều dưỡng (Nursing Facility, NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể được chăm sóc tại nhà nhưng lại không cần nằm viện. Dịch vụ mà chúng tôi chi trả có thể bao gồm, nhưng không giới hạn đối với các trường hợp sau đây: • phòng bán riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, kể cả bữa ăn dành cho chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • trị liệu vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • trị liệu hô hấp • thuốc mà quý vị được cho dùng thuộc kế hoạch chăm sóc cho quý vị. (Bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.) • máu, kể cả việc cất giữ và quản lý • tiếp liệu y khoa và tiếp liệu giải phẫu thường cung cấp bởi các cơ sở điều dưỡng Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng* (tiếp theo) • các xét nghiệm thường được cung cấp bởi các cơ sở điều dưỡng • X-quang và những dịch vụ quang tuyến khác thường được cung cấp bởi các cơ sở điều dưỡng • việc sử dụng các dụng cụ, chẳng hạn như xe lăn thường được cung cấp bởi các cơ sở điều dưỡng • dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế • thiết bị y tế lâu bền • dịch vụ nha khoa, gồm cả răng giả • quyền lợi nhãn khoa • khám thính giác • chăm sóc nắn khớp xương • dịch vụ điều trị bàn chân Thông thường quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể được chăm sóc tại một cơ sở không có trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ những địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận số tiền mà chương trình chúng tôi trả: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục, nơi mà quý vị sống ngay trước khi quý vị được đưa vào bệnh viện (với điều kiện là cơ sở này có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng). • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị đang sống khi quý vị rời bệnh viện. Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	
 Kiểm tra sàng lọc chứng béo phì và trị liệu để giảm cân Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi chi trả cho việc tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị được tư vấn tại một cơ sở chăm sóc chính. Theo cách đó, dịch vụ tư vấn này có thể được quản lý với kế hoạch phòng bệnh toàn diện của quý vị. Trao đổi với nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị để biết thêm thông tin.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ chương trình điều trị opioid (Opioid Treatment Program, OTP)* Chương trình chúng tôi chi trả cho những dịch vụ sau đây để điều trị chứng rối loạn do sử dụng opioid (Opioid Use Disorder, OUD) thông qua OTP, bao gồm các dịch vụ sau: • hoạt động tiếp nhận • đánh giá định kỳ • thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận và, nếu áp dụng, quản lý và cấp những thuốc này cho quý vị. • tư vấn về sử dụng chất gây nghiện • trị liệu cá nhân và theo nhóm • xét nghiệm ma túy hay hóa chất trong cơ thể (xét nghiệm độc tố)	\$0
Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ trị liệu và tiếp liệu* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và những dịch vụ khác cần thiết về mặt y tế không được liệt kê ở đây: • X-quang • trị liệu bằng phóng xạ (ra-di và chất đồng vị), kể cả vật liệu và tiếp liệu của kỹ thuật viên • tiếp liệu giải phẫu, chẳng hạn như vật liệu băng bó • nẹp, bó bột, và những thiết bị khác được dùng trong các trường hợp gãy xương và trật khớp • xét nghiệm • máu, kể cả việc cất giữ và quản lý • các kiểm tra chẩn đoán không trong phòng thí nghiệm chẳng hạn như chụp cắt lớp vi tính (Computerized Tomography, CT), chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging, MRI), điện tâm đồ (Electrocardiogram, EKG) và chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography, PET) khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu chúng để điều trị một bệnh trạng • các kiểm tra chẩn đoán ngoại trú khác Phải có sự cho phép trước và sự giới thiệu, ngoại trừ các thủ thuật và dịch vụ chẩn đoán liên quan đến COVID-19.	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Quan sát theo dõi ngoại trú tại bệnh viện* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ quan sát theo dõi ngoại trú tại bệnh viện để xác định xem quý vị có cần phải nhập viện hay có thể xuất viện hay không. Dịch vụ phải đáp ứng tiêu chí của Medicare và được xem là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ quan sát theo dõi chỉ được đòi hỏi khi được cung cấp theo yêu cầu của bác sĩ hoặc người khác được luật tiểu bang và nội quy nhân viên bệnh viện cho phép tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc yêu cầu xét nghiệm ngoại trú. Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp đã viết yêu cầu để tiếp nhận quý vị như bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị vẫn là bệnh nhân ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm tại bệnh viện, quý vị có thể vẫn được xem là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không biết chắc liệu mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Lấy thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare <i>Quyền Lợi về Bệnh Viện tại Medicare</i>. Tờ thông tin này hiện có tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện* Chúng tôi chi trả cho những dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của một bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị một căn bệnh hoặc chấn thương, chẳng hạn như: - Dịch vụ tại khoa cấp cứu hoặc tại phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ phẫu thuật hoặc quan sát ngoại trú - Dịch vụ quan sát giúp bác sĩ của quý vị biết liệu quý vị có cần được nhập viện như "bệnh nhân nội trú." - Đôi khi, quý vị có thể ở lại bệnh viện qua đêm nhưng vẫn là "bệnh nhân ngoại trú." - Quý vị có thể lấy thêm thông tin về bệnh nhân nội trú hay bệnh nhân ngoại trú trong tờ thông tin này: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. - Xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán được bệnh viện lập hóa đơn - Chăm sóc sức khỏe tinh thần, kể cả dịch vụ chăm sóc trong chương trình nằm viện bán phần, nếu bác sĩ chứng nhận rằng việc điều trị nội trú là cần thiết mà không cần đến điều này - Chụp X-quang và những dịch vụ quang tuyến khác được bệnh viện lập hóa đơn - Tiếp liệu y khoa, chẳng hạn như nẹp và bột bó - Kiểm tra sàng lọc và dịch vụ phòng ngừa được liệt kê trên toàn Bảng Quyền Lợi - Một số loại thuốc mà quý vị không thể tự dùng Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm sóc sức khỏe tinh thần ngoại trú* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần được cung cấp bởi: • một bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép • một nhà tâm lý học lâm sàng • một nhân viên xã hội lâm sàng • một chuyên gia điều dưỡng lâm sàng • một cố vấn viên chuyên nghiệp được cấp phép (Licensed Professional Counselor, LPC) • một chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • một chuyên viên điều dưỡng (NP) • một y sĩ (PA) • bất cứ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tinh thần nào khác đạt tiêu chuẩn Medicare như được cho phép theo luật lệ áp dụng của tiểu bang Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và có thể cho những dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • dịch vụ lâm sàng • điều trị ban ngày khi quý vị đáp ứng được tiêu chí cần thiết về mặt y tế đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa. • dịch vụ phục hồi tâm lý xã hội khi quý vị đáp ứng được các tiêu chuẩn cần thiết về mặt y tế đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa. • chương trình nằm viện bán phần hoặc điều trị ngoại trú tăng cường • đánh giá và điều trị sức khỏe tinh thần cho cá nhân và theo nhóm • kiểm tra tâm lý khi được chỉ định về mặt lâm sàng để đánh giá kết quả về sức khỏe tinh thần • dịch vụ ngoại trú để theo dõi trị liệu bằng thuốc • phòng thí nghiệm, thuốc, tiếp liệu và chất bổ sung ngoại trú • tư vấn tâm thần Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú* Chúng tôi chi trả cho dịch vụ trị liệu vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ Quý vị có thể nhận được dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ các khoa ngoại trú tại bệnh viện, văn phòng chuyên viên trị liệu độc lập, các cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) và các cơ sở khác. Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0
Dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện ngoại trú* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và có thể cho những dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • kiểm tra sàng lọc và tư vấn về việc lạm dụng bia rượu • điều trị chứng lạm dụng ma túy • dịch vụ tư vấn cá nhân hoặc theo nhóm do một bác sĩ lâm sàng đủ trình độ chuyên môn cung cấp • giải độc bán cấp tính tại một chương trình cai nghiện nội trú • dịch vụ cai nghiện bia rượu và/hoặc ma túy tại một trung tâm điều trị ngoại trú tăng cường • điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích kéo dài	
Phẫu thuật ngoại trú* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ và phẫu thuật ngoại trú tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú. Lưu ý: Nếu quý vị chuẩn bị được phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị để biết quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay bệnh nhân ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp viết yêu cầu để tiếp nhận quý vị như bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị vẫn là bệnh nhân ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm tại bệnh viện, quý vị có thể vẫn được xem là bệnh nhân ngoại trú. Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chăm Sóc Giảm Đau Chăm sóc giảm đau được chương trình chúng tôi đòi thò. Chăm sóc giảm đau dành cho những người mắc bệnh nghiêm trọng. Dịch vụ này cung cấp việc chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình để cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách dự đoán, phòng ngừa và điều trị đau đớn. Chăm Sóc Giảm Đau không phải là chăm sóc cuối đời, do đó quý vị không cần phải có thời gian sống tối đa sáu tháng mới đủ tiêu chuẩn nhận dịch vụ chăm sóc giảm đau. Chăm sóc giảm đau được cung cấp cùng lúc với dịch vụ chăm sóc chữa bệnh/thông thường. Dịch vụ chăm sóc giảm đau bao gồm: • lập kế hoạch chăm sóc trước • đánh giá và tư vấn về chăm sóc giảm đau • một kế hoạch chăm sóc bao gồm tất cả dịch vụ chăm sóc giảm đau và chữa bệnh, bao gồm dịch vụ sức khỏe tinh thần và y tế xã hội • dịch vụ từ đội ngũ chăm sóc được chỉ định của quý vị • điều phối dịch vụ chăm sóc • quản lý cơn đau và triệu chứng Quý vị có thể không nhận được dịch vụ chăm sóc cuối đời và chăm sóc giảm đau cùng một thời điểm nếu quý vị trên 21 tuổi. Nếu quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc giảm đau và đáp ứng tư cách hội đủ điều kiện với dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị có thể yêu cầu chuyển sang dịch vụ chăm sóc cuối đời bất cứ lúc nào.	\$0
Dịch vụ nhập viện bán phần và dịch vụ ngoại trú tăng cường* Nằm viện bán phần là một chương trình có cơ cấu trị liệu tâm thần tích cực. Dịch vụ này được cung cấp như một dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hay từ một trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng mà tập trung cao độ hơn dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận tại văn phòng bác sĩ, chuyên viên trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), hay cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép. Nó có thể giúp quý vị tránh phải nằm bệnh viện. Dịch vụ ngoại trú tăng cường là một chương trình có cơ cấu điều trị sức khỏe hành vi (tinh thần) tích cực được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện, trung tâm sức khỏe tinh thần cộng đồng, trung tâm y tế đạt chuẩn liên bang hoặc phòng khám y tế nông thôn mà được tập trung cao độ hơn dịch vụ chăm sóc nhận được tại văn phòng bác sĩ, chuyên gia trị liệu, LMFT hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít được tập trung cao độ hơn so với dịch vụ nhập viện bán phần.	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS) Bảo hiểm cho một Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (Personal Emergency Response System, PERS). Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân là hệ thống giám sát cảnh báo y tế giúp tiếp cận sự trợ giúp 24/7 bằng cách nhấn nút.	\$0
Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm những lần đến khám tại văn phòng bác sĩ* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: - dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại những nơi chẳng hạn như: - văn phòng bác sĩ - trung tâm giải phẫu ngoại trú được chứng nhận - khoa ngoại trú tại bệnh viện - tư vấn, chẩn đoán và điều trị do bác sĩ chuyên khoa thực hiện - khám cơ bản về thính giác và sự thăng bằng do nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa thực hiện, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu để xác định xem quý vị có cần được điều trị hay không - Một số dịch vụ y tế từ xa, bao gồm dịch vụ điều trị cảm lạnh, cảm cúm, ho, nhiễm trùng xoang và phần ngực, dị ứng, da, sốt, viêm họng, và nhiễm trùng tai. - Quý vị có thể lựa chọn nhận những dịch vụ này thông qua việc đến thăm khám trực tiếp hay qua dịch vụ y tế từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này thông qua y tế từ xa, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới mà có cung cấp dịch vụ y tế từ xa. PCP của quý vị hay nhóm y tế của PCP có thể cung cấp dịch vụ y tế từ xa. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị để xác minh xem họ có cung cấp dịch vụ y tế từ xa hay không. Tư Vấn Qua Điện Thoại: Teladoc sẽ cho hội viên sử dụng không giới hạn dịch vụ tư vấn miễn cước điện thoại được cung cấp bởi các bác sĩ được tiểu bang cấp phép bằng cách gọi 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Tư Vấn Qua Video: Teladoc sẽ cho hội viên sử dụng các buổi tư vấn qua video riêng tư và an toàn mà được cung cấp bởi một bác sĩ được cấp phép tại tiểu bang nơi hội viên cư trú, 7 giờ sáng đến 9 giờ tối / 7 ngày trong tuần. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	\$0



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm những lần đến khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo) (Dịch vụ tư vấn qua video được cung cấp bằng cách tải xuống ứng dụng Teladoc vào thiết bị di động của quý vị. Lấy ứng dụng bằng cách truy cập https://www.teladoc.com/mobile/. - dịch vụ y tế từ xa dành cho các buổi thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng cho hội viên chạy thận tại nhà ở một trung tâm chạy thận tại bệnh viện hay tại bệnh viện tiếp cận thiết yếu, cơ sở lọc máu thận hoặc tại nhà. - dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá hay điều trị các triệu chứng của một trường hợp đột quỵ. - dịch vụ y tế từ xa dành cho hội viên mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hay rối loạn sức khỏe tinh thần đồng diễn - dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các chứng rối loạn sức khỏe tinh thần nếu: - quý vị có một buổi thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước buổi thăm khám y tế từ xa đầu tiên của quý vị - quý vị có một buổi thăm khám trực tiếp mỗi 12 tháng trong khi nhận những dịch vụ y tế từ xa này - ngoại lệ có thể được đưa ra cho những trường hợp trên trong một số tình huống - dịch vụ y tế từ xa cho các buổi khám sức khỏe tinh thần được cung cấp bởi các phòng khám y tế nông thôn và các trung tâm y tế đạt chuẩn liên bang. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang sau	



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm những lần đến khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo) • đăng ký qua mạng (ví dụ: trò chuyện qua điện thoại hay video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu ◦ quý vị không phải là hội viên mới và ◦ việc đăng ký này không liên quan đến một lần thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và ◦ việc đăng ký không dẫn đến việc phải đến thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hay cuộc hẹn thăm khám sớm nhất có thể • Việc đánh giá qua video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi đến cho bác sĩ của quý vị, và phần giải thích và theo dõi của bác sĩ trong vòng 24 giờ nếu: ◦ quý vị không phải là hội viên mới và ◦ việc đánh giá này không liên quan đến một lần thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và ◦ việc đánh giá không dẫn đến việc phải đến thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hay cuộc hẹn thăm khám sớm nhất có thể • Phần tham khảo ý kiến mà bác sĩ của quý vị thực hiện với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hay hồ sơ y tế điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới • Ý kiến thứ hai từ một nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước khi phẫu thuật Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	
Dịch vụ điều trị bàn chân* Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây: • chẩn đoán và điều trị y tế hoặc điều trị bằng giải phẫu các chấn thương và bệnh bàn chân (chẳng hạn như bệnh ngón chân hình búa hoặc gai xương gót chân) • chăm sóc bàn chân định kỳ cho hội viên có những bệnh trạng ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân Định Kỳ* Chương trình chúng tôi đòi hỏi tối đa 12 buổi khám chăm sóc bàn chân định kỳ hàng năm cho dịch vụ Điều Trị Bàn Chân Không Được Medicare và Medi-Cal đòi hỏi. Dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ có thể bao gồm: • Cắt hoặc loại bỏ các vết chai • Tỉa hoặc cắt móng Vệ sinh hay duy trì phòng ngừa khác, như làm sạch và ngâm bàn chân Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0
 Thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV Nếu quý vị không bị HIV, nhưng bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác xác định quý vị có nguy cơ mắc HIV cao hơn, chúng tôi đòi hỏi thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch vụ được đòi hỏi gồm có: • Thuốc PrEP dạng uống hay dạng tiêm được FDA chấp thuận. Nếu quý vị dùng thuốc dạng tiêm, chúng tôi cũng đòi hỏi phí tiêm thuốc. • Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ nhiễm HIV, giảm nguy cơ nhiễm HIV và tuân thủ thuốc dùng) trong mỗi 12 tháng. • Tối đa 8 lần kiểm tra sàng lọc HIV mỗi 12 tháng. • Một lần kiểm tra sàng lọc vi-rút viêm gan B	
 Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây mỗi 12 tháng một lần: • một lần khám trực tràng bằng ngón tay • một xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Bộ phận lắp giả và dụng cụ chỉnh hình và tiếp liệu liên quan* Bộ phận lắp giả thay thế một phần hoặc toàn phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Những dịch vụ này bao gồm nhưng không giới hạn đối với: • kiểm tra, điều chỉnh cho vừa hay hướng dẫn sử dụng bộ phận lắp giả và dụng cụ chỉnh hình • túi chứa phân từ hậu môn nhân tạo và tiếp liệu liên quan đến việc chăm sóc hậu môn nhân tạo • tiếp liệu dinh dưỡng qua đường ruột và ngoài đường ruột, bao gồm bộ tiếp liệu truyền thức ăn, bơm truyền dịch, ống truyền và đầu nối, dung dịch và tiếp liệu để tự tiêm truyền • máy điều hòa nhịp tim • nẹp • giày cho bàn chân giả • chân và tay giả • vú giả (gồm cả áo nịt vú sau khi giải phẫu cắt bỏ vú) • bộ phận giả để thay thế toàn bộ phần cơ thể bên ngoài khuôn mặt đã bị cắt bỏ hoặc bị suy yếu do bệnh tật, chấn thương hoặc khuyết tật bẩm sinh • kem thoa và tã dành cho tình trạng tiêu tiểu mất kiểm soát Chúng tôi chi trả cho một số tiếp liệu liên quan đến các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình. Chúng tôi cũng chi trả để sửa chữa hoặc thay thế các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình. Chúng tôi đòi hỏi một phần sau khi loại bỏ thủy tinh thể bị đục hoặc giải phẫu đục thủy tinh thể. Xem “Chăm sóc nhãn khoa” ở phần sau trong bảng này để biết thông tin chi tiết.	\$0
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi* Chúng tôi chi trả cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho hội viên bị bệnh tắc nghẽn phổi mãn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) với mức độ từ trung bình đến rất trầm trọng. Quý vị phải có giấy giới thiệu cho chương trình phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp đang trị bệnh COPD. Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Kiểm tra sàng lọc tình trạng nhiễm Vi-rút Viêm Gan C Chúng tôi đòi thò một lần kiểm tra sàng lọc Viêm Gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác yêu cầu và quý vị đáp ứng một trong những điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì quý vị dùng hay đã dùng ma túy tiêm chích bất hợp pháp. • Quý vị đã được truyền máu trước năm 1992. • Quý vị được sinh ra trong khoảng năm 1945-1965. Nếu quý vị được sinh ra trong khoảng năm 1945-1965 và không được coi là có nguy cơ cao, chúng tôi chỉ trả cho một lần kiểm tra sàng lọc. Nếu quý vị có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị vẫn tiếp tục sử dụng ma túy tiêm chích bất hợp pháp kể từ lần xét nghiệm sàng lọc Viêm Gan C có kết quả âm tính trước đó), chúng tôi sẽ đòi thò cho kiểm tra sàng lọc hàng năm.	
 Kiểm tra sàng lọc và tư vấn về bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (STI) Chúng tôi chỉ trả cho những lần kiểm tra sàng lọc bệnh chlamydia, bệnh lậu mủ, giang mai và viêm gan B. Những lần kiểm tra sàng lọc này được đòi thò cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao nhiễm bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infections, STI). Nhà cung cấp chăm sóc chính phải yêu cầu những xét nghiệm này. Chúng tôi đòi thò những xét nghiệm này mỗi 12 tháng một lần, hoặc ở một số thời điểm trong thời gian mang thai. Chúng tôi cũng chi trả tối đa hai buổi tư vấn hành vi trực diện, chuyên sâu cho những người lớn có sinh hoạt tình dục và có nhiều nguy cơ nhiễm bệnh STI. Mỗi buổi tư vấn có thể kéo dài từ 20 đến 30 phút. Chúng tôi chỉ trả cho những buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa chỉ nếu được nhà cung cấp chăm sóc chính thực hiện. Những buổi tư vấn này phải được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng bác sĩ.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)* Để biết định nghĩa về cơ sở điều dưỡng chuyên môn, xin xem Chương 12. Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và có thể cho những dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • phòng bán riêng, hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế • bữa ăn, kể cả bữa ăn dành cho chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng chuyên môn • trị liệu vật lý, trị liệu vận động và trị liệu âm ngữ • thuốc mà quý vị nhận được trong kế hoạch chăm sóc cho quý vị, bao gồm cả những chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu • máu, kể cả việc cất giữ và quản lý • tiếp liệu y khoa và giải phẫu được cung cấp tại các SNF • các xét nghiệm được các SNF cung cấp • X-quang và những dịch vụ quang tuyến khác được cung cấp tại các cơ sở điều dưỡng • thiết bị, chẳng hạn như xe lăn, thường được cung cấp tại các cơ sở điều dưỡng • dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp Thông thường quý vị nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Theo một số điều kiện, quý vị có thể được chăm sóc tại một cơ sở không có trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ những địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận số tiền mà chương trình chúng tôi trả: • một cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục, nơi mà quý vị sống ngay trước khi quý vị được đưa vào bệnh viện (miễn là cơ sở này có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng). • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hay bạn đời sống chung của quý vị đang sống khi quý vị rời bệnh viện. Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Bỏ hút và cai thuốc lá Tư vấn cai thuốc lá và cai thuốc lá được chi trả cho bệnh nhân ngoại trú và nằm viện đáp ứng các tiêu chí sau: • sử dụng thuốc lá, bất kể họ có biểu hiện dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không • có năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn • có bác sĩ đủ trình độ hoặc chuyên gia được Medicare công nhận khác cung cấp tư vấn Chúng tôi chi trả cho hai lần cai thuốc mỗi năm (mỗi lần có thể bao gồm tối đa bốn buổi trung cấp hoặc chuyên sâu, với tối đa tám buổi mỗi năm).	\$0
Trị liệu bằng thể dục được giám sát (Supervised Exercise Therapy, SET)* Chương trình chi trả SET cho hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên (Peripheral Artery Disease, PAD) có triệu chứng. Chương trình chúng tôi chi trả cho: • lên đến 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu tất cả yêu cầu SET được đáp ứng • thêm 36 buổi theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải: • là các buổi 30 đến 60 phút thuộc chương trình tập thể dục trị liệu PAD dành cho hội viên bị chuột rút ở chân do tuần hoàn máu kém (tình trạng khắp khiễng) • ở tại một cơ sở ngoại trú hay văn phòng bác sĩ • được cung cấp bởi nhân viên đủ trình độ chuyên môn mà bảo đảm lợi ích vượt xa tác hại và được đào tạo về trị liệu thể dục PAD • dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, y sĩ hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về kỹ thuật hỗ trợ sống cơ bản và nâng cao Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Chuyên Chở: Chuyên chở y tế không cấp cứu* Quyền lợi này cho phép dịch vụ chuyên chở y tế để nhận một dịch vụ được đòi thò theo chương trình của quý vị và Medicare. Quyền lợi này có thể bao gồm: xe cứu thương, xe van có cánh kiểu xe lăn, dịch vụ chuyên chở y tế với xe van, và điều phối dịch vụ chuyên chở người khuyết tật. Các hình thức chuyên chở y tế được cho phép khi: Nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị xác định tình trạng sức khỏe và/hoặc thể chất của quý vị không cho phép quý vị di chuyển bằng xe buýt, xe khách, taxi hoặc một phương tiện giao thông công cộng hoặc tư nhân khác, và phải được cho phép trước và quý vị sẽ cần gọi đến chương trình của quý vị để sắp xếp chuyến đi. L.A. Care sẽ hợp tác với bác sĩ của quý vị để giúp quý vị lên lịch chuyên chở cần thiết để đến và đi từ các dịch vụ được L.A. Care Medicare Plus đòi thò. Việc xếp lịch có thể phải có yêu cầu từ một nhà cung cấp và sự chấp thuận của L.A. Care. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chuyên chở của quý vị và cách lên lịch chuyên chở.	\$0
Chuyên Chở: Chuyên chở phi y tế Quyền lợi này cho phép sử dụng phương tiện chuyên chở để đến nhận dịch vụ y tế bằng xe chuyên chở hành khách, xe taxi hoặc bằng một hình thức chuyên chở công cộng/tư nhân khác. Dịch vụ chuyên chở được yêu cầu để có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết được Medi-Cal đòi thò, bao gồm cả việc đi khám răng và lấy thuốc. Chuyên chở để đến nhận dịch vụ được cả hai chương trình Medi-Cal và Medicare đòi thò. L.A. Care có thể giúp quý vị xếp lịch chuyên chở cần thiết để đi đến và đi về từ các dịch vụ được L.A. Care Medicare Plus đòi thò. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, để tìm hiểu thêm về các lựa chọn chuyên chở của quý vị và cách lên lịch chuyên chở.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp Chăm sóc cần thiết khẩn cấp là sự chăm sóc để điều trị: • một tình trạng không phải cấp cứu mà cần được chăm sóc y tế ngay, hay • một căn bệnh không lường trước, hoặc • một chấn thương, hoặc • một bệnh trạng cần được chăm sóc ngay. Nếu quý vị yêu cầu được chăm sóc cần thiết khẩn cấp, trước tiên quý vị nên tìm cách để được nhà cung cấp trong mạng lưới chăm sóc. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến với nhà cung cấp trong mạng lưới vì thời gian, địa điểm hay hoàn cảnh của quý vị không thể hay không hợp lý để có thể nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: khi quý vị bên ngoài khu vực phục vụ của chương trình và quý vị cần dịch vụ tức thời cần thiết về mặt y tế cho một bệnh trạng không biết trước nhưng đó không là một trường hợp y tế cấp cứu). Những dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết khẩn cấp được đòi thò trên toàn thế giới mà không cần sự cho phép trước. Chúng tôi đòi thò lên đến \$10,000 về chi phí cho mỗi năm lịch. Liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin. Chọn một trung tâm chăm sóc khẩn cấp có hợp tác với nhóm y tế của quý vị. Quý vị có thể tìm thấy nhóm y tế trên thẻ ID hội viên của quý vị.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Chăm sóc nhãn khoa Dịch Vụ Nhãn Khoa Định Kỳ Chúng tôi đòi thò dịch vụ nhãn khoa định kỳ khi quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình dịch vụ nhãn khoa (Vision Service Plan, VSP) của chúng tôi. Để tìm một nhà cung cấp tham gia chương trình gần quý vị, vui lòng truy cập danh mục nhà cung cấp của chúng tôi. Quyền lợi khám mắt định kỳ của quý vị bao gồm: • Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm dương lịch* • Tối đa \$500 cho một cặp kính mắt (chỉ gọng kính) hoặc kính áp tròng mỗi hai năm dương lịch một lần • Tròng kính theo toa cơ bản được đòi thò, chẳng hạn như tròng kính thủy tinh hoặc nhựa, tròng kính đơn, tròng kính hai tròng có lót, tròng kính ba tròng có lót hoặc tròng kính dạng thấu kính, mỗi hai năm dương lịch. Các nâng cấp và cải tiến như tròng kính đa tròng, lớp phủ chống trầy xước, các lớp phủ và phụ kiện bổ sung khác không được đòi thò. Lưu ý: Tròng kính theo toa cơ bản không được tính vào khoản trợ cấp \$500. Để tìm hiểu thêm về dịch vụ chăm sóc mắt được đòi thò thông qua L.A. Care Medicare Plus, vui lòng gọi số 1-855-492-9028 (TTY TTY 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần hoặc truy cập danh bạ nhà cung cấp trên trang web của chúng tôi tại: www.vsp.com/advantageonly Dịch vụ được Medicare đòi thò* Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các chứng bệnh và chấn thương về mắt. Ví dụ: việc điều trị cho chứng thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi già. Với người có nguy cơ cao bị bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi chi trả cho một lần kiểm tra sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao bị bệnh tăng nhãn áp bao gồm: • những người có tiền sử gia đình bị bệnh tăng nhãn áp • những người bị bệnh tiểu đường • Người Mỹ Gốc Châu Phi tuổi từ 50 trở lên • Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Đối với những người mắc bệnh tiểu đường, chúng tôi chi trả cho kiểm tra sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường một lần mỗi năm Chúng tôi chi trả cho một cặp mắt kính hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn tròng nhân tạo vào mắt. Nếu quý vị có hai lần phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận được một cặp mắt kính sau mỗi lần phẫu thuật. Quý vị không thể nhận được hai cặp mắt kính sau lần phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị đã không nhận được cặp mắt kính nào sau lần phẫu thuật thứ nhất. Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để được giới thiệu.	\$0



Dịch Vụ Được Đòi Thò	Số tiền quý vị trả
 Khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare". Chúng tôi đòi thò một lần khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare". Lần khám này bao gồm: • xem lại tình trạng sức khỏe của quý vị, • hướng dẫn và tư vấn về các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa mà quý vị cần (gồm cả một số kiểm tra sàng lọc và tiêm chủng), và • giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần. Lưu ý: Chúng tôi đòi thò cho lần khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare" chỉ trong 12 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị lấy hẹn khám, hãy cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết là quý vị muốn lấy hẹn khám phòng ngừa "Chào Mừng Đến Với Medicare".	\$0

E. Hỗ Trợ Cộng Đồng

Quý vị có thể được hỗ trợ theo Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân. Hỗ Trợ Cộng Đồng là những dịch vụ và sắp xếp thay thế, thích hợp về mặt y tế và hiệu quả về chi phí cho những người được đòi thò theo Chương Trình Medi-Cal Tiểu Bang. Những dịch vụ này là tùy chọn đối với hội viên. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, những dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Những dịch vụ này không thay thế những quyền lợi mà quý vị đã nhận theo chương trình Medi-Cal.

Quý vị có thể được hỗ trợ theo Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân. Hỗ Trợ Cộng Đồng là những dịch vụ và sắp xếp thay thế, thích hợp về mặt y tế và hiệu quả về chi phí cho những người được đòi thò theo Chương Trình Medi-Cal Tiểu Bang. Những dịch vụ này là tùy chọn đối với hội viên. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, những dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn.

Những dịch vụ này không thay thế những quyền lợi mà quý vị đã nhận theo chương trình Medi-Cal. Hỗ Trợ Cộng Đồng có thể bao gồm sự trợ giúp để tìm hay duy trì nhà ở, bữa ăn phù hợp y tế hay sự trợ giúp khác cho quý vị và người chăm sóc quý vị. Nếu quý vị cần sự trợ giúp hay muốn biết dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng nào có thể dành cho quý vị, xin gọi 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, hoặc gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng miễn phí cho Hội Viên.

Sau đây là những dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng được cung cấp bởi L.A. Care Health Plan:

- Dịch Vụ Định Hướng Chuyển Tiếp Nhà Ở & Dịch Vụ Duy Trì và Thuê Nhà Ở
 - Bao gồm những dịch vụ giúp hội viên tìm nhà ở và duy trì tình trạng thuê an toàn và ổn định



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

- Chương Trình Bữa Ăn Phù Hợp Về Y Tế
 - Chương trình bữa ăn giúp hội viên quản lý các tình trạng sức khỏe và học hỏi về các thực phẩm lành mạnh. Hội viên đủ tiêu chuẩn có thể được gửi các bữa ăn tận nhà trong tối đa 12 tuần.
- Chăm Sóc Phục Hồi (Chăm Sóc Y Tế Tạm Thời)
 - Chăm sóc lâm sàng và tích hợp ngắn hạn dành cho hội viên không còn phải nhập viện nhưng vẫn cần hồi phục sau chấn thương hoặc bệnh tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe hành vi)
- Khoản Trả Tiền Nhà
 - Hỗ trợ trong việc xác định, phối hợp, đảm bảo hoặc tài trợ một lần các dịch vụ và những thay đổi cần thiết để giúp một người có thể thiết lập một hộ gia đình cơ bản, không bao gồm chi phí ăn ở
- Trung Tâm Giải Độc
 - Các điểm đến thay thế cho hội viên được tìm thấy bị ngộ độc chất gây nghiện ở nơi công cộng, nếu không sẽ được đưa đến khoa cấp cứu hoặc nhà tù
- Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân và Nội Trợ
 - Hỗ trợ những hội viên cần sự hỗ trợ trong các hoạt động hàng ngày, chẳng hạn như tắm rửa, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân, nấu ăn và ăn uống
- Dịch Vụ Chăm Sóc Tạm Thế
 - Các dịch vụ ngắn hạn được cung cấp cho người chăm sóc của những người cần được giám sát tạm thời để giúp người chăm sóc giảm bớt căng thẳng
- Điều Chỉnh Khả Năng Tiếp Cận Môi Trường (Sửa Đổi Nhà Ở)
 - Những điều chỉnh cho ngôi nhà để đảm bảo sức khỏe và sự an toàn của cá nhân hoặc cho phép hội viên hoạt động độc lập hơn trong nhà
- Cải Thiện Bệnh Suyễn
 - Cung cấp các sửa đổi cho môi trường nhà ở cần thiết để đảm bảo sức khỏe, sự thoải mái và sự an toàn của hội viên, hoặc cho phép hội viên hoạt động trong nhà và nếu không có các cơ sở cấp tính có thể dẫn đến nhu cầu cấp cứu và nhập viện
- Chuyển Tiếp/Chuyển Hướng từ Cơ Sở Điều Dưỡng sang Cơ Sở Hỗ Trợ Sinh Hoạt
 - Giúp hội viên sống trong cộng đồng bằng cách tạo điều kiện chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng trở lại môi trường cộng đồng giống như ở nhà, hoặc phòng tránh việc phải vào cơ sở điều dưỡng đối với những người có nhu cầu cấp thiết.
- Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng/Chuyển Tiếp từ Cơ Sở Điều Dưỡng sang Nhà Ở
 - Hỗ trợ hội viên sống tại cộng đồng để tránh sau này phải vào các cơ sở bằng cách cung cấp chi phí lắp đặt không tái diễn cho hội viên chuyển tiếp từ một cơ sở được cấp phép sang một nơi sinh hoạt tại một nhà ở riêng tư.



- Nhà Ở Ngắn Hạn Sau Thời Gian Nằm Viện
 - Những người không có nhà ở và những người có nhu cầu y tế hay sức khỏe cao được cho cơ hội tiếp tục việc phục hồi y tế, tâm thần hay sau khi điều trị sử dụng chất gây nghiện ngay sau khi rời khỏi một cơ sở nội trú
- Chương Trình Luyện Tập Chức Năng Ban Ngày
 - Cung cấp dịch vụ tại nhà hay bên ngoài nhà của một người để hỗ trợ họ trong việc đạt được, duy trì và cải thiện khả năng tự lực. Kỹ năng xã hội và thích ứng cần thiết để sống tốt tại cộng đồng

Nếu quý vị cần sự trợ giúp hay muốn biết dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng nào có thể dành cho quý vị, xin gọi 1-833-522-3767 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ (TTY 711), hoặc gọi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

F. Những quyền lợi được đòi hỏi bên ngoài chương trình chúng tôi

Chúng tôi không đòi hỏi các dịch vụ sau, nhưng chúng được cung cấp qua Medi-Cal tính phí theo dịch vụ.

F1. Chương trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)

Chương trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (California Community Transitions, CCT) dùng các Tổ Chức Đứng Đầu địa phương để giúp người hưởng bảo hiểm Medi-Cal đủ tiêu chuẩn, mà hiện đã và đang sống trong một cơ sở nội trú ít nhất 60 ngày liên tiếp, chuyển tiếp trở lại và an toàn ở lại môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong thời gian trước khi chuyển tiếp, và 365 ngày sau chuyển tiếp để trợ giúp người hưởng bảo hiểm trở lại với môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất cứ Tổ Chức Đứng Đầu CCT nào mà phục vụ quận nơi quý vị sống. Quý vị có thể tìm một danh sách các Tổ Chức Đứng Đầu CCT và các quận mà họ phục vụ trên trang mạng của Bộ Dịch Vụ Y Tế tại:

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp của CCT

Medi-Cal chi trả cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp. Quý vị sẽ không phải trả gì cho những dịch vụ này.

Đối với những dịch vụ không liên quan đến sự chuyển tiếp CCT của quý vị

Nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn với chúng tôi về các dịch vụ của quý vị. Chương trình chúng tôi chi trả cho các dịch vụ được cấp sau việc chuyển tiếp của quý vị. Quý vị sẽ không phải trả gì cho những dịch vụ này.

Trong thời gian quý vị nhận dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, chúng tôi chi trả cho những dịch vụ được liệt kê ở Bảng Quyền Lợi tại **Mục D**.

Không có thay đổi nào về quyền lợi bảo hiểm thuốc

Chương trình CCT **không** đòi hỏi thuốc. Quý vị tiếp tục được hưởng quyền lợi thuốc thông thường qua chương trình chúng tôi. Xem **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không phải là CCT, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị để thu xếp những dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không phải CCT là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến việc chuyển tiếp của quý vị từ một viện hay cơ sở.

F2. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa hiện được cung cấp thông qua Medi-Cal Dental. Thông tin bổ sung hiện có trên SmileCalifornia.org website. Dịch vụ Medi-Cal Dental bao gồm nhưng không hạn chế đối với những dịch vụ chẳng hạn như:

- khám lần đầu, chụp X-quang, làm sạch răng và điều trị bằng flo-rua
- phục hồi và mào răng
- trị liệu ống tủy chân răng
- điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm giả một phần và toàn phần

Để biết thêm thông tin về quyền lợi nha khoa hiện có trong Medi-Cal Dental, hay cần được trợ giúp trong việc tìm nha sĩ nhận Medi-Cal, xin liên lạc đường dây dịch vụ khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi này được miễn cước. Nhân viên chương trình Medi-Cal Dental sẵn sàng trợ giúp quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể vào trang mạng tại smilecalifornia.org/ để biết thêm thông tin.

Tại các Quận Sacramento và Los Angeles, quý vị có thể nhận quyền lợi nha khoa Medi-Cal thông qua một chương trình Quản Lý Chăm Sóc Nha Khoa (Dental Managed Care, DMC). Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa Medi-Cal, hay muốn thay đổi, xin liên lạc với ban Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này được miễn cước. Thông tin liên lạc DMC cũng có tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. www.hpsm.org/dental

Lưu ý: Chương trình chúng tôi có cung cấp các dịch vụ nha khoa khác. Để biết thêm thông tin, xin xem Bảng Quyền Lợi tại **Mục D**.

F3. Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (IHSS)

- Chương Trình Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (In-Home Supportive Service, IHSS) sẽ giúp chi trả cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã ghi danh đối với các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để giúp quý vị có thể được sống an toàn tại nhà riêng của mình. Chương trình IHSS được xem là một phương pháp thay thế cho việc chăm sóc tại một nơi khác không phải là nhà riêng, chẳng hạn như viện điều dưỡng hoặc những cơ sở chăm sóc nội trú.
- Để nhận được dịch vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ nào có thể được cấp phép cho từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Những loại dịch vụ mà có thể được cho phép thông qua IHSS gồm có dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt đồ, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc về việc tiêu tiểu, tắm rửa, chải chuốt và dịch vụ của nhân viên y tế), đi cùng đến các cuộc hẹn y tế, và giám sát bảo vệ cho người khiếm khuyết về trí tuệ.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị nộp đơn xin IHSS với cơ quan dịch vụ xã hội quận.

F4. 1915(c) Các Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Tại Cộng Đồng (HCBS)

Chương Trình Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Hoạt (ALW)

- Chương trình Miễn Trừ Hỗ Trợ Sinh Hoạt (Assisted Living Waiver, ALW) đem đến cho người thụ hưởng hội đủ điều kiện với Medi-Cal lựa chọn sống trong một cơ sở hỗ trợ sinh hoạt như một giải pháp thay cho việc đưa vào sống dài hạn tại một cơ sở điều dưỡng. Mục tiêu của ALW là xúc tiến việc chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng trở lại một cơ sở giống như nhà ở và cộng đồng hoặc phòng tránh việc phải vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn cho những người thụ hưởng sắp cần được đưa vào cơ sở điều dưỡng.
- Hội viên ghi danh vào ALW vẫn có thể tiếp tục ghi danh vào ALW đồng thời cũng nhận quyền lợi do chương trình chúng tôi cung cấp. Chương trình chúng tôi làm việc với Cơ Quan Điều Phối Chăm Sóc ALW để điều phối dịch vụ mà quý vị nhận được.
- ALW hiện được cung cấp tại các quận sau: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, và Sonoma.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị nộp đơn với ALW. Có thể tìm thấy danh sách mới nhất về các Cơ Quan Điều Phối Chăm Sóc tại trang mạng sau đây: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf>

Chương Trình Miễn Trừ HCBS cho Người Dân California Bị Khuyết Tật Phát Triển (HCBS-DD)

Chương trình Miễn Trừ Tự Xác Định (Self-Determination Program, SDP) California dành cho Người Bị Khuyết Tật Phát Triển

- Có hai chương trình miễn trừ 1915(c), Chương Trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Tại Cộng Đồng cho Người Khuyết Tật (Home and Community Based Services-Developmental Disabilities, HCBS-DD) và Chương Trình Miễn Trừ SDP, cung cấp dịch vụ cho người đã được chẩn đoán bị khuyết tật phát triển mà bắt đầu trước sinh nhật thứ 18 của người đó và dự kiến sẽ tiếp tục vô thời hạn. Cả hai chương trình miễn trừ đều là cách để tài trợ cho một số dịch vụ để cho phép người khuyết tật phát triển được sống tại nhà hoặc cộng đồng thay vì phải sống tại cơ sở y tế được cấp phép. Chi phí cho những dịch vụ này được tài trợ chung từ chương trình Medicaid của chính phủ liên bang và Tiểu Bang California. Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp kết nối quý vị với dịch vụ Chương Trình Miễn Trừ DD.

Chương trình Miễn Trừ Lựa Chọn Tại Nhà và Tại Cộng Đồng (HCBA)

- Chương trình Miễn Trừ Lựa Chọn Tại Nhà và Tại Cộng Đồng (Home and Community-Based Alternative, HCBA) cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc cho người có nguy cơ phải vào viện điều dưỡng hay viện chăm sóc. Dịch vụ quản lý chăm sóc được cung cấp bởi một Đội Ngũ Quản Lý Chăm Sóc đa dạng gồm một y tá và nhân viên xã hội. Đội ngũ này điều phối các dịch vụ Chương Trình Miễn Trừ và Tiểu Bang (chẳng hạn như dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi,



Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà, v.v.), và thu xếp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn khác có sẵn tại cộng đồng địa phương. Dịch vụ quản lý chăm sóc và chương trình Miễn Trừ được cung cấp tại nhà ở cộng đồng của người tham gia. Nhà ở này có thể do tư nhân làm chủ, được bảo đảm qua việc sắp xếp hợp đồng thuê nhà, hay nhà ở của người thân của người tham gia.

- Hội viên ghi danh vào chương trình Miễn Trừ HCBA vẫn có thể tiếp tục ghi danh vào chương trình Miễn Trừ HCBA đồng thời cũng nhận quyền lợi do chương trình chúng tôi cung cấp. Chương trình chúng tôi làm việc với cơ quan chương trình miễn trừ HCBA của quý vị để điều phối dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị nộp đơn với HCBA.

Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (MCWP)

- Chương Trình Miễn Trừ Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) cung cấp dịch vụ quản lý trường hợp toàn diện và chăm sóc trực tiếp cho những người nhiễm HIV như một giải pháp thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý trường hợp là cách tiếp cận của đội ngũ, tập trung vào người tham gia, bao gồm một y tá hành nghề và nhân viên quản lý trường hợp công tác xã hội. Nhân viên quản lý trường hợp làm việc với người tham gia và (các) nhà cung cấp chăm sóc chính, gia đình, (các) người chăm sóc, và các nhà cung cấp dịch vụ khác, để đánh giá nhu cầu chăm sóc nhằm giữ cho người tham gia được ở lại nhà riêng và cộng đồng.
- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp dịch vụ tại nhà và tại cộng đồng cho những người nhiễm HIV mà có thể cần các dịch vụ tại viện chăm sóc; (2) hỗ trợ người tham gia nhiễm HIV quản lý sức khỏe; (3) cải thiện việc tiếp cận sự hỗ trợ xã hội và sức khỏe hành vi và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ việc cung cấp dịch vụ lặp lại.
- Hội viên ghi danh vào chương trình Miễn Trừ MCWP vẫn có thể tiếp tục ghi danh vào chương trình Miễn Trừ MCWP đồng thời cũng nhận quyền lợi do chương trình chúng tôi cung cấp. Chương trình chúng tôi làm việc với cơ quan chương trình miễn trừ MCWP để điều phối dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị nộp đơn với MCWP.

Dignity Health - St. Mary Medical Center	1045 Atlantic Avenue, Suite 1016, Long Beach, CA 90813	(866) 243-7435
AIDS Healthcare Foundation	6255 Sunset Blvd., 19th Floor, Los Angeles, CA 90028	(727) 409-0759
AltaMed Health Services Corporation	5427 E. Whittier Blvd., Los Angeles, CA 90022	(323) 869-5468
APLA Health & Wellness	611 S. Kingsley Drive, Los Angeles, CA 90005	(213) 201-1600
Minority AIDS Project	5149 W. Jefferson Blvd., Los Angeles, CA 90016	(323) 936-4949
Tarzana Treatment Centers	7101 Baird Avenue, Reseda, CA 91335	(888) 777-8565



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Chương Trình Dịch Vụ Đa Dạng cho Người Cao Niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Chương Trình Dịch Vụ Đa Dạng Cho Người Cao Niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) cung cấp cả hai dịch vụ xã hội và dịch vụ quản lý chăm sóc sức khỏe để hỗ trợ các cá nhân tiếp tục ở lại nhà riêng và cộng đồng.
- Trong khi hầu hết những người tham gia chương trình cũng nhận được Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà, MSSP cung cấp sự điều phối chăm sóc liên tục, kết nối người tham gia với các dịch vụ và nguồn hỗ trợ cộng đồng cần thiết khác, điều phối với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và mua một số dịch vụ cần thiết không có sẵn để phòng ngừa hoặc trì hoãn việc phải đưa vào cơ sở. Tổng chi phí kết hợp hàng năm cho việc quản lý dịch vụ chăm sóc và các dịch vụ khác phải thấp hơn chi phí nhận dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Một đội ngũ chuyên gia y tế và dịch vụ xã hội cung cấp phần đánh giá sức khỏe và tâm lý xã hội đầy đủ cho mỗi người tham gia MSSP để xác định dịch vụ cần thiết. Sau đó đội ngũ sẽ làm việc với người tham gia MSSP, bác sĩ, gia đình của họ và những người khác để lập kế hoạch chăm sóc cá nhân. Dịch vụ gồm có:
 - quản lý dịch vụ chăm sóc
 - chăm sóc người lớn ban ngày
 - sửa chữa/bảo trì nhỏ trong nhà
 - dịch vụ việc nhà bổ sung, chăm sóc cá nhân và giám sát bảo vệ
 - dịch vụ chăm sóc tạm thế
 - dịch vụ chuyên chở
 - dịch vụ tư vấn và trị liệu
 - dịch vụ bữa ăn
 - dịch vụ thông tin.
- Hội viên ghi danh vào chương trình Miễn Trừ MSSP vẫn có thể tiếp tục ghi danh vào chương trình Miễn Trừ MSSP đồng thời cũng nhận quyền lợi do chương trình chúng tôi cung cấp. Chương trình chúng tôi làm việc với nhà cung cấp MSSP để điều phối dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị nộp đơn với MSSP.

F5. Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Được Cung Cấp Bên Ngoài Chương Trình Chúng Tôi (Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tinh Thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện)

Quý vị sẽ được tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế do Medicare và Medi-Cal đài thọ. Chúng tôi giúp tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi do Medicare và chương trình chăm sóc có quản lý Medi-Cal đài thọ. Chương trình chúng tôi không cung cấp dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal hay dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện của quận, nhưng những dịch vụ này hiện có thể được cung cấp cho quý vị thông qua các cơ quan sức khỏe hành vi của quận.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Các dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal hiện có thể được cung cấp cho quý vị qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tinh thần (Mental Health Plan, MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng tiêu chí tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần chuyên khoa. Dịch vụ sức khỏe tinh thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp bởi MHP tại quận của quý vị bao gồm:

- dịch vụ sức khỏe tinh thần
- dịch vụ hỗ trợ thuốc dùng
 - dịch vụ điều trị tăng cường trong ngày
- phục hồi chức năng trong ngày
 - dịch vụ can thiệp khủng hoảng
 - dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị lưu trú cho người lớn
- dịch vụ điều trị khủng hoảng lưu trú
- dịch vụ tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần
- dịch vụ điều trị tâm thần nội trú tại bệnh viện
- quản lý trường hợp mục tiêu
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc trị liệu nuôi dưỡng tạm thời
- điều phối chăm sóc tăng cường
- dịch vụ chăm sóc tăng cường tại nhà
- tái hòa nhập liên quan đến công lý
- điều trị chủ động tại cộng đồng (Assertive Community Treatment, ACT)
- điều trị chủ động tại cộng đồng liên quan đến pháp lý (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- chăm sóc chuyên khoa được điều phối (Coordinated Specialty Care, CSC) cho chứng loạn thần giai đoạn đầu tiên (First Episode Psychosis, FEP)
- dịch vụ câu lạc bộ
- dịch vụ nhân viên y tế cộng đồng (CHW) tăng cường

Dịch vụ Hệ Thống Cấp Phát Có Tổ Chức của Drug Medi-Cal hiện có thể được cung cấp cho quý vị thông qua cơ quan sức khỏe hành vi của quận nếu quý vị đáp ứng tiêu chí nhận các dịch vụ này.

- dịch vụ điều trị ngoại trú tăng cường
- dịch vụ lưu trú chu sinh điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dùng thuốc để điều trị cai nghiện (còn được gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- kiểm tra sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm, định kỳ (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)

Dịch Vụ Hệ Thống Cấp Phát Có Tổ Chức của Drug Medi-Cal bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị ngoại trú tăng cường



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- dùng thuốc để điều trị cai nghiện (còn được gọi là Điều Trị Hỗ Trợ Bằng Thuốc)
- dịch vụ điều trị lưu trú
- dịch vụ quản lý việc cai nghiện
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dịch vụ phục hồi
- Quản Lý Việc Chăm Sóc
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- kiểm tra sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm, định kỳ (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

Ngoài các dịch vụ được liệt kê ở trên, quý vị có thể tiếp cận các dịch vụ giải độc nội trú tự nguyện nếu đáp ứng tiêu chí.

Hội Viên D-SNP cần dịch vụ sức khỏe hành vi, bao gồm cả dịch vụ sức khỏe tinh thần và sử dụng chất gây nghiện, có thể tiếp cận các dịch vụ thông qua Carelon Behavioral Health, nhà cung cấp sức khỏe hành vi của L.A. Care, Ban Sức Khỏe Tinh Thần (Department of Mental Health, DMH) Quận Los Angeles và Ban Y Tế Công Cộng phụ trách Phòng Ngừa và Kiểm Soát Tình Trạng Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (Department of Public Health, Substance Abuse and Prevention Control, DPH-SAPC) Quận Los Angeles. Hệ thống cấp phát mà ở đó Hội Viên có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc dựa theo loại và tính nghiêm trọng của các triệu chứng và mức độ suy yếu. Không cần phải có giới thiệu của PCP để tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi và có cách tiếp cận "không sai chỗ" đối với việc tiếp cận dịch vụ với nhiều điểm vào. Một dịch vụ "cần thiết về mặt y tế" hay "tính cần thiết về mặt y tế" khi dịch vụ đó hợp lý và cần thiết để bảo vệ mạng sống, phòng bệnh nặng hay khuyết tật nặng, hoặc để giảm cơn đau đớn trầm trọng.

Việc điều phối các dịch vụ sức khỏe hành vi cho hội viên D-SNP sẽ được L.A. Care thực hiện khi hội viên tiếp cận dịch vụ sức khỏe hành vi thông qua các tổ chức của Quận khi cần, và khi cần thiết, các giấy thỏa thuận thích hợp sẽ được ký. L.A. Care và các tổ chức của Quận thực hiện theo một quy trình duyệt xét theo thỏa thuận chung để đưa ra giải pháp kịp thời cho các tranh chấp lâm sàng và hành chính.

G. Những quyền lợi không được chương trình chúng tôi, Medicare hay Medi-Cal đài thọ

Mục này cho quý vị biết về những quyền lợi bị chương trình chúng tôi loại trừ. "Loại trừ" có nghĩa là chúng tôi không chi trả cho những quyền lợi này. Medicare và Medi-Cal cũng không chi trả cho những quyền lợi này.

Danh sách dưới đây trình bày một số dịch vụ và vật dụng không được chương trình chúng tôi đài thọ dưới bất cứ điều kiện nào và một số bị chúng tôi loại trừ chỉ trong một số trường hợp. Chúng tôi không chi trả cho các quyền lợi y tế bị loại trừ được liệt kê trong mục này (hoặc trong những phần khác trong cuốn *Cẩm Nang Hội Viên* này) ngoại trừ theo những điều kiện cụ thể đã được liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận dịch vụ tại một cơ sở cấp cứu, chương trình sẽ không chi trả cho những dịch vụ đó. Nếu quý vị cho rằng chương trình chúng tôi cần phải chi trả cho một dịch vụ không được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại. Xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về khiếu nại.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Ngoài những trường hợp loại trừ hay giới hạn được mô tả trong Bảng Quyền Lợi, những vật dụng và dịch vụ sau đây không được chương trình chúng tôi đài thọ:

- dịch vụ được coi là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế", theo tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal, trừ khi được liệt kê là dịch vụ được đài thọ
- việc điều trị, vật dụng và thuốc trong giải phẫu và y khoa thử nghiệm, trừ khi được Medicare đài thọ, hoặc thuộc một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc được chương trình chúng tôi đài thọ. Xem **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng. Các biện pháp điều trị và vật dụng thử nghiệm là những thứ thường không được cộng đồng y khoa chấp nhận.
- điều trị bằng giải phẫu đối với chứng béo phì trầm trọng, ngoại trừ khi nó cần thiết về mặt y tế và được Medicare chi trả.
- phòng riêng trong bệnh viện, ngoại trừ khi cần thiết về mặt y tế
- y tá chăm sóc riêng
- vật dụng cá nhân trong phòng tại một bệnh viện hoặc tại cơ sở điều dưỡng, chẳng hạn như điện thoại hoặc ti vi
- chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà riêng
- lệ phí trả cho người thân trực hệ của quý vị hoặc thành viên trong gia đình quý vị
- thủ thuật hoặc dịch vụ nâng cao tự chọn hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, mọc tóc, khả năng tình dục, khả năng thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và khả năng trí tuệ), ngoại trừ khi cần thiết về mặt y tế
- phẫu thuật thẩm mỹ hoặc thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết do chấn thương tai nạn hoặc để cải thiện một bộ phận cơ thể bị dị dạng. Tuy nhiên, chúng tôi chi trả cho thủ thuật tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, và điều trị vú còn lại cho tương xứng
- giày chỉnh hình, trừ khi giày này là một phần của chiếc nẹp chân và được tính chung trong chi phí của nẹp chân, hoặc giày dành cho những người bị bệnh về bàn chân do tiểu đường.
- những dụng cụ nâng đỡ cho bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho những người bị bệnh về bàn chân do tiểu đường
- thủ thuật rạch giác mạc, giải phẫu LASIK và những dụng cụ hỗ trợ thị lực kém khác
- thủ thuật đảo ngược triệt sản
- dịch vụ trị liệu theo phương pháp tự nhiên (dùng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)
- dịch vụ cung cấp cho cựu chiến binh tại các cơ sở thuộc Bộ Cựu Chiến Binh (Veterans Affairs, VA). Tuy nhiên, khi một cựu chiến binh nhận dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA, và phần chi phí cùng trả VA nhiều hơn phần chi phí cùng trả theo chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ hoàn lại cho cựu chiến binh khoản chênh lệch. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm với khoản chi phí cùng trả của quý vị.
- Tròng Kính Mắt Thông Thường: Các bản nâng cấp và cải tiến như tròng kính đa tròng, lớp phủ chống trầy xước, các lớp phủ và bổ sung khác



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Chương 5: Lấy thuốc theo toa ngoại trú của quý vị

Phần Giới Thiệu

Chương này giải thích các quy định lấy thuốc cho bệnh nhân ngoại trú. Đây là các loại thuốc mà nhà cung cấp của quý vị yêu cầu cho quý vị, và quý vị đến lấy tại nhà thuốc hoặc thuốc được gửi qua bưu điện. Chúng bao gồm các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D và Medi-Cal. **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này cho quý vị biết số tiền quý vị phải trả cho những loại thuốc này. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

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

- **Thuốc được đài thọ theo Medicare Phần A.** Những thuốc này thường bao gồm thuốc quý vị được cho dùng trong lúc nằm bệnh viện hoặc ở tại cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được đài thọ theo Medicare Phần B.** Những thuốc này thường bao gồm một số thuốc hóa trị, một số thuốc tiêm mà quý vị được cấp trong lần khám tại văn phòng bác sĩ hay nhà cung cấp khác, và các loại thuốc mà quý vị được cấp tại phòng khám chạy thận. Để biết thêm về các loại thuốc Medicare Phần B nào được đài thọ, xin xem Bảng Quyền Lợi ở **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Ngoài bảo hiểm Medicare Phần D và quyền lợi y tế của chương trình, thuốc của quý vị có thể được đài thọ theo Original Medicare nếu quý vị thuộc chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem **Chương 5, Mục D** “Nếu quý vị thuộc chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận.”



Các quy định về bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi

Chúng tôi thường sẽ đài thọ thuốc của quý vị bao lâu mà quý vị tuân theo các quy định trong mục này.

Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hay chuyên viên y tế cho toa khác) kê toa thuốc cho quý vị, và điều này phải có hiệu lực theo luật hiện hành của tiểu bang. Người này thường là nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP) của quý vị. Người này cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu PCP của quý vị đã giới thiệu quý vị đến để được chăm sóc.

Chuyên viên y tế cho toa của quý vị không được nằm trong các Danh Sách Loại Trừ hay Loại Bỏ của Medicare hay bất kỳ danh sách tương tự nào của Medi-Cal.

Quý vị thường phải mua thuốc theo toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. (Xem **Mục A1** để biết thêm thông tin). Hoặc quý vị có thể lấy thuốc theo toa thông qua dịch vụ gửi qua bưu điện của chương trình.

Thuốc theo toa của quý vị phải có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi tắt là "*Danh Sách Thuốc*". (Xem **Mục B** trong chương này.)

- Nếu thuốc này không có trong *Danh Sách Thuốc*, chúng tôi có thể đài thọ thuốc đó bằng cách cấp cho quý vị một ngoại lệ.
- Để tìm hiểu về việc yêu cầu một ngoại lệ, xin xem **Chương 9**.
- Ngoài ra, cũng xin lưu ý rằng yêu cầu đài thọ thuốc theo toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả hai tiêu chuẩn Medicare và Medi-Cal.

Thuốc của quý vị phải được dùng theo đúng chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc dùng thuốc được sự chấp thuận của Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) hoặc được ủng hộ bởi một số tài liệu tham khảo y tế. Chuyên viên y tế cho toa của quý vị có thể giúp quý vị xác định các tài liệu tham khảo y tế ủng hộ việc sử dụng theo yêu cầu về thuốc theo toa đó.

Thuốc của quý vị có thể cần được sự chấp thuận từ chương trình chúng tôi, dựa theo một số tiêu chí trước khi chúng tôi đài thọ cho thuốc đó. (Xem **Mục C** trong chương này).



Mục Lục

A. Lấy thuốc theo toa của quý vị	139
A1. Lấy thuốc theo toa của quý vị tại một nhà thuốc trong mạng lưới	139
A2. Dùng Thẻ ID Hội Viên của quý vị khi lấy thuốc theo toa	139
A3. Cần làm gì nếu quý vị muốn thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới	139
A4. Cần làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới	139
A5. Dùng một nhà thuốc chuyên khoa	140
A6. Dùng dịch vụ gửi qua bưu điện để lấy thuốc của quý vị	140
A7. Lấy một lượng thuốc dài hạn	142
A8. Dùng một nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình chúng tôi	142
A9. Hoàn trả tiền thuốc theo toa cho quý vị	143
B. <i>Danh Sách Thuốc</i> của chương trình chúng tôi	143
B1. Thuốc trong <i>Danh Sách Thuốc</i> của chúng tôi	143
B2. Cách tìm một loại thuốc trong <i>Danh Sách Thuốc</i> của chúng tôi	144
B3. Thuốc trong <i>Danh Sách Thuốc</i> của chúng tôi	144
B4. Các bậc chi phí cùng trả trong <i>Danh Sách Thuốc</i>	145
C. Giới hạn với một số thuốc	146
D. Lý do thuốc của quý vị không thể được đòi hỏi	147
D1. Lấy một lượng thuốc tạm thời	148
D2. Yêu cầu một lượng thuốc tạm thời	149
E. Những thay đổi trong việc đòi hỏi thuốc cho quý vị	150
F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt	152
F1. Thời gian nằm viện hoặc ở tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình chúng tôi đòi hỏi	152
F2. Trong một cơ sở chăm sóc dài hạn	152
F3. Tham gia một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận	152
G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	153
G1. Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn	153
G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc	153
G3. Chương trình quản lý thuốc (DMP) giúp hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn	154



A. Lấy thuốc theo toa của quý vị

A1. Lấy thuốc theo toa của quý vị tại một nhà thuốc trong mạng lưới

Trong phần lớn các trường hợp, chúng tôi chỉ chi trả cho thuốc theo toa nếu chúng được cấp tại bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc trong mạng lưới là cửa hàng thuốc thỏa thuận cấp thuốc theo toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng bất cứ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. (Xem **Mục A8** để biết thông tin về trường hợp khi chúng tôi đài thọ thuốc theo toa được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.

A2. Dùng Thẻ ID Hội Viên của quý vị khi lấy thuốc theo toa

Để lấy thuốc theo toa của quý vị, hãy **trình thẻ ID Hội Viên của quý vị** tại nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ lập hóa đơn với chúng tôi về phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho thuốc được đài thọ của quý vị.

Lưu ý, quý vị cần thẻ Medi-Cal hay Thẻ Xác Định Quyền Lợi (Benefits Identification Card, BIC) để lấy thuốc được đài thọ Medi-Cal Rx.

Nếu quý vị không mang theo thẻ ID Hội Viên hay BIC khi đi lấy thuốc theo toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để lấy thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tìm thông ghi danh chương trình của quý vị.

Nếu nhà thuốc không thể lấy thông tin cần thiết, quý vị có thể phải trả toàn bộ tiền thuốc theo toa khi đến lấy thuốc. Sau đó quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi. **Nếu quý vị không thể trả tiền thuốc đó, xin liên lạc ngay với ban Dịch Vụ Hội Viên.** Chúng tôi sẽ làm mọi thứ có thể để trợ giúp.

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị, hãy xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Nếu quý vị cần được trợ giúp trong việc lấy thuốc theo toa, xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.

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

Nếu quý vị đổi nhà thuốc và cần lấy thêm thuốc theo toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp viết toa mới hay yêu cầu nhà thuốc của quý vị chuyển toa thuốc sang nhà thuốc mới nếu còn những lần lấy thêm thuốc.

Nếu quý vị cần được giúp đỡ đổi nhà thuốc trong mạng lưới, xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

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

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

Để tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới, quý vị có thể xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.

A5. Dùng một nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi thuốc theo toa phải được mua tại nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Những nhà thuốc mà cung cấp thuốc cho phương pháp trị liệu truyền dịch tại nhà.
- Những nhà thuốc mà cung cấp thuốc cho những người đang sống tại các cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng.
 - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn có nhà thuốc riêng của họ. Nếu quý vị là cư dân tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi phải đảm bảo là quý vị có thể lấy thuốc mà quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở này.
 - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không có trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thuốc của mình tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.
- Nhà Thuốc của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Da Đỏ (Indian Health Care Provider, IHCP). Các Hội Viên là Người Da Đỏ Châu Mỹ và Người Alaska Bản Địa có quyền tiếp cận các nhà thuốc tại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Da Đỏ (IHCP) ở mức độ tương tự như nhà thuốc bán lẻ đã ghi danh. Nếu quý vị không phải là Người Da Đỏ Châu Mỹ hoặc Người Alaska Bản Địa, quý vị vẫn có thể tiếp nhận dịch vụ từ nhà thuốc bán lẻ tại IHCP nếu quý vị được chỉ định đến phòng khám đó hoặc trong trường hợp cấp cứu.
- Những nhà thuốc mà cấp thuốc bị hạn chế theo Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) cho một số địa điểm hay yêu cầu xử lý đặc biệt, điều phối nhà cung cấp, hay hướng dẫn cách sử dụng. (Lưu ý: Trường hợp này hiếm khi xảy ra.)
- Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, xin xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.

A6. Dùng dịch vụ gửi qua bưu điện để lấy thuốc của quý vị

Với một số loại thuốc, quý vị có thể dùng dịch vụ gửi qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Thông thường, những thuốc có thể gửi qua bưu điện là các loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên cho một bệnh trạng kéo dài hoặc mãn tính.

Dịch vụ gửi qua bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt mua ít nhất một lượng thuốc dùng cho 30 ngày và không nhiều hơn lượng thuốc dùng cho 100 ngày. Lượng thuốc dùng trong 10 ngày có cùng tiền đồng trả với lượng thuốc dùng trong một tháng.



Lấy thuốc theo toa qua đường bưu điện

Để lấy đơn đặt mua thuốc và thông tin lấy thuốc theo toa của quý vị qua bưu điện, vui lòng vào trang mạng của chúng tôi tại medicare.lacare.org hay liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-833-522-3767** (TTY: **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, để biết thêm thông tin.

Thông thường, thuốc theo toa đặt mua qua bưu điện sẽ được gửi đến trong vòng 14 ngày. Tuy nhiên, đôi khi thuốc đặt mua qua bưu điện của quý vị có thể bị chậm trễ. Quý vị phải liên lạc với bác sĩ của quý vị để yêu cầu được cấp thuốc theo toa ngắn hạn đủ dùng trong thời gian chờ đến khi thuốc đặt mua qua bưu điện về đến.

Thủ tục gửi qua bưu điện

Dịch vụ gửi qua bưu điện có nhiều thủ tục khác nhau cho những toa thuốc mới mà họ nhận được từ quý vị, những toa thuốc mới mà nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị, và cấp thêm thuốc theo toa được gửi qua bưu điện cho quý vị.

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

Nhà thuốc tự động lấy thuốc và giao thuốc theo toa mới mà họ nhận được từ quý vị.

2. Thuốc theo toa mới mà nhà thuốc nhận từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị

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

- Quý vị đã dùng dịch vụ gửi qua bưu điện với chương trình của chúng tôi trước đây, **hay**
- Quý vị đăng ký được giao tự động tất cả các toa thuốc mới mà quý vị nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu được giao tự động cho mọi toa thuốc mới ngay bây giờ hay bất cứ lúc nào bằng cách truy cập trang mạng của chúng tôi tại medicare.lacare.org hay liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-833-522-3767** (TTY: **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

Nếu quý vị nhận được thuốc theo toa tự động qua đường bưu điện mà quý vị không muốn nhận, và quý vị đã không được liên hệ để xác nhận xem quý vị có muốn nhận thuốc đó hay không trước khi thuốc đó được gửi đi, thì quý vị có thể đủ điều kiện được hoàn tiền.

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng dịch vụ gửi qua bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động cấp thuốc và gửi mỗi toa thuốc mới, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-833-522-3767** (TTY: **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

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



- Điều này cho quý vị cơ hội biết chắc là nhà thuốc sẽ cấp đúng thuốc (bao gồm nồng độ, số lượng và dạng) và, nếu cần, cho phép quý vị hủy hoặc hoãn yêu cầu lấy thuốc trước khi quý vị được lập hóa đơn và thuốc được gửi đi.
- Hãy trả lời mỗi khi nhà thuốc liên lạc với quý vị, để cho họ biết phải làm gì với toa thuốc mới, và để tránh chậm trễ trong việc gửi thuốc.

Để ngừng tham gia dịch vụ tự động giao thuốc mới mà quý vị nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-833-522-3767** (TTY: **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

3. Thuốc theo toa được cấp thêm qua bưu điện

Đối với việc lấy thêm thuốc, quý vị có lựa chọn đăng ký với chương trình tự động cấp thêm theo thuốc. Theo chương trình này, chúng tôi bắt đầu xử lý toa thuốc cấp thêm tiếp theo một cách tự động khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị có thể sắp hết thuốc của quý vị.

- Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi gửi mỗi toa thuốc cấp thêm để đảm bảo quý vị cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy lần lấy thêm thuốc đã được lên lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc thuốc của quý vị đã thay đổi.
- Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động lấy thêm thuốc của chúng tôi, xin liên lạc nhà thuốc của quý vị 21 ngày trước khi thuốc theo toa hiện tại của quý vị sẽ hết, để đảm bảo là đơn thuốc mới của quý vị được gửi đến quý vị kịp thời.

Để ngừng tham gia chương trình tự động cấp thêm thuốc qua bưu điện của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-833-522-3767** (TTY: **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

Hãy cho nhà thuốc biết cách tốt nhất để liên lạc với quý vị để họ có thể liên lạc với quý vị để xác nhận đơn thuốc trước khi gửi đi. Vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên của L.A. Care Medicare Plus để cho chúng tôi biết cách tốt nhất để liên lạc với quý vị.

A7. Lấy một lượng thuốc dài hạn

Quý vị có thể được cấp một lượng thuốc duy trì dài hạn trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi. Thuốc duy trì là những loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên để trị một bệnh trạng kéo dài hoặc mãn tính.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị mua lượng thuốc duy trì để dùng dài hạn. Lượng thuốc dùng trong 100 ngày có cùng tiền đồng trả với lượng thuốc dùng trong một tháng. *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc nào có thể cấp cho quý vị lượng thuốc duy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.



Với một số loại thuốc, quý vị có thể dùng dịch vụ gửi qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình chúng tôi để lấy một lượng thuốc duy trì dài hạn. Xem **Mục A6** để tìm hiểu về các dịch vụ gửi qua bưu điện.

A8. Dùng một nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình chúng tôi

Thông thường, chúng tôi chỉ trả cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ khi nào quý vị không thể dùng nhà thuốc trong mạng lưới. Trong những trường hợp này, trước hết hãy liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó không.

Chúng tôi chỉ trả cho thuốc theo toa được cấp tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong những trường hợp sau đây:

- Nếu thuốc được đài thọ Phần D này có liên quan đến việc chăm sóc cho một trường hợp cấp cứu y tế.
- Nếu một loại thuốc Phần D được đài thọ nào đó (ví dụ: một loại thuốc điều trị các bệnh hiếm gặp hoặc loại dược phẩm chuyên khoa khác thường được gửi trực tiếp từ nhà sản xuất hoặc từ những nhà phân phối đặc biệt) thường không được trữ tại những nhà thuốc bán lẻ hay nhà thuốc gửi qua bưu điện mà có thể tiếp cận trong mạng lưới.
- Nếu một loại thuốc Phần D được đài thọ được cung cấp tại một nhà thuốc trong một cơ sở y tế khi hội viên là bệnh nhân tại khoa cấp cứu, tại phòng khám của nhà cung cấp, cơ sở giải phẫu ngoại trú hoặc cơ sở chăm sóc ngoại trú khác.
- Trong bất kỳ thảm họa Liên Bang hoặc trường hợp cấp cứu y tế công cộng khác mà khi đó người ghi danh phải di tản hoặc phải dời khỏi nơi cư ngụ.
- Trong những tình huống cấp cứu khi một người ghi danh không thể sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới, chúng tôi sẽ chỉ trả một lần với một lượng thuốc gốc dùng trong 30 ngày. Với biệt dược, chúng tôi sẽ chỉ trả một lần với một lượng thuốc dùng trong 30 ngày. Trong những trường hợp này, trước hết hãy liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó không.

A9. Hoàn trả tiền thuốc theo toa cho quý vị

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường sẽ phải trả toàn bộ chi phí thay vì chỉ trả tiền đồng trả khi mua thuốc theo toa của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Chúng tôi có thể phải trả khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị thanh toán cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ chi trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa mà có thể được Medi-Cal Rx đài thọ, quý vị có thể được nhà thuốc hoàn tiền sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho thuốc theo toa đó. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn tiền cho quý vị bằng cách gửi yêu cầu thanh toán "Hoàn Tiền Chi Phí Tự Trả Medi-Cal (Conlan)". Có thể tìm thấy thêm thông tin trên trang mạng của Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Để tìm hiểu thêm về điều này, xin xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.



B. Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi

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

Chúng tôi chọn các thuốc trong *Danh Sách Thuốc* với sự trợ giúp của một đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* cũng cho quý vị biết những quy định mà quý vị cần tuân thủ để được cấp thuốc.

Chúng tôi thường đài thọ thuốc trong *Danh Sách Thuốc* khi quý vị tuân theo những quy định mà chúng tôi giải thích trong chương này.

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

Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm những loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D.

Hầu hết các loại thuốc mà quý vị lấy từ nhà thuốc được chương trình của quý vị đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc và vitamin mua không cần toa (Over-The-Counter, OTC) có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng của Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi đến Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi (BIC) Medi-Cal khi lấy thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.

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

Biệt dược là thuốc theo toa được bán theo thương hiệu đã đăng ký thuộc quyền sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Sản phẩm sinh học là những loại thuốc phức tạp hơn thuốc thông thường. Khi chúng tôi nói đến "thuốc" trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, điều này có nghĩa là một loại thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc thường có cùng thành phần hoạt chất như biệt dược. Sản phẩm sinh học có các thành phần thay thế được gọi là chất sinh học tương tự. Nói chung, thuốc gốc và chất sinh học tương tự cũng công hiệu như biệt dược hay sản phẩm sinh học nguyên thủy và thường có giá thấp hơn. Hiện có những sản phẩm thuốc gốc thay thế cho nhiều biệt dược và chất sinh học tương tự thay thế cho một số sản phẩm sinh học nguyên thủy. Một số chất sinh học tương tự là chất sinh học tương tự có thể hoán đổi cho nhau, và tùy theo luật của tiểu bang, có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học nguyên thủy tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, cũng như thuốc gốc có thể được thay thế cho biệt dược.

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

Chương trình chúng tôi cũng đài thọ một số thuốc và sản phẩm OTC. Một số loại thuốc OTC có giá thấp hơn các loại thuốc có toa và cũng công hiệu như vậy. Để biết thêm thông tin, xin gọi ban Dịch Vụ Hội Viên.

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

Để biết loại thuốc quý vị đang dùng có trong *Danh Sách Thuốc* hay không, quý vị có thể:



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- Truy cập trang mạng của chương trình chúng tôi tại medicare.lacare.org. *Danh Sách Thuốc* trên trang mạng của chúng tôi luôn là danh sách mới nhất.
- Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết xem một loại thuốc có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hay không hoặc để xin một bản sao danh sách này.
- Những thuốc không được đài thọ theo Phần D có thể được đài thọ theo Medi-Cal Rx. Vui lòng truy cập trang mạng của Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.
- Sử dụng "Real Time Benefit Tool" (Công Cụ Quyền Lợi Thời Gian Thực) của chúng tôi tại medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search để tìm kiếm các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* để ước tính số tiền quý vị phải trả và xem có loại thuốc thay thế trong *Danh Sách Thuốc* có thể điều trị cùng tình trạng hay không. Quý vị cũng có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên.

B3. Thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

Chúng tôi không đài thọ mọi loại thuốc.

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

Chương trình chúng tôi không chi trả cho các loại thuốc được mô tả trong mục này. Đây là **thuốc bị loại trừ**. Nếu quý vị được kê thuốc bị loại trừ, quý vị có thể phải tự chi trả cho thuốc đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi phải trả tiền cho một loại thuốc bị loại trừ vì trường hợp của quý vị, quý vị có thể đệ trình khiếu nại. Xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về khiếu nại.

Sau đây là ba quy định chung về thuốc bị loại trừ:

1. Bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình chúng tôi (kể cả Medicare Phần D) không thể chi trả cho một loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đã đài thọ. Chương trình chúng tôi đài thọ các loại thuốc được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ miễn phí, nhưng những loại thuốc này không được coi là một phần của chương trình thuốc ngoại trú của quý vị.
2. Chương trình chúng tôi không thể đài thọ cho một loại thuốc được mua ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
3. Việc sử dụng thuốc đó phải được sự chấp thuận của FDA hoặc được ủng hộ bởi một số tài liệu tham khảo y tế như một cách điều trị cho tình trạng của quý vị. Bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác có thể kê một loại thuốc nào đó để điều trị tình trạng của quý vị, cho dù thuốc này đã không được chấp thuận để điều trị tình trạng đó. Điều này được gọi là "sử dụng ngoài chỉ định." Chương trình chúng tôi thường không đài thọ các loại thuốc được kê để sử dụng ngoài chỉ định.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Ngoài ra, theo luật pháp, Medicare hay Medi-Cal không thể đòi hỏi các loại thuốc được liệt kê bên dưới.

- Thuốc được dùng để thúc đẩy sự sinh sản
- Thuốc được dùng để giảm các triệu chứng ho hay cảm lạnh*
- Thuốc được dùng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc giúp mọc tóc
- Vitamin và các sản phẩm khoáng chất theo toa, ngoại trừ vitamin tiền sản và các chế phẩm chứa florua*
- Thuốc được dùng điều trị tình trạng rối loạn tình dục hoặc rối loạn cương dương
- Thuốc được dùng điều trị chứng biếng ăn, sụt cân hay tăng cân*
- Thuốc điều trị ngoại trú do một công ty bào chế và công ty này yêu cầu quý vị phải làm xét nghiệm hoặc được cung cấp dịch vụ chỉ qua công ty này

*Các sản phẩm chọn lọc có thể được Medi-Cal đòi hỏi. Vui lòng truy cập trang mạng của Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.

B4. Các bậc chi phí cùng trả trong *Danh Sách Thuốc*

Mỗi thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thuộc một trong 5 bậc. Một bậc thuốc là một nhóm thuốc thường là cùng loại (ví dụ: biệt dược, thuốc gốc hay thuốc mua không cần toa (OTC)). Nói chung, bậc chi phí cùng trả càng cao, chi phí thuốc của quý vị càng nhiều.

- Thuốc bậc 1 là thuốc gốc ưu tiên do L.A. Care Medicare Plus đòi hỏi. Tiền đồng trả là \$0.
- Thuốc bậc 2 là thuốc gốc do L.A. Care Medicare Plus đòi hỏi. Chi phí cùng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
- Thuốc bậc 3 là biệt dược ưu tiên do L.A. Care Medicare Plus đòi hỏi. Chi phí cùng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
- Thuốc bậc 4 là thuốc không ưu tiên do L.A. Care Medicare Plus đòi hỏi. Chi phí cùng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
- Thuốc bậc 5 là thuốc đặc trị do L.A. Care Medicare Plus đòi hỏi. Chi phí cùng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.

Để tìm xem thuốc của quý vị thuộc bậc chi phí cùng trả nào, xin tìm xem loại thuốc đó trên *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

Chương 6 trong *Cẩm Nang Hội Viên* này cho quý vị biết số tiền quý vị phải trả cho những loại thuốc trong mỗi bậc.



C. Giới hạn với một số thuốc

Với một số loại thuốc, các quy định đặc biệt giới hạn cách thức và khi nào thì chương trình chúng tôi đài thọ chúng. Nói chung, các quy định của chúng tôi khuyến khích quý vị dùng một loại thuốc có tác dụng cho bệnh trạng của quý vị và an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc an toàn, có chi phí thấp cũng có tác dụng như loại thuốc có chi phí cao hơn, chúng tôi mong muốn nhà cung cấp của quý vị kê loại thuốc 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. Điều này là do những thuốc tương tự có thể khác nhau tùy thuộc vào nồng độ, số lượng hoặc dạng thuốc do nhà cung cấp của quý vị kê đơn, và các hạn chế khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác nhau (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một viên mỗi ngày so với hai viên mỗi ngày; dạng viên nén so với dạng lỏng).

Nếu có quy định đặc biệt cho thuốc của quý vị, thường điều đó có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ quý vị phải làm thêm một số bước để chúng tôi đài thọ loại thuốc này. Ví dụ: nhà cung cấp của quý vị có thể phải cho chúng tôi biết việc chẩn bệnh cho quý vị, hoặc cung cấp cho chúng tôi kết quả xét nghiệm máu trước. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cho rằng quy định của chúng tôi không nên áp dụng cho trường hợp của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm để cấp một ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý cho phép quý vị dùng thuốc này mà không phải thực hiện thêm các bước.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu ngoại lệ, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

1. Giới hạn việc sử dụng biệt dược hay sản phẩm sinh học gốc khi hiện có một phiên bản thuốc gốc hay chất sinh học tương tự có thể hoán đổi.

Nói chung, thuốc gốc và chất sinh học tương tự có thể hoán đổi cũng công hiệu như biệt dược hay sản phẩm sinh học gốc và thường có giá thấp hơn. Trong đa số trường hợp, nếu có một phiên bản thuốc gốc hay chất sinh học tương tự có thể hoán đổi của một biệt dược hay sản phẩm sinh học nguyên thủy, nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc hay chất sinh học tương tự có thể hoán đổi đó.

- Thường thì chúng tôi sẽ không chi trả cho biệt dược hay sản phẩm sinh học nguyên thủy khi có phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế mà thuốc gốc, chất sinh học tương tự có thể hoán đổi, hoặc các thuốc được đài thọ khác dùng để điều trị cùng một bệnh trạng sẽ không công hiệu đối với quý vị, thì chúng tôi sẽ đài thọ biệt dược này.
- Tiền đồng trả của quý vị có thể cao hơn đối với biệt dược hay sản phẩm sinh học nguyên thủy so với thuốc gốc hay chất sinh học tương tự có thể hoán đổi.

2. Yêu cầu chương trình chấp thuận trước

Với một số loại thuốc, quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa của quý vị phải được chương trình chúng tôi chấp thuận trước khi quý vị lấy thuốc theo toa của quý vị. Điều này được gọi là sự cho phép trước. Điều này được đưa ra để bảo đảm về an toàn thuốc dùng và



giúp hướng dẫn sử dụng thích hợp cho một số thuốc. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể không đòi hỏi cho thuốc này. Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hay trên trang mạng của chúng tôi tại medicare.lacare.org để biết thêm thông tin về sự cho phép trước.

3. Thử dùng một loại thuốc khác trước

Nói chung, chúng tôi muốn quý vị thử dùng những loại thuốc có chi phí thấp hơn (mà thường cũng hiệu quả như vậy) trước khi chúng tôi đòi hỏi các loại thuốc có chi phí cao hơn. Ví dụ: nếu thuốc A và thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng, và thuốc A có chi phí thấp hơn thuốc B, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử dùng thuốc A trước.

Nếu thuốc A **không** công hiệu cho quý vị, thì chúng tôi sẽ đòi hỏi cho thuốc B. Việc này được gọi là phương pháp trị liệu từng bước. Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hay trên trang mạng của chúng tôi tại medicare.lacare.org để biết thêm thông tin về phương pháp trị liệu từng bước.

4. Giới hạn về số lượng

Với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể có. Điều này được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: nếu thông thường chỉ uống một viên thuốc mỗi ngày đối với một loại thuốc nào đó được coi là an toàn, chúng tôi có thể giới hạn số lượng của một loại thuốc mà quý vị có thể nhận được mỗi lần quý vị lấy thuốc theo toa.

Để biết xem có quy định nào ở trên được áp dụng cho một loại thuốc mà quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, xin kiểm tra

Danh Sách Thuốc. Để có thông tin cập nhật nhất, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc vào mạng chúng tôi tại medicare.lacare.org. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào nêu trên, quý vị có thể yêu cầu một khiếu nại. Vui lòng xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

D. Lý do thuốc của quý vị không thể được đòi hỏi

Chúng tôi cố gắng làm cho bảo hiểm thuốc của quý vị đem lại hiệu quả với quý vị, nhưng đôi khi một loại thuốc có thể không được đòi hỏi theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Chương trình chúng tôi không đòi hỏi thuốc mà quý vị muốn dùng. Thuốc này có thể không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể đòi hỏi phiên bản gốc của thuốc đó nhưng không đòi hỏi phiên bản biệt dược mà quý vị muốn dùng. Một loại thuốc có thể là thuốc mới và chúng tôi chưa duyệt xét được tính an toàn và công hiệu của thuốc này.
- Chương trình chúng tôi đòi hỏi thuốc đó nhưng có những quy định hoặc giới hạn đặc biệt về việc đòi hỏi. Như được giải thích trong mục trên, một số thuốc được chương trình chúng tôi đòi hỏi có những quy định hạn chế việc sử dụng của chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa của quý vị có thể muốn yêu cầu chúng tôi cấp một ngoại lệ.



- Thuốc đó được đài thọ, nhưng bậc chi phí cùng trả của thuốc đó làm cho chi phí của quý vị nhiều hơn so với mức mà quý vị nghĩ là hợp lý.

Có những việc quý vị có thể thực hiện nếu chúng tôi không đài thọ một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn chúng tôi đài thọ.

D1. Lấy một lượng thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cấp cho quý vị một lượng thuốc tạm thời khi thuốc đó không có trong *Danh Sách Thuốc* hoặc bị hạn chế theo cách nào đó. Điều này cho quý vị thời gian để nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị để việc mua một loại thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ loại thuốc này.

Để được cấp một lượng thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy định dưới đây:

1. Thuốc quý vị đang dùng:

- không còn trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- chưa bao giờ có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- hiện bị hạn chế theo cách nào đó.

2. Quý vị phải ở trong một trong các tình huống này:

- Quý vị đã tham gia chương trình chúng tôi vào năm trước.
 - Chúng tôi đài thọ cho quý vị một lượng thuốc tạm thời **trong 90 ngày đầu tiên của năm lịch.**
 - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng cho tối đa 30 ngày.
 - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn thì chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua thêm nhiều lần để cung cấp thuốc trong tối đa 30 ngày. Quý vị phải lấy thuốc theo toa này tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Những nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc của quý vị theo số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.
- Quý vị mới tham gia chương trình chúng tôi.
 - Chúng tôi đài thọ cho quý vị một lượng thuốc tạm thời **trong 90 ngày đầu kể từ khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.**
 - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng cho tối đa 30 ngày.
 - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn thì chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua thêm nhiều lần để cung cấp thuốc trong tối đa 30 ngày. Quý vị phải lấy thuốc theo toa này tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Những nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc của quý vị theo số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.
- Quý vị đã tham gia chương trình chúng tôi được hơn 90 ngày, sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn, và cần được cung cấp thuốc ngay:



- Chúng tôi đài thọ một lượng thuốc dùng trong 31 ngày, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê ít ngày hơn. Khoản đài thọ này là phần thêm vào lượng tạm thời nêu trên.
- Quý vị có thể phải trải qua một sự thay đổi trong cấp độ chăm sóc mà quý vị nhận được và/hoặc có thể phải chuyển (dời đi) từ cơ sở chăm sóc hoặc địa điểm điều trị này sang cơ sở chăm sóc hoặc địa điểm điều trị khác. Quý vị có thể được cấp ngoại lệ (trường hợp đặc biệt) nếu quý vị trải qua một thay đổi về cấp độ chăm sóc nhận được. Nếu quý vị trải qua một thay đổi về cấp độ chăm sóc, chương trình L.A. Care Medicare Plus sẽ đài thọ một lượng thuốc tạm thời dùng trong 30 ngày (trừ khi quý vị được kê toa cho ít ngày hơn).

D2. Yêu cầu một lượng thuốc tạm thời

Để yêu cầu được cấp một lượng thuốc tạm thời, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên.

Khi được cấp một lượng thuốc tạm thời, hãy nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị trong thời gian sớm nhất có thể để quyết định cần làm gì khi hết thuốc. Đây là những lựa chọn của quý vị:

- Đổi sang loại thuốc khác.

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

HOẶC

- Yêu cầu một ngoại lệ.

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cấp một ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ loại thuốc đó không giới hạn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y khoa chính đáng để được cấp một ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ.

E. Những thay đổi trong việc đài thọ thuốc cho quý vị

Hầu hết những thay đổi về bảo hiểm thuốc diễn ra vào ngày 1 tháng 1, nhưng chúng tôi có thể bổ sung hoặc loại bỏ các loại thuốc trên *Danh Sách Thuốc* trong suốt năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy tắc của chúng tôi về các loại thuốc. Ví dụ: chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hay không yêu cầu sự chấp thuận trước (Prior Approval, PA) cho một loại thuốc (sự cho phép của chúng tôi trước khi quý vị có thể lấy một loại thuốc).
- Bổ sung hoặc thay đổi lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được (giới hạn số lượng).
- Bổ sung hoặc thay đổi các hạn chế trong trị liệu từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử dùng một loại thuốc trước khi chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc khác).



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

- Thay thế một sản phẩm sinh học nguyên thủy bằng một phiên bản sinh học tương tự có thể hoán đổi của một sản phẩm sinh học.

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

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

- trên thị trường có một loại thuốc mới, rẻ hơn có hiệu quả tương tự như một loại thuốc hiện có trong *Danh Sách Thuốc*, **hoặc**
- chúng tôi biết rằng có một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

Điều gì sẽ xảy ra nếu phạm vi bảo hiểm thay đổi với một loại thuốc mà quý vị đang dùng?

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

- Kiểm tra trực tuyến *Danh Sách Thuốc* hiện nay của chúng tôi tại medicare.lacare.org **hoặc**
- Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để xem *Danh Sách Thuốc* hiện nay của chúng tôi.

Những thay đổi mà chúng tôi có thể đưa ra trong *Danh Sách Thuốc* mà ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

Một số thay đổi trong *Danh Sách Thuốc* sẽ xảy ra ngay lập tức. Ví dụ:

Có một loại thuốc gốc mới. Đôi khi, trên thị trường có một loại thuốc gốc hay chất sinh học tương tự mới có hiệu quả tương tự như một loại biệt dược hay sản phẩm sinh học nguyên thủy hiện có trong *Danh Sách Thuốc*. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ biệt dược đó và bổ sung thuốc gốc mới, nhưng chi phí mà quý vị trả cho loại thuốc mới sẽ được giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn. Khi chúng tôi bổ sung thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ biệt dược đó trong danh sách nhưng thay đổi các quy định hoặc giới hạn đài thọ cho loại thuốc đó.

- Chúng tôi có thể không cho quý vị biết trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện khi điều này xảy ra.
- Quý vị hay nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu một "ngoại lệ" cho những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo cho biết các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu một ngoại lệ. Vui lòng xem **Chương 9** trong cẩm nang này để biết thêm thông tin về những ngoại lệ.

Loại bỏ những thuốc không an toàn và những loại thuốc khác được đưa ra khỏi thị trường. Đôi khi một loại thuốc có thể được kết luận là không an toàn hay được đưa ra khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức loại nó khỏi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi. Nếu quý vị nhận được một trong những lá thư này, vui lòng trao đổi với bác sĩ của quý vị để tìm một loại thuốc khác an toàn cho quý vị.



Chúng tôi có thể đưa ra những thay đổi khác mà ảnh hưởng đến những loại thuốc mà quý vị dùng. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác này về *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA đưa ra hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.

Khi những thay đổi này diễn ra, chúng tôi:

- Cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi về *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- Cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày khi quý vị yêu cầu mua thêm.

Điều này cho quý vị có thời gian để trao đổi với bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem:

- Liệu có một loại thuốc tương tự trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi mà quý vị có thể dùng thay thế **hoặc**
- Liệu quý vị có nên yêu cầu một ngoại lệ cho những thay đổi này để tiếp tục được đài thọ cho thuốc đó hay phiên bản của loại thuốc mà quý vị đã và đang dùng. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu ngoại lệ, xin xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Những thay đổi trong *Danh Sách Thuốc* mà không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi về những loại thuốc quý vị dùng mà không được mô tả ở trên và hiện không ảnh hưởng đến quý vị. Với những thay đổi đó, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc mà chúng tôi đài thọ vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hay thay đổi bảo hiểm cho **loại thuốc đó trong thời gian còn lại của năm**.

Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ một loại thuốc mà quý vị đang dùng, tăng số tiền quý vị phải trả cho thuốc đó, hay giới hạn việc sử dụng thuốc đó, thì sự thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc đó của quý vị hay số tiền quý vị trả cho thuốc đó trong thời gian còn lại của năm.

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

Chúng tôi sẽ không trực tiếp thông báo cho quý vị về những loại thay đổi này trong năm hiện tại. Quý vị sẽ cần kiểm tra *Danh Sách Thuốc của năm chương trình tiếp theo (khi có danh sách trong giai đoạn* ghi danh tự do) để xem liệu có thay đổi nào mà sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Thời gian nằm viện hoặc ở tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình chúng tôi đài thọ

Nếu quý vị nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình chúng tôi đài thọ, thường chúng tôi đài thọ chi phí thuốc của quý vị trong thời gian nằm viện. Quý vị sẽ



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

không phải trả tiền đồng trả. Một khi quý vị xuất viện hay rời cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ đài thọ thuốc cho quý vị miễn là các thuốc đó đáp ứng mọi quy định bảo hiểm của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc và số tiền quý vị phải trả, xin xem **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

F2. Trong một cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng, có nhà thuốc riêng hoặc có nhà thuốc cấp thuốc cho tất cả cư dân của họ. Nếu quý vị đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể lấy thuốc quý vị thông qua nhà thuốc của cơ sở này nếu nó thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Xin xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.

F3. Tham gia một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Thuốc không bao giờ được cả hai chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình chúng tôi đài thọ cùng một lúc.

- Quý vị có thể được ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và yêu cầu một số loại thuốc (như thuốc giảm đau, chống buồn nôn, nhuận tràng hay chống lo lắng) mà chương trình chăm sóc cuối đời không đài thọ vì nó không liên quan đến tiên lượng và tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình chúng tôi phải nhận được thông báo từ chuyên viên y tế cho toa hoặc nhà cung cấp chăm sóc cuối đời của quý vị cho biết rằng thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể đài thọ cho thuốc đó.
- Để tránh chậm trễ trong việc lấy bất cứ loại thuốc không liên quan nào mà chương trình chúng tôi nên đài thọ, quý vị có thể hỏi nhà cung cấp chăm sóc cuối đời hay chuyên viên y tế cho toa của quý vị để biết chắc là chúng tôi nhận được thông báo rằng thuốc này không liên quan trước khi quý vị yêu cầu nhà thuốc cấp thuốc theo toa cho quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình chúng tôi đài thọ tất cả thuốc cho quý vị. Để tránh mọi trì hoãn tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị chấm dứt, hãy mang giấy tờ đến nhà thuốc để xác minh là quý vị đã rời khỏi chương trình chăm sóc cuối đời.

Xem các phần đầu của chương này để biết về những thuốc mà chương trình chúng tôi đài thọ. Xem **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời.

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

G1. Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn

Mỗi khi quý vị lấy thuốc theo toa, chúng tôi tìm những vấn đề có thể xảy ra, chẳng hạn như những sai sót về thuốc hay những thuốc mà:

- có thể quý vị không cần vì quý vị đang dùng một loại thuốc khác có công dụng tương tự



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- có thể không an toàn cho độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- có thể gây nguy hại cho quý vị nếu quý vị dùng những thuốc này cùng một lúc
- có những thành phần mà quý vị dị ứng hay có thể dị ứng
- có thể có sai sót về số lượng (liều lượng)
- có những số lượng không an toàn về thuốc giảm đau opioid

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

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc

Chương trình chúng tôi có một chương trình giúp hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Trong những trường hợp đó, quý vị có thể đủ điều kiện để nhận được dịch vụ miễn phí thông qua một chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (Medication Therapy Management, MTM). Chương trình này mang tính tự nguyện và miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị đảm bảo là thuốc của quý vị đang có tác dụng cải thiện sức khỏe cho quý vị. Nếu quý vị hội đủ điều kiện với chương trình, một dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ xem xét toàn diện tất cả các loại thuốc của quý vị và nói chuyện với quý vị về:

- cách tận dụng tối đa lợi ích từ thuốc mà quý vị dùng
- bất cứ quan ngại nào của quý vị, như chi phí thuốc và phản ứng của thuốc
- cách dùng thuốc tốt nhất
- bất cứ thắc mắc hoặc vấn đề nào của quý vị về thuốc theo toa và thuốc mua không theo toa

Sau đó, họ sẽ trao cho quý vị:

- Một bản tóm lược về cuộc thảo luận này. Bản tóm lược có một kế hoạch hành động về thuốc, đề nghị quý vị có thể làm gì để dùng thuốc của quý vị hữu hiệu nhất.
- Một danh sách thuốc cá nhân bao gồm tất cả những thuốc quý vị dùng, số lượng dùng, thời gian và tại sao quý vị dùng chúng.
- Thông tin về việc loại bỏ an toàn những thuốc theo toa mà là những chất bị kiểm soát.

Tốt nhất nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị.

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

Các chương trình MTM mang tính tự nguyện và miễn phí cho hội viên đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có một chương trình nào thích hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, hãy cho chúng tôi biết, và chúng tôi sẽ rút tên quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về những chương trình này, xin liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên.



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

Chúng tôi có một chương trình giúp bảo đảm hội viên sử dụng an toàn thuốc theo toa opioid và các thuốc thường bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Thuốc (Drug Management Program, DMP).

Nếu quý vị dùng thuốc opioid mà quý vị nhận được từ một số chuyên viên y tế cho toa hay nhà thuốc, hay nếu gần đây quý vị bị quá liều opioid, chúng tôi có thể nói chuyện với các chuyên viên y tế cho toa của quý vị để đảm bảo việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là thích hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với chuyên viên y tế cho toa của quý vị, nếu chúng tôi quyết định việc sử dụng thuốc theo toa opioid hay benzodiazepine của quý vị có thể không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể lấy những thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị lấy tất cả các toa thuốc cho những thuốc đó từ (các) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị lấy tất cả các toa thuốc opioid hay benzodiazepine từ (các) chuyên viên y tế cho toa nhất định
- Giới hạn số lượng những thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi đòi hỏi cho quý vị

Nếu chúng tôi dự định giới hạn cách quý vị lấy những thuốc này hay số lượng quý vị có thể lấy, chúng tôi sẽ gửi trước cho quý vị một lá thư. Lá thư đó sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi sẽ giới hạn bảo hiểm với những thuốc này, hoặc quý vị sẽ phải lấy toa thuốc cho những thuốc này chỉ từ một nhà cung cấp hay nhà thuốc cụ thể.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng chuyên viên y tế cho toa hay nhà thuốc nào, và bất cứ thông tin nào mà quý vị cho là quan trọng mà chúng tôi cần biết. Sau khi quý vị có cơ hội hồi đáp, nếu chúng tôi quyết định giới hạn việc đòi hỏi cho những thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác để xác nhận các giới hạn.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi có sai sót, quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc giới hạn đó, quý vị và chuyên viên y tế cho toa của quý vị có thể đệ trình khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, chúng tôi sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị và cấp quyết định mới cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất cứ phần nào trong khiếu nại của quý vị liên quan đến các giới hạn áp dụng cho việc quý vị lấy thuốc, chúng tôi sẽ tự động chuyển hồ sơ của quý vị lên Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (Independent Review Entity, IRO). (Để tìm hiểu thêm về khiếu nại hay IRO, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.)

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

- có một số bệnh trạng, chẳng hạn như bệnh ung thư hoặc bệnh tế bào hình liềm,
- đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm đau hay cuối đời, **hoặc**
- sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.



Chương 6: Số tiền quý vị trả cho thuốc Medicare và Medi-Cal của quý vị

Phần Giới Thiệu

Chương này cho biết số tiền quý vị trả cho thuốc ngoại trú. Với "thuốc", chúng tôi muốn nói đến:

- Thuốc Medicare Phần B, **và**
- Thuốc và vật dụng được Medi-Cal Rx đài thọ, **và**
- Thuốc và vật dụng được chương trình chúng tôi đài thọ như quyền lợi bổ sung.

Vì quý vị đủ tiêu chuẩn với Medi-Cal, quý vị nhận được chương trình Extra Help từ Medicare để giúp chi trả cho thuốc Medicare Phần D của quý vị. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tài liệu hướng dẫn đính kèm, có tên là "Điều Khoản Bổ Sung trong Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Người Nhận Chương Trình Extra Help để Thanh Toán Thuốc Theo Toa" (còn được gọi là "Điều Khoản Bổ Sung về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp" hoặc Điều Khoản Bổ Sung LIS [Low Income Subsidy]), trong đó cho biết phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có tài liệu hướng dẫn đính kèm này, vui lòng gọi ban Dịch Vụ Hội Viên và yêu cầu "Điều Khoản Bổ Sung LIS".

Extra Help là chương trình Medicare trợ giúp những người có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và tiền đồng trả. Chương trình Extra Help còn được gọi là "Trợ Cấp Thu Nhập Thấp", hay "LIS".

Những thuật ngữ chính khác và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Để tìm hiểu thêm về thuốc, quý vị có thể xem những phần sau đây:

- *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chúng tôi.
 - Chúng tôi gọi danh sách này là "*Danh Sách Thuốc*". Danh sách này cho quý vị biết:
 - Chúng tôi chi trả cho những loại thuốc nào
 - Mỗi loại thuốc nào nằm ở bậc nào trong 5 bậc
 - Có giới hạn nào với những loại thuốc này hay không
 - Nếu cần một bản sao *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản mới nhất của *Danh Sách Thuốc* trên trang mạng của chúng tôi tại medicare.lacare.org.
 - Hầu hết các loại thuốc mà quý vị lấy từ nhà thuốc được L.A. Care Medicare Plus đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc và vitamin mua không cần toa (over-the-counter, OTC), có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

của Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi đến Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi (Beneficiary Identification Card, BIC) Medi-Cal của quý vị khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.

- **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
 - Giải thích cách lấy thuốc ngoại trú của quý vị qua chương trình của chúng tôi.
 - Chương này gồm những quy định mà quý vị cần tuân theo. Nó cũng cho quý vị biết loại thuốc nào không được chương trình chúng tôi đài thọ.
 - Khi quý vị sử dụng “Real Time Benefit Tool” (Công Cụ Quyền Lợi Thời Gian Thực) của chương trình để xem bảo hiểm thuốc (xem **Chương 5, Mục B2**), chi phí được trình bày là khoản ước tính chi phí tự trả mà quý vị dự kiến sẽ phải trả. Quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.
- *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.
 - Trong hầu hết trường hợp, quý vị phải sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới để lấy thuốc được đài thọ của quý vị. Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý cộng tác với chúng tôi.
 - *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* có liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới. Xem **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục Lục

A. Bản <i>Giải Thích Quyền Lợi</i> (EOB)	158
B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị.	159
Các Giai Đoạn Thanh Toán Tiền Thuốc cho thuốc Medicare Phần D	160
C. Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	161
C1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị	161
C2. Lấy một lượng thuốc dài hạn	161
C3. Số tiền quý vị trả	162
C4. Kết Thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	163
D. Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương	163
E. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa cho số lượng ít hơn một tháng	164
F. Số tiền quý vị trả cho vắc-xin Phần D	164
F1. Điều cần biết trước khi quý vị nhận một vắc-xin	165
F2. Số tiền quý vị trả cho một loại vắc-xin được Medicare Phần D đài thọ	165



A. Bản Giải Thích Quyền Lợi (EOB)

Chương trình chúng tôi theo dõi chi phí thuốc của quý vị và những khoản thanh toán của quý vị khi quý vị nhận thuốc theo toa tại nhà thuốc. Chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt quý vị, trả tiền thuốc theo toa của quý vị. Điều này bao gồm số tiền quý vị đã thanh toán khi nhận thuốc Phần D được đài thọ, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện, bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện cho thuốc của quý vị thông qua chương trình Extra Help từ Medicare, các chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở hoặc công đoàn, Dịch Vụ Y Tế Người Da Đỏ, các chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS, các tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Tổng số chi phí thuốc** của quý vị. Đây là tổng số tiền thanh toán cho thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Số tiền đó bao gồm cả số tiền chương trình chúng tôi đã trả, và số tiền các chương trình hay tổ chức khác đã trả cho thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.

Khi quý vị lấy thuốc thông qua chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt được gọi là bản *Giải Thích Quyền Lợi* (Explanation of Benefits, EOB). Chúng tôi gọi tắt bản này là EOB. EOB này không phải là hóa đơn. Bản EOB có thêm thông tin về những loại thuốc mà quý vị dùng, chẳng hạn như việc tăng giá và các loại thuốc khác có chi phí cùng trả thấp hơn mà có thể được cung cấp. Quý vị có thể trao đổi với chuyên viên y tế cho toa của quý vị về những lựa chọn có chi phí thấp hơn này. EOB bao gồm:

- **Thông tin trong tháng.** Bản tóm tắt cho biết quý vị đã nhận được thuốc nào trong tháng trước. Nó cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã trả, và số tiền quý vị và người khác đã trả thay cho quý vị.
- **Tổng số tiền trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Thông tin này cho biết tổng chi phí tiền thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin về giá thuốc.** Đây là tổng giá thuốc và những thay đổi trong giá thuốc kể từ lần lấy thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc theo toa với cùng số lượng.
- **Các lựa chọn chi phí thấp hơn.** Khi thích hợp, thông tin về các loại thuốc khác hiện có với phần chi phí cùng trả thấp hơn cho mỗi thuốc theo toa.

Chúng tôi đài thọ cho các thuốc không được Medicare đài thọ.

- Số tiền trả cho những thuốc này không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.
- Hầu hết các loại thuốc mà quý vị lấy từ nhà thuốc được chương trình đài thọ. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc và vitamin mua không cần toa (OTC), có thể được Medi-Cal Rx đài thọ. Vui lòng truy cập trang mạng của Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi đến trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ nhận dạng quyền lợi (beneficiary identification card, BIC) Medi-Cal khi lấy thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.
- Để tìm hiểu chương trình chúng tôi đài thọ những thuốc nào, xin xem *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.



B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các số tiền mà quý vị đã thanh toán, chúng tôi sử dụng hồ sơ mà quý vị cung cấp và từ nhà thuốc của quý vị. Đây là cách quý vị có thể giúp chúng tôi:

1. Dùng Thẻ ID Hội Viên của quý vị.

Trình Thẻ ID Hội Viên của quý vị mỗi lần lấy thuốc theo toa. Việc này giúp chúng tôi biết quý vị lấy thuốc theo toa nào và quý vị trả bao nhiêu.

2. Hãy nhớ cho chúng tôi biết tất cả những thông tin mà chúng tôi cần.

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi về loại thuốc đó. Vui lòng nộp mẫu Hoàn Tiền Trực Tiếp cho Hội Viên bằng cách sử dụng mẫu đơn Hoàn Tiền Thuốc Theo Toa cho Hội Viên có tại Trang Mạng của L.A. Care (<https://www.lacare.org/providers/pharmacy-services/prior-authorizations>). Nếu quý vị cần được hỗ trợ, vui lòng liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên. Sau đây là các ví dụ khi quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao biên nhận của quý vị:

- Khi quý vị mua một loại thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng một thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình chúng tôi.
- Khi quý vị trả tiền đồng trả cho thuốc mà được cấp theo chương trình trợ cấp bệnh nhân của một công ty bào chế thuốc.
- Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị trả toàn phần giá tiền của một loại thuốc được đài thọ trong các hoàn cảnh đặc biệt

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho một loại thuốc, xin xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

3. Gửi cho chúng tôi thông tin về số tiền người khác trả cho quý vị.

Những số tiền được thanh toán bởi một số người và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: số tiền được thanh toán bởi Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang, chương trình trợ cấp thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), Dịch Vụ Y Tế Người Da Đỏ, và hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị hội đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm tai ương. Khi quý vị đạt đến Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, chương trình chúng tôi sẽ chi trả tất cả các chi phí thuốc Medicare Phần D của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

4. Xem EOB mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi nhận bản EOB gửi về nhà, xin đảm bảo rằng thông tin này đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của mỗi nhà thuốc?** Kiểm tra các ngày. Quý vị có lấy thuốc vào ngày đó không?



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập [medicare.lacare.org](https://www.lacare.org).

- **Quý vị có lấy thuốc được liệt kê không?** Các thuốc có khớp với những thuốc được liệt kê trên giấy biên nhận không? Các thuốc đó có khớp với những thuốc mà bác sĩ của quý vị kê toa không?

Nếu quý vị phát hiện có sai sót trong bản tóm tắt này thì sao?

Nếu có điều gì khó hiểu hay dường như không chính xác trên bản EOB này, vui lòng gọi cho chúng tôi qua ban Dịch Vụ Hội Viên L.A. Care Medicare Plus. Quý vị cũng có thể tìm được giải đáp cho nhiều thắc mắc của mình trên trang mạng của chúng tôi: medicare.lacare.org.

Còn vấn đề gian lận thì thế nào?

Nếu trong bản tóm lược này có những thuốc mà quý vị không đang dùng hoặc có những điểm gì đáng nghi, xin liên lạc với chúng tôi.

- Gọi cho chúng tôi qua ban Dịch Vụ Hội Viên L.A. Care Medicare Plus.
- Hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi miễn cước với những số này.
- Nếu quý vị nghi ngờ rằng một nhà cung cấp nhận Medi-Cal đã phạm tội gian lận, hoang phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo bằng cách gọi số điện thoại bảo mật, miễn cước 1-800-822-6222. Có thể tìm thấy các cách báo cáo gian lận Medi-Cal khác tại: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị cho rằng có gì sai hoặc thiếu sót, hay nếu quý vị có điều gì thắc mắc, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị cũng có thể xem hay thay đổi thông tin bằng cách sử dụng tài khoản trực tuyến L.A. Care Connect của quý vị. L.A. Care Connect là một tài khoản trực tuyến dành cho hội viên đã đăng ký của L.A. Care Medicare Plus. Quý vị có thể đăng ký và sử dụng tài khoản L.A. Care Connect của quý vị bằng cách truy cập medicare.lacare.org. Hãy giữ lại các EOB này. Chúng là hồ sơ quan trọng về chi phí thuốc của quý vị.

C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Tiền Thuốc cho thuốc Medicare Phần D

Chương trình chúng tôi có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị. Số tiền mà quý vị trả cho mỗi thuốc theo toa tùy thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi quý vị mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Hai giai đoạn này là:

Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương
Trong giai đoạn này, chúng tôi trả một phần phí tiền thuốc quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ của quý vị. Phần chia sẻ của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Quý vị bắt đầu ở trong giai đoạn này khi quý vị lấy thuốc theo toa lần đầu tiên trong năm.	Trong giai đoạn này, chúng tôi trả tất cả chi phí cho thuốc của quý vị cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2026. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đã trả một số tiền chi phí tự trả nào đó.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

D. Giai đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí cho thuốc được đài thọ của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ của quý vị. Phần chia sẻ của quý vị được gọi là tiền đồng trả. Tiền đồng trả tùy thuộc vào loại thuốc đó thuộc bậc chi phí cùng trả nào và nơi quý vị lấy nó.

Bậc chi phí cùng trả là nhóm thuốc có cùng số tiền đồng trả. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi thuộc một trong 5 bậc chi phí cùng trả. Nói chung, số bậc thuốc càng cao, tiền đồng trả càng nhiều. Để tìm bậc chi phí cùng trả cho thuốc của quý vị, xin xem *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.

- Thuốc bậc 1 là thuốc gốc ưu tiên do L.A. Care Medicare Plus đài thọ. Tiền đồng trả là \$0.
- Thuốc bậc 2 là thuốc gốc do L.A. Care Medicare Plus đài thọ. Tiền đồng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
- Thuốc bậc 3 là biệt dược ưu tiên do L.A. Care Medicare Plus đài thọ. Tiền đồng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
- Thuốc bậc 4 là thuốc không ưu tiên do L.A. Care Medicare Plus đài thọ. Tiền đồng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
- Thuốc bậc 5 là thuốc đặc trị do L.A. Care Medicare Plus đài thọ. Tiền đồng trả là từ \$0 - \$12.65 hoặc 25%. Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.

D1. Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền mà quý vị phải trả tùy thuộc vào việc quý vị lấy thuốc đó từ:

- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới **hay**
- Một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Trong những trường hợp giới hạn, chúng tôi đài thọ cho thuốc theo toa lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xem **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết khi nào chúng tôi làm điều đó.
- Nhà thuốc gửi qua bưu điện của chương trình chúng tôi.

Để biết thêm về những lựa chọn này, xin xem **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này và *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D2. Lấy một lượng thuốc dài hạn

Với một số loại thuốc, quý vị có thể được cấp một lượng thuốc dài hạn (còn gọi là "số lượng mở rộng") khi lấy thuốc theo toa của quý vị. Một lượng thuốc dài hạn đủ dùng cho tối đa 100 ngày. Nó có cùng chi phí như số lượng thuốc dùng cho một tháng.

Để biết thêm thông tin chi tiết về địa điểm và cách lấy một lượng thuốc dài hạn, xin xem **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chương trình chúng tôi.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

D3. Số tiền quý vị trả

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, quý vị có thể trả tiền đồng trả mỗi khi lấy thuốc theo toa. Nếu chi phí cho thuốc được đài thọ của quý vị ít hơn tiền đồng trả, quý vị sẽ trả số tiền ít hơn.

Liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên để tìm hiểu xem tiền đồng trả của quý vị là bao nhiêu cho bất cứ loại thuốc được đài thọ nào.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị lấy một số lượng thuốc được đài thọ dùng cho một tháng hay dài hạn từ:

	Một nhà thuốc trong mạng lưới	Dịch vụ gửi qua bưu điện của chương trình chúng tôi	Một nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới	Một nhà thuốc ngoài mạng lưới
	Một số lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100 ngày	Một số lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100 ngày	Lượng thuốc dùng cho tối đa 31 ngày	Một lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày. Bảo hiểm có giới hạn trong một số trường hợp. Xem Chương 5 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này để biết thông tin chi tiết.
Bậc Chi Phí Cùng Trả 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	\$0	\$0	\$0	\$0
Bậc Chi Phí Cùng Trả 2 (Thuốc Gốc)	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
Bậc Chi Phí Cùng Trả 3 (Biệt Được Ưu Tiên)	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

	Một nhà thuốc trong mạng lưới	Dịch vụ gửi qua bưu điện của chương trình chúng tôi	Một nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới	Một nhà thuốc ngoài mạng lưới
	Một số lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100 ngày	Một số lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100 ngày	Lượng thuốc dùng cho tối đa 31 ngày	Một lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày. Bảo hiểm có giới hạn trong một số trường hợp. Xem Chương 5 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> này để biết thông tin chi tiết.
Bậc Chi Phí Cùng Trả 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.
Bậc Chi Phí Cùng Trả 5 (Thuốc Đặc Trị)	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.	\$0 - \$12.65 hoặc 25% Tiền đồng bảo hiểm của quý vị phụ thuộc vào số tiền của chương trình Extra Help mà quý vị nhận được.

Để biết thông tin về nhà thuốc nào có thể cấp cho quý vị lượng thuốc dài hạn, xin xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

C4. Kết Thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt đến \$2,100. Tại thời điểm đó, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Chúng tôi đài thọ tất cả chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó cho đến cuối năm.

EOB của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền thuốc quý vị đã trả trong năm. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đã đạt đến mức giới hạn \$2,100. Nhiều người không đạt đến mức này trong một năm.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

E. Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương

Khi quý vị đạt đến mức giới hạn tự trả \$2,100 cho chi phí thuốc của quý vị, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương này cho đến hết năm lịch. Trong giai đoạn này, quý vị không phải trả gì cho thuốc Phần D được đài thọ của mình.

F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ kê toa cho số lượng ít hơn một tháng

Trong một số trường hợp, quý vị trả tiền đồng trả cho lượng thuốc trọn tháng của thuốc được đài thọ. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê toa ít hơn số lượng thuốc đủ dùng cho một tháng.

- Có thể có những thời điểm quý vị muốn yêu cầu bác sĩ của quý vị kê toa ít hơn số lượng thuốc dùng cho một tháng (ví dụ: khi quý vị lần đầu tiên thử dùng một loại thuốc).
- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị không phải trả cho trọn tháng thuốc đối với một số loại thuốc.

Khi được cấp một lượng thuốc ít hơn một tháng, số tiền quý vị trả được dựa trên số ngày thuốc được cấp. Chúng tôi tính số tiền mà quý vị trả mỗi ngày cho thuốc của quý vị ("mức chi phí cùng trả hàng ngày") và nhân với số ngày thuốc được cấp.

- Đây là một ví dụ: Tiền đồng trả cho thuốc của quý vị trọn tháng (số lượng thuốc dùng trong 30 ngày) là \$1.60. Điều này có nghĩa là số tiền mà quý vị trả mỗi ngày cho thuốc của quý vị là dưới \$0.05. Nếu được cấp 7 ngày thuốc, khoản thanh toán của quý vị sẽ dưới \$.05 nhân với 7 ngày, với tổng số tiền thanh toán là dưới \$0.35.
- Phần chi phí cùng trả hàng ngày cho phép quý vị biết chắc chắn là một loại thuốc có tác dụng với quý vị trước khi quý vị trả trọn một tháng thuốc.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của quý vị kê ít hơn số lượng trọn tháng cho một loại thuốc để giúp quý vị:
 - Lên kế hoạch tốt hơn cho việc khi nào mua thêm thuốc của quý vị,
 - Điều phối các lần mua thêm với những thuốc khác mà quý vị đang dùng, và
 - Không phải đến nhà thuốc nhiều lần hơn.

G. Số tiền quý vị trả cho vắc-xin Phần D

Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho các vắc-xin: Một số vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được đài thọ theo Medicare Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy những vắc-xin này được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chương trình chúng tôi đài thọ miễn phí cho hầu hết các vắc-xin Medicare Phần D cho người lớn. Xem *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi hoặc liên lạc ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm và chi phí cùng trả đối với các vắc-xin cụ thể.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Có hai phần bảo hiểm của chúng tôi đối với các vắc-xin Medicare Phần D:

1. Phần thứ nhất là chi phí cho **chính vắc-xin đó**.
2. Phần thứ hai là chi phí **chủng ngừa cho quý vị**. Ví dụ: đôi khi quý vị được chủng ngừa dưới hình thức bác sĩ tiêm cho quý vị.

F1. Điều cần biết trước khi quý vị nhận một vắc-xin

Chúng tôi đề nghị quý vị gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị dự định nhận một vắc-xin.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết chương trình chúng tôi đài thọ vắc-xin của quý vị như thế nào và giải thích phần chia sẻ chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách tiết kiệm chi phí bằng cách dùng nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý cộng tác với chương trình chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới làm việc với chúng tôi để đảm bảo rằng quý vị không trả trước bất cứ chi phí nào cho một loại vắc-xin Medicare Phần D.

F2. Số tiền quý vị trả cho một loại vắc-xin được Medicare Phần D đài thọ

Số tiền quý vị trả cho một loại vắc-xin tùy vào loại vắc-xin (quý vị được chủng ngừa bệnh gì).

- Một số vắc-xin được xem là quyền lợi bảo hiểm hơn là thuốc. Những vắc-xin này được đài thọ miễn phí cho quý vị. Để biết thêm về việc đài thọ cho những vắc-xin này, xin xem Bảng Quyền Lợi ở **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Những vắc-xin khác được xem là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy những vắc-xin này được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi. Quý vị có thể phải trả tiền đồng trả cho những vắc-xin Medicare Phần D. Nếu vắc-xin được khuyến nghị cho người lớn theo một tổ chức có tên là **Ủy Ban Cố Vấn về Thực Hành Chủng Ngừa (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, thì quý vị sẽ không phải trả gì cho vắc-xin đó.

Sau đây là ba cách thông thường mà quý vị có thể nhận vắc-xin Medicare Phần D.

1. Quý vị được cấp vắc-xin Medicare Phần D và được tiêm chủng tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
 - Với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả gì.
 - Với các vắc-xin Phần D khác, quý vị không phải trả gì **hay** phải trả tiền đồng trả cho vắc-xin đó.
2. Quý vị được cấp vắc-xin Medicare Phần D tại văn phòng bác sĩ của quý vị và được bác sĩ của quý vị tiêm thuốc.
 - Quý vị không phải trả gì **hay** phải trả tiền đồng trả cho bác sĩ về vắc-xin này.
 - Chương trình chúng tôi chi trả phần chi phí tiêm chủng cho quý vị.
 - Văn phòng bác sĩ của quý vị nên gọi cho chương trình chúng tôi trong trường hợp này để chúng tôi đảm bảo họ biết quý vị không phải trả gì **hay** chỉ phải trả tiền đồng trả cho vắc-xin này.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

3. Quý vị lấy vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc và mang nó đến văn phòng bác sĩ của quý vị để được bác sĩ tiêm thuốc đó.
 - Với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả gì cho vắc-xin đó.
 - Với các vắc-xin Phần D khác, quý vị không phải trả gì **hay** phải trả tiền đồng trả cho vắc-xin đó.
 - Chương trình chúng tôi chi trả phần chi phí tiêm chủng cho quý vị.



Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẽ chi phí trong hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ

Phần Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và khi nào cần gửi cho chúng tôi hóa đơn để yêu cầu thanh toán. Chương này cũng hướng dẫn cách khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị	167
B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi	170
C. Quyết định bảo hiểm	171
D. Khiếu nại	171



A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của L.A. Care Medicare Plus lập hóa đơn cho quý vị về các dịch vụ hoặc thuốc này. Chúng tôi trực tiếp thanh toán cho các nhà cung cấp của chúng tôi, và chúng tôi bảo vệ không để quý vị phải thanh toán bất kỳ khoản phí nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, đừng thanh toán hóa đơn đó và hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Tham khảo phần B để biết cách gửi hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ.
- Nếu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc, và quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẽ chi phí của mình, thì quý vị có quyền được hoàn trả.
 - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, thì chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã nhận được, thì quý vị có thể đủ điều kiện được hoàn tiền lại (hoàn trả) nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
 - Dịch vụ mà quý vị nhận là dịch vụ được Medi-Cal đài thọ mà chúng tôi có trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không hoàn tiền lại cho dịch vụ không được L.A. Care Medicare Plus đài thọ.
 - Quý vị đã nhận các dịch vụ được đài thọ sau khi trở thành hội viên L.A. Care Medicare Plus hội đủ điều kiện.
 - Quý vị yêu cầu được hoàn trả trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ được đài thọ.
 - Quý vị cung cấp bằng chứng rằng quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được đài thọ, chẳng hạn như biên lai chi tiết từ nhà cung cấp dịch vụ.
 - Quý vị đã nhận dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp dịch vụ đã tham gia Medi-Cal trong hệ thống của L.A. Care Medicare Plus. Quý vị không đáp ứng điều kiện này nếu quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống thực hiện mà không cần phê duyệt trước (sự chấp thuận trước).
- Nếu dịch vụ được đài thọ thường cần phê duyệt trước (sự chấp thuận trước), thì quý vị cần cung cấp bằng chứng từ nhà cung cấp dịch vụ cho thấy sự cần thiết về mặt y khoa cho dịch vụ được đài thọ đó.
- Nếu L.A. Care Medicare Plus hoàn tiền lại cho quý vị, họ sẽ thông báo cho quý vị qua thư Thông Báo Hành Động. Nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện trên, nhà cung cấp dịch vụ đã tham gia Medi-Cal phải hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Nếu nhà cung cấp dịch vụ từ chối hoàn trả, thì L.A. Care Medicare Plus sẽ hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền mà quý vị đã thanh toán. Chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước.
Để biết thêm thông tin, xin truy cập medicare.lacare.org.

quý vị trong vòng 45 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu xin bồi hoàn. Nếu nhà cung cấp dịch vụ đã tham gia Medi-Cal, nhưng không nằm trong hệ thống của chúng tôi và từ chối hoàn trả, thì L.A. Care Medicare Plus sẽ hoàn trả cho quý vị, nhưng chỉ tối đa bằng số tiền mà FFS Medi-Cal sẽ thanh toán. L.A. Care Medicare Plus sẽ hoàn trả cho quý vị toàn bộ số tiền tự chi trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống thực hiện mà không cần phê duyệt trước. Nếu quý vị không đáp ứng một trong các điều kiện trên, thì chúng tôi sẽ không hoàn trả cho quý vị.

- Chúng tôi sẽ không hoàn trả cho quý vị nếu:
 - Quý vị đã yêu cầu và nhận các dịch vụ không được Medi-Cal đài thọ, như dịch vụ thẩm mỹ.
 - Dịch vụ không phải là dịch vụ được đài thọ đối với L.A. Care Medicare Plus.
 - Quý vị đến thăm khám với bác sĩ không chấp nhận Medi-Cal và quý vị đã ký tên vào biểu mẫu cho biết quý vị vẫn muốn được thăm khám và quý vị sẽ tự thanh toán cho dịch vụ.
- Nếu chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Hãy liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có thắc mắc. Nếu quý vị không rõ mình phải thanh toán những khoản chi phí nào, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn và không biết cần phải làm gì, thì chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị. Quý vị cũng có thể gọi chúng tôi nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Ví dụ về các trường hợp quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được:

1. Khi quý vị nhận dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe khẩn cấp từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống

Hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ gửi hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu quý vị thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẽ chi phí của chúng tôi. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng thanh toán của quý vị.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu thanh toán cho dịch vụ mà quý vị cho rằng mình không phải có nghĩa vụ chi trả. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng thanh toán của quý vị.
 - Nếu cần thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho họ.
 - Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẽ chi phí của mình cho dịch vụ Medicare, thì chúng tôi sẽ xác định số tiền quý vị có nghĩa vụ trả và hoàn trả cho quý vị phần chia sẽ chi phí của chúng tôi.

2. Khi nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống gửi hóa đơn cho quý vị

Các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống phải luôn lập hóa đơn với chúng tôi. Quý vị cần xuất trình Thẻ ID Hội Viên khi nhận dịch vụ hoặc thuốc theo toa; tuy nhiên, đôi khi, nhà



cung cấp dịch vụ trong hệ thống có thể nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của quý vị hoặc thanh toán nhiều hơn phần chia sẽ chi phí của quý vị. **Hãy gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên** theo số điện thoại ở cuối trang này **nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Là hội viên của chương trình, quý vị chỉ thanh toán khoản đồng trả khi quý vị nhận các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp dịch vụ lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền này. Điều này vẫn đúng ngay cả khi số tiền chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ ít hơn số tiền họ tính cho một dịch vụ. Ngay cả khi chúng tôi quyết định không thanh toán cho một số chi phí, thì quý vị vẫn không phải thanh toán những chi phí đó.
- Bất cứ khi nào nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống mà quý vị cho rằng số tiền nhiều hơn số tiền cần thanh toán, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ và giải quyết vấn đề.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, nhưng quý vị cho rằng mình đã phải thanh toán quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng thanh toán của quý vị. Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị chi phí các dịch vụ được đài thọ **hoặc** khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị có nghĩa vụ chi trả theo chương trình.

3. Nếu việc ghi danh vào chương trình của quý vị có hiệu lực từ một ngày trong quá khứ

Đôi khi, việc ghi danh vào chương trình của quý vị có thể có hiệu lực từ một ngày trong quá khứ. (Điều này có nghĩa là đã qua ngày ghi danh đầu tiên của quý vị. Ngày này có thể đã từ năm ngoái.)

- Nếu việc ghi danh vào chương trình của quý vị có hiệu lực từ một ngày trong quá khứ và quý vị nhận được hóa đơn sau ngày ghi danh, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị.
- Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng thanh toán của quý vị.

4. Khi quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài hệ thống để mua thuốc theo toa

Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài hệ thống, thì quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa của quý vị.

- Chúng tôi sẽ chỉ đài thọ cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài hệ thống chỉ trong một vài trường hợp. Hãy gửi bản sao biên nhận của quý vị cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả khoản chia sẽ chi phí của chúng tôi.
- Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về nhà thuốc ngoài hệ thống.
- Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán cho thuốc tại nhà thuốc ngoài hệ thống và số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán tại nhà thuốc trong hệ thống.



5. Khi quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D vì quý vị không mang theo thẻ ID Hội Viên

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên, thì quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tìm thông tin ghi danh vào chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không thể tìm được thông tin ngay, thì quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của thuốc theo toa hoặc quay lại nhà thuốc sau với Thẻ ID Hội Viên.
- Hãy gửi bản sao biên nhận của quý vị cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả khoản chia sẽ chi phí của chúng tôi.
- Chúng tôi có thể không hoàn trả toàn bộ chi phí quý vị đã thanh toán nếu giá tiền mà quý vị đã thanh toán cao hơn giá thương lượng của chúng tôi đối với thuốc theo toa đó.

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D cho một loại thuốc không được đài thọ

Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì thuốc này không được đài thọ.

- Thuốc này có thể không có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Sách Thuốc)* trên trang mạng của chúng tôi, hoặc có thể có yêu cầu hoặc giới hạn mà quý vị không biết hoặc cho rằng không áp dụng với quý vị. Nếu quyết định lấy thuốc đó, quý vị có thể cần phải thanh toán toàn bộ chi phí.
 - Nếu quý vị không thanh toán cho thuốc đó nhưng cho rằng chúng tôi nên đài thọ, thì quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên*) này.
 - Nếu quý vị và bác sĩ hoặc chuyên viên y tế cho toa khác cho rằng quý vị cần thuốc ngay, (trong vòng 24 giờ), thì quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này).
- Vui lòng gửi một bản sao biên nhận cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác để hoàn trả cho quý vị phần chia sẽ chi phí thuốc của chúng tôi. Chúng tôi có thể sẽ không hoàn trả toàn bộ chi phí mà quý vị đã thanh toán nếu giá tiền quý vị đã thanh toán cao hơn giá thương lượng của chúng tôi đối với thuốc theo toa đó.

Khi quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ duyệt xét yêu cầu và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc này có cần được đài thọ hay không. Đây được gọi là “quyết định bảo hiểm”. Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ hoặc thuốc đó sẽ được đài thọ, thì chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẽ chi phí của chúng tôi.

Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Để tìm hiểu thêm về cách khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.



B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi

Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng thanh toán mà quý vị đã thực hiện cho các dịch vụ Medicare. Bằng chứng thanh toán có thể là một bản sao chi phiếu quý vị đã viết hay biên nhận từ nhà cung cấp dịch vụ. **Quý vị nên lưu lại bản sao của hóa đơn và biên nhận vào hồ sơ của mình.** Quý vị có thể yêu cầu Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc trợ giúp. Quý vị phải gửi thông tin cho chúng tôi trong vòng 365 ngày kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

Gửi yêu cầu thanh toán cùng với hóa đơn hoặc biên nhận đến địa chỉ sau:

L.A. Care Health Plan
Attn: Member Reimbursement Requests
P.O. Box 811610
Los Angeles, CA 90081

Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. *Quý vị cũng có thể gửi yêu cầu thanh toán cùng với biên nhận qua fax đến 213-438-5012*

C. Quyết định bảo hiểm

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ quyết định liệu chương trình của chúng tôi có đài thọ cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định số tiền mà quý vị phải thanh toán, nếu có.

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó và quý vị đã tuân theo tất cả quy tắc, thì chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẽ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, thì chúng tôi sẽ gửi séc cho quý vị với số tiền quý vị đã thanh toán **hoặc** phần chia sẽ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí của một loại thuốc, thì quý vị có thể không được hoàn trả toàn bộ số tiền đã thanh toán (ví dụ, nếu quý vị mua thuốc tại một nhà thuốc ngoài hệ thống hoặc nếu giá tiền quý vị trả cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng). Nếu quý vị chưa thanh toán, thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ.

Chương 3 của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích các quy tắc để dịch vụ được đài thọ.

Chương 5 của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích các quy tắc để thuốc Medicare Phần D của quý vị được đài thọ.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần chia sẽ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo nêu rõ lý do. Thư đó cũng sẽ giải thích các quyền quý vị trong việc nộp khiếu nại.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9**.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

D. Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã sai khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của chúng tôi. Điều này được gọi là "khiếu nại". Quý vị cũng có thể khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với số tiền mà chúng tôi thanh toán.

Quy trình khiếu nại chính thức có những thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này:

- Để khiếu nại về việc được hoàn trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Mục F**.
- Để khiếu nại về việc được hoàn trả cho một loại thuốc, hãy tham khảo **Mục G**.



Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Phần Giới Thiệu

Chương này bao gồm các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi. Chúng tôi phải tôn trọng quyền của quý vị. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị	173
B. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ.....	184
C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị	185
C1. Cách thức chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị	185
C2. Quyền xem xét hồ sơ y tế của quý vị.....	186
D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị.....	186
E. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống không được phép lập hóa đơn trực tiếp với quý vị	187
F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi	187
G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.....	188
G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định.....	188
G2. Quyền cho biết nguyện vọng của quý vị phòng khi quý vị không thể đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho bản thân	188
G3. Những việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ	189
H. Quyền của quý vị về việc khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định của mình.....	189
H1. Phải làm gì khi bị đối xử không công bằng hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị.....	190
I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình	190



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.
- Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.



A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina “solicitud permanente”. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

A. Ծառայություններ և եղեկություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հարմար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հարմար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հմոնգ, ճապոներեն, լատներեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ:
Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:



Եթե մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ կապված դժվարություններ ունեք՝ լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով, և ցանկանում եք բոլոր ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានស្របតាមតម្រូវការ

យើងត្រូវតែធានាថា **រាល់**សេវាកម្មទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកស្របតាមសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងតាមលទ្ធភាពដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះតាមរបៀបណាមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- សេវាបកប្រែមាននៅទីនេះ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងៗក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ចិន ពុនចាប៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន ឡាវ ម៉ុងហ្គោល កម្ពុជា ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស៉្បាញ តាហ្គីក ថៃ អ៊ុយក្រែន និង វៀតណាម រួមទាំងជាន់ម្តងផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

L.A. Care Medicare Plus

Attn: Member Services Department

1200 West 7th Street

Los Angeles, CA 90017

- ភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការបានជានិច្ច។ ការស្នើសុំនេះហៅថាសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ យើងនឹងតាមដានសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬជាន់ទម្រង់ផ្សេងទៀតនោះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ (833) 522-3767, TTY: 711, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកតំណាងអាចជួយអ្នកស្នើសុំ ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិបាន។
- សមាជិកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំទាក់ទងនឹងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវសមាជិករបស់សាប័ន។



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

- អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។
- អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។
- អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។
- អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។
- អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-633-4227 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 **모든** 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.
- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 편자브어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 멘어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24 시간, 연중무휴 언제든지 이용하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Вы можете попросить, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на нужном вам языке или в формате. Это называется постоянным запросом. Мы будем отслеживать ваш постоянный запрос, поэтому вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию. Чтобы получить этот документ на языке, отличном от английского, и/или в альтернативном формате, обратитесь в Службу поддержки участников по телефону (833) 522-3767, линия TTY 711, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Представитель может помочь вам составить или изменить постоянный запрос.
- У участников есть право вносить рекомендации, касающиеся правил о правах участников организации и их обязанностей.

Если вам трудно получить информацию от нашего плана по причине языкового барьера или инвалидности, и вы хотите подать жалобу, позвоните:



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- в офис Управления по гражданским правам программы Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Пользователям линии ТТУ следует звонить 711. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 711.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Линия ТТУ: 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang **lahat** ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Pero makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwede kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisong Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (833) 522-3767、TTY: 711 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。代表可協助您提出或變更長期申請。

- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。

A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để yêu cầu thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn than phiền, xin gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi 1-877-486-2048.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-537-7697.

A. **حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك**

يجب أن نتأكد من تقديم **كافة** الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإجابة على أسئلة بلغات مختلفة.
- خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

برنامج L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
West 7th Street 1200
Los Angeles, CA 90017

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم TTY: 711، 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
- يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:

- برنامج Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.



B. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc đảm bảo quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ

Quý vị có các quyền với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi.

- Quý vị có quyền chọn một nhà bác sĩ gia đình (Primary Care Provider, PCP) trong hệ thống của chúng tôi. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là một nhà cung cấp cộng tác với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về loại nhà cung cấp dịch vụ có thể làm PCP và cách chọn PCP trong **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
 - Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc truy cập *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống và bác sĩ nào hiện đang tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền được thăm khám với một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là sự chấp thuận của PCP cho phép quý vị được thăm khám với một nhà cung cấp dịch vụ không phải PCP.
- Quý vị có quyền nhận được các dịch vụ được đài thọ từ các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống trong thời gian hợp lý.
 - Điều này bao gồm cả quyền được bác sĩ chuyên khoa cung cấp dịch vụ kịp thời.
 - Nếu quý vị không nhận được dịch vụ trong thời gian hợp lý, chúng tôi phải chi trả cho việc chăm sóc ngoài hệ thống.
- Quý vị có quyền nhận được dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà không cần có sự phê duyệt trước (prior approval, PA).
- Quý vị cũng có quyền lấy thuốc theo toa tại bất cứ nhà thuốc nào trong hệ thống của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.
- Quý vị có quyền được biết khi nào quý vị có thể đến khám với một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. Để biết về nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống, hãy tham khảo **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Khi quý vị lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại và các chấp thuận dịch vụ tối đa 12 tháng nếu đáp ứng một số điều kiện. Để biết thêm về việc giữ lại các nhà cung cấp dịch vụ và chấp thuận dịch vụ của quý vị, hãy tham khảo **Chương 1** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Quý vị có quyền tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho chính mình với sự giúp đỡ của đội ngũ chăm sóc và Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc.

Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này cho biết điều quý vị có thể làm nếu cho rằng mình không nhận được dịch vụ hay thuốc trong một thời gian hợp lý. Chương này còn cho biết quý vị có thể làm gì nếu chúng tôi từ chối bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (personal health information, PHI) của quý vị theo quy định của luật pháp liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị bao gồm thông tin cá nhân mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh vào chương trình. Ngoài ra, PHI cũng bao gồm hồ sơ y tế cùng thông tin y tế và sức khỏe khác.

Quý vị có quyền liên quan đến thông tin của quý vị và kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo về những quyền này, và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là "Thông Báo về Việc Giữ Thông Tin Riêng Tư".

Những hội viên đồng ý nhận các dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải có được sự chấp thuận của bất kỳ hội viên nào khác để nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc gửi đơn xin bồi hoàn cho các dịch vụ nhạy cảm. L.A. Care Medicare Plus sẽ gửi các thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm đến địa chỉ gửi thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại được chỉ định thay thế của một hội viên hoặc, trong trường hợp không có chỉ định, theo tên của hội viên tại địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. L.A. Care Medicare Plus sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ hội viên nào khác mà không có sự chấp thuận bằng văn bản từ hội viên đang nhận dịch vụ chăm sóc. L.A. Care Medicare Plus sẽ đáp ứng các yêu cầu về trao đổi thông tin bảo mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu việc trao đổi thông tin đó có thể dễ dàng được thực hiện theo hình thức và định dạng được yêu cầu, hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu của hội viên về thông tin liên lạc bảo mật liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên thu hồi yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới về thông tin liên lạc bảo mật.

Chương trình có thể yêu cầu các hội viên đưa ra yêu cầu về thông tin liên lạc bảo mật bằng văn bản hoặc qua phương tiện điện tử.

C1. Cách thức chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi đảm bảo việc ngăn những người không có thẩm quyền xem hoặc sửa đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp ghi bên dưới, chúng tôi không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai không tham gia cung cấp hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu chúng tôi làm việc đó, chúng tôi bắt buộc phải có văn bản cho phép của quý vị trước. Quý vị hoặc người được ủy quyền hợp pháp đưa ra quyết định thay quý vị có thể cung cấp văn bản cho phép.

Đôi khi, chúng tôi không cần văn bản cho phép của quý vị. Những ngoại lệ bên dưới được luật pháp cho phép hay quy định:

- Chúng tôi phải tiết lộ PHI cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra chất lượng chăm sóc của chúng tôi.
- Chúng tôi có thể tiết lộ PHI theo phán lệnh của tòa, nhưng chỉ khi điều đó được luật pháp California cho phép.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare, bao gồm thông tin về thuốc Medicare Phần D. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị cho mục đích nghiên cứu hoặc các mục đích sử dụng khác, họ sẽ thực hiện việc này theo luật pháp liên bang. Nếu quý vị có cả hai bảo hiểm Medicare và Medi-Cal, để phục vụ quý vị tốt hơn và cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, chúng tôi có thể cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho Medi-Cal. Nếu Medi-Cal tiết lộ hoặc sử dụng thông tin của quý vị, việc này sẽ được thực hiện theo luật pháp liên bang. Theo quy định của pháp luật, khi các đối tác kinh doanh của chúng tôi làm việc với chúng tôi, họ cũng phải bảo vệ quyền riêng tư của bất kỳ PHI nào chúng tôi chia sẻ với họ và không được phép cung cấp PHI cho các bên khác, trừ khi được pháp luật và thông báo này cho phép.

C2. Quyền xem xét hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị được quyền xem và nhận bản sao hồ sơ y tế của mình.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm vậy, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có nên sửa đổi không.
- Quý vị có quyền biết liệu chúng tôi có chia sẻ PHI của quý vị với người khác cho bất kỳ mục đích nào không thông thường hay không và chia sẻ như thế nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư đối với PHI của quý vị, hãy gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên.

D. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về quyền giữ thông tin riêng tư của mình bằng cách yêu cầu một bản Thông Báo về Việc Giữ Thông Tin Riêng Tư (NOPP) của chúng tôi. NOPP hiện có trên trang mạng của chúng tôi (medicare.lacare.org) hoặc gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị

Với tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin về chương trình, nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống và các dịch vụ được đài thọ từ chúng tôi.

Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên để giải đáp bất cứ thắc mắc nào của quý vị về chương trình của chúng tôi. Để nhận dịch vụ thông dịch viên, hãy gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên. Đây là dịch vụ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể nhận miễn phí tài liệu cho hội viên bằng các ngôn ngữ khác, như Tiếng Ả-rập, Tiếng Armenia, Tiếng Trung, Tiếng Hàn, Tiếng Campuchia, Tiếng Ba Tư, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog và Tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc dạng âm thanh.

Nếu quý vị cần thông tin về bất cứ điều gì sau đây, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Thông tin về chương trình của chúng tôi, bao gồm:



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- thông tin tài chính
- các hội viên của chương trình đánh giá chúng tôi như thế nào
- số lượng đơn khiếu nại hội viên đã nộp
- cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Các nhà cung cấp dịch vụ cùng các nhà thuốc trong hệ thống, bao gồm:
 - cách chọn hoặc thay đổi bác sĩ gia đình
 - trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi
 - cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi
- Các dịch vụ và thuốc được đài thọ, bao gồm:
 - các dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này) được chương trình của chúng tôi đài thọ
 - giới hạn về phạm vi bảo hiểm và thuốc của quý vị
 - các quy định mà quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc được đài thọ
- Lý do một số dịch vụ hoặc thuốc không được đài thọ và quý vị có thể làm gì với việc đó (tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này), bao gồm việc yêu cầu chúng tôi:
 - đưa ra văn bản giải thích lý do một số dịch vụ hoặc thuốc không được đài thọ
 - thay đổi một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra
 - thanh toán cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được

E. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống không được phép lập hóa đơn trực tiếp với quý vị

Bác sĩ, bệnh viện, và những nhà cung cấp khác trong hệ thống của chúng tôi không thể bắt quý vị thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ. Họ cũng không được phép lập hóa đơn bổ sung hoặc tính phí quý vị nếu chúng tôi thanh toán ít hơn số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ tính. Để biết cần làm gì nếu một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống tìm cách tính phí quý vị cho các dịch vụ được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 7** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi

Không ai có thể buộc quý vị ở lại chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền nhận được hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình Original Medicare hay một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc Medicare Phần D từ một chương trình thuốc hoặc chương trình MA khác.
- Tham khảo **Chương 10** của *Cẩm Nang Hội Viên* này:
 - Để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia chương trình MA hoặc chương trình quyền lợi thuốc mới.
 - Để biết thông tin về cách nhận quyền lợi Medi-Cal nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền nhận được toàn bộ thông tin từ bác sĩ của quý vị và những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định

Các nhà cung cấp phải giải thích cho quý vị biết tình trạng của quý vị và những lựa chọn điều trị theo cách quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Được biết những lựa chọn của mình.** Quý vị có quyền được cho biết về tất cả các lựa chọn điều trị.
- **Biết những nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết về mọi nguy cơ có liên quan. Chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị nếu bất cứ dịch vụ hay biện pháp điều trị nào là một phần của nghiên cứu thử nghiệm. Quý vị có quyền từ chối các phương pháp điều trị thử nghiệm.
- **Xin ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền thăm khám với một bác sĩ khác trước khi quyết định điều trị.
- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối bất cứ điều trị nào. Điều này bao gồm cả quyền được rời bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ quý vị khuyên quý vị ở lại. Quý vị có quyền ngưng dùng thuốc được kê toa. Nếu quý vị từ chối điều trị hay ngưng dùng thuốc được kê toa, chúng tôi sẽ không chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc muốn ngưng dùng thuốc có toa, quý vị chịu hoàn toàn trách nhiệm về những gì xảy ra sau đó.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích cho quý vị lý do nhà cung cấp dịch vụ từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền được giải thích lý do nhà cung cấp dịch vụ từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cho rằng mình đáng lẽ phải được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho một dịch vụ hoặc thuốc đã bị chúng tôi từ chối hoặc thường không được đòi hỏi.** Điều này được gọi là quyết định bảo hiểm. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này có thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm từ chúng tôi.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

G2. Quyền cho biết nguyện vọng của quý vị phòng khi quý vị không thể đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho bản thân

Đôi khi người ta không thể đưa ra quyết định cho việc chăm sóc sức khỏe của chính mình. Trước khi điều đó xảy ra cho mình, quý vị có thể:

- Điền biểu mẫu bằng văn bản **ủy quyền cho một người khác đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho quý vị** trong trường hợp quý vị không còn khả năng tự quyết định.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản chỉ dẫn** để bác sĩ biết phải làm gì khi chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không còn khả năng tự quyết định, bao gồm cả những hình thức chăm sóc mà quý vị **không** muốn sử dụng.

Văn bản pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra chỉ dẫn được gọi là "chỉ thị trước". Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và tên khác nhau dành cho chúng. Ví dụ: di chúc y tế và giấy ủy quyền pháp lý về việc chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc phải có chỉ thị trước, nhưng có thể chuẩn bị một bản nếu muốn. Sau đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Lấy biểu mẫu chỉ thị trước.** Quý vị có thể lấy biểu mẫu từ bác sĩ của quý vị, luật sư, nhân viên xã hội hoặc một số cửa hàng văn phòng phẩm. Các nhà thuốc và văn phòng nhà cung cấp dịch vụ cũng thường có biểu mẫu này. Quý vị có thể tìm và tải xuống một biểu mẫu trực tuyến miễn phí.
- **Điền và ký tên vào biểu mẫu.** Biểu mẫu này là một tài liệu pháp lý. Hãy cân nhắc việc nhờ luật sư hoặc người mà quý vị tin tưởng, như thành viên trong gia đình hoặc PCP của quý vị, giúp quý vị hoàn thành biểu mẫu này.
- **Cung cấp bản sao biểu mẫu cho những người cần biết.** Cung cấp bản sao biểu mẫu cho bác sĩ của quý vị. Quý vị cũng nên cung cấp một bản sao cho người mà quý vị chỉ định làm người đưa ra quyết định thay cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định. Quý vị cũng có thể cần cung cấp một bản sao cho bạn thân hoặc thành viên trong gia đình. Giữ một bản sao tại nhà.
- Nếu quý vị sắp nhập viện và quý vị đã có biểu mẫu chỉ thị trước đã ký tên, **hãy mang theo một bản sao khi vào bệnh viện.**
 - Bệnh viện sẽ hỏi quý vị có biểu mẫu chỉ thị trước đã ký tên hay không và quý vị có mang theo văn bản này hay không.
 - Nếu quý vị chưa chuẩn bị chỉ thị trước, thì bệnh viện có sẵn biểu mẫu và sẽ hỏi xem quý vị có muốn ký hay không.

Quý vị có quyền:

- Yêu cầu đưa chỉ thị trước vào hồ sơ y tế của quý vị.
- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị trước của mình bất cứ lúc nào.
- Tìm hiểu về những thay đổi đối với các luật về chỉ thị trước. L.A. Care Medicare Plus sẽ cho quý vị biết về những thay đổi trong luật pháp tiểu bang không quá 90 ngày sau khi có sự thay đổi.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

Theo luật, không ai được phép từ chối chăm sóc hoặc phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị đã ký vào chỉ thị trước hay chưa. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

G3. Những việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ

Nếu quý vị đã ký một bản chỉ thị trước và cho rằng một bác sĩ hay bệnh viện đã không làm theo những hướng dẫn trong đó, thì quý vị có thể khiếu nại với *Văn Phòng Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên* theo số 1-888-452-8609, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

H. Quyền của quý vị về việc khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định của mình

Chương 9 của *Cẩm Nang Hội Viên* này cho biết quý vị có thể làm gì nếu gặp vấn đề hoặc có lo ngại về dịch vụ hoặc việc chăm sóc được đài thọ của quý vị. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, khiếu nại để thay đổi một quyết định bảo hiểm, hay than phiền.

Quý vị có quyền nhận thông tin về các khiếu nại và than phiền mà những hội viên khác trong chương trình đã nộp cho chúng tôi. Hãy gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để nhận được thông tin này.

H1. Phải làm gì khi bị đối xử không công bằng hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đối xử không công bằng với quý vị – và đây **không phải là** hành vi phân biệt đối xử vì những lý do được nêu trong **Chương 11** của *Cẩm Nang Hội Viên* này – hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình, thì quý vị có thể gọi đến:

- Ban Dịch Vụ Hội Viên.
- Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222. Để biết thông tin chi tiết về HICAP, hãy tham khảo **Chương 2**.
- Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên Medi-Cal theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm thông tin chi tiết về chương trình này, hãy tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hay tải xuống “Medicare Rights & Protections” (Quyền và Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare) trên trang mạng của Medicare tại www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Với tư cách là hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những điều được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có điều gì thắc mắc, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên.

- **Đọc *Cẩm Nang Hội Viên*** để biết những dịch vụ và thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ và các quy định cần tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết thêm thông tin chi tiết về:



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- Các dịch vụ được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này. Các chương này cho quý vị biết những dịch vụ được và không được đài thọ, những quy định mà quý vị cần tuân theo và số tiền quý vị phải thanh toán.
- Các thuốc được đài thọ, hãy tham khảo **Chương 5 và 6** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- **Thông báo cho chúng tôi về bất cứ bảo hiểm y tế hay thuốc nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sử dụng tất cả các quyền lợi bảo hiểm của quý vị khi được chăm sóc sức khỏe. Hãy gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có bảo hiểm khác.
- **Thông báo cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác** biết rằng quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi. Xuất trình Thẻ ID Hội Viên khi quý vị nhận dịch vụ hoặc lấy thuốc.
- **Hợp tác với bác sĩ** và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để họ có thể mang lại cho quý vị dịch vụ chăm sóc tốt nhất.
 - Hãy cung cấp cho họ thông tin họ cần về quý vị và tình trạng sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu càng nhiều càng tốt về vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị thỏa thuận.
 - Đảm bảo bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác biết về tất cả các loại thuốc quý vị dùng. Những thuốc này bao gồm thuốc theo toa, thuốc không cần toa, vitamin và các chất bổ sung.
 - Nêu ra bất kỳ thắc mắc nào quý vị có. Bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ khác phải giải thích vấn đề theo cách mà quý vị có thể hiểu. Nếu quý vị đưa ra thắc mắc và không hiểu lời giải đáp, hãy hỏi lại một lần nữa.
 - Sử dụng có trách nhiệm Phòng Cấp Cứu; trong trường hợp cấp cứu hoặc theo chỉ dẫn của đội ngũ chăm sóc sức khỏe.
- **Làm việc với đội ngũ nhân viên quản lý việc chăm sóc của quý vị** bằng cách tham gia vào chương trình chăm sóc của quý vị và hoàn tất đánh giá rủi ro sức khỏe hàng năm.
- **Quan tâm đến người khác.** Chúng tôi kỳ vọng tất cả các hội viên của chương trình đều tôn trọng quyền của những người khác. Chúng tôi cũng mong quý vị cư xử tôn trọng với tất cả các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tham gia chăm sóc cho quý vị, bao gồm nhân viên quản lý việc chăm sóc, đại diện ban dịch vụ hội viên cũng như nhân viên tại văn phòng của bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ khác.
- **Thanh toán số tiền quý vị có nghĩa vụ chi trả.** Là hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm thanh toán các khoản sau đây:
 - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với đa số hội viên của chương trình, Medi-Cal chi trả lệ phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B cho quý vị.
 - Đối với một số loại thuốc của quý vị được chương trình đài thọ, quý vị phải thanh toán



phần chia sẻ chi phí khi lấy thuốc. Đó là khoản đồng thanh toán/đồng trả **Chương 6** cho biết số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc của mình.

- **Nếu quý vị sử dụng bất kỳ dịch vụ hoặc loại thuốc nào không được chương trình đài thọ, thì quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí.** (Lưu ý: Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không đài thọ của chúng tôi, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** để biết cách khiếu nại.)
- **Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở.** Nếu quý vị dự định chuyển chỗ ở, hãy cho chúng tôi biết ngay lập tức. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên.
 - **Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi, thì quý vị không thể tiếp tục tham gia trong chương trình chúng tôi.** Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể trở thành hội viên của chương trình này. **Chương 1** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này cho biết về khu vực phục vụ của chúng tôi.
 - Chúng tôi có thể giúp quý vị xác định xem quý vị có đang chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi hay không.
 - Hãy thông báo cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển chỗ ở. Tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết số điện thoại cho Medicare và Medi-Cal.
 - **Nếu quý vị chuyển chỗ ở và vẫn ở trong phạm vi khu vực phục vụ của chúng tôi, thì chúng tôi cũng cần biết điều này.** Chúng tôi cần cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách nào để liên lạc với quý vị.
 - **Nếu quý vị chuyển chỗ ở, hãy thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt).**
- **Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị có số điện thoại mới hoặc có cách liên lạc khác.**
- **Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.**



Chương 9: Những việc cần làm khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, than phiền)

Phần Giới Thiệu

Chương này trình bày thông tin về quyền của quý vị. Xin đọc chương này để tìm hiểu những điều cần làm nếu:

- Quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền về chương trình của quý vị.
- Quý vị cần một dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà chương trình của quý vị đã thông báo là sẽ không thanh toán.
- Quý vị không đồng ý với một quyết định mà chương trình của quý vị đã đưa ra về dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được đài thọ của quý vị chấm dứt quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị, bao gồm Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS) và các dịch vụ tại Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facility, NF).

Chương này gồm nhiều phần khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thấy những gì quý vị cần tìm. **Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại, xin đọc những phần trong chương này liên quan đến trường hợp của quý vị.**

Quý vị cần nhận được các dịch vụ chăm sóc y tế, thuốc, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết cho việc chăm sóc cho quý vị, như một phần trong kế hoạch chăm sóc cho quý vị. **Nếu quý vị đang có vấn đề với dịch vụ chăm sóc cho quý vị, quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077 để được trợ giúp.** Chương này giải thích những lựa chọn khác nhau mà quý vị có đối với những vấn đề và than phiền khác nhau, nhưng quý vị luôn luôn có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên để được hướng dẫn giải quyết vấn đề. Để biết về các nguồn hỗ trợ khác để giải quyết những lo ngại của quý vị và cách liên lạc với họ, hãy tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hay có lo ngại	194
A1. Về các thuật ngữ pháp lý	194
B. Nơi nhận trợ giúp	194
B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp	194
C. Hiểu về các than phiền và khiếu nại Medicare và Medi-Cal trong chương trình chúng tôi	196
D. Các vấn đề về quyền lợi của quý vị	196



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

E.	Quyết định bảo hiểm và khiếu nại	196
E1.	Quyết định bảo hiểm	196
E2.	Khiếu nại	197
E3.	Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và khiếu nại	197
E4.	Mục nào trong chương này có thể giúp quý vị	198
F.	Chăm sóc y tế	199
F1.	Sử dụng mục này	199
F2.	Yêu cầu quyết định bảo hiểm	200
F3.	Khiếu Nại Cấp 1	201
F4.	Khiếu Nại Cấp 2	204
F5.	Vấn đề về thanh toán	212
G.	Thuốc Medicare Phần D	213
G1.	Quyết định bảo hiểm và khiếu nại về Medicare Phần D	213
G2.	Ngoại lệ của Medicare Phần D	214
G3.	Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu một ngoại lệ	215
G4.	Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ	216
G5.	Khiếu Nại Cấp 1	218
G6.	Khiếu Nại Cấp 2	220
H.	Yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho thời gian nằm viện lâu hơn	221
H1.	Tìm hiểu về quyền Medicare của quý vị	222
H2.	Khiếu Nại Cấp 1	223
H3.	Khiếu Nại Cấp 2	225
I.	Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi hỏi một số dịch vụ y tế	225
I1.	Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc	226
I2.	Khiếu Nại Cấp 1	226
I3.	Khiếu Nại Cấp 2	228
J.	Tiến hành khiếu nại lên trên Cấp 2	229
J1.	Những bước cần làm tiếp theo đối với dịch vụ và vật dụng Medicare	229
J2.	Các khiếu nại Medi-Cal bổ sung	230
J3.	Các Khiếu Nại Cấp 3, 4, và 5 đối với các Yêu Cầu Thuốc Medicare Phần D	232
K.	Cách nộp đơn than phiền	234
K1.	Nên than phiền đối với những loại vấn đề nào	234
K2.	Than phiền nội bộ	235
K3.	Than phiền bên ngoài	237



A. Những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hay có lo ngại

Chương này giải thích cách xử lý vấn đề và lo ngại. Quy trình mà quý vị sử dụng phụ thuộc vào loại vấn đề của quý vị. Sử dụng một quy trình cho **quyết định bảo hiểm và khiếu nại** và một quy trình khác cho **than phiền** (còn gọi là phàn nàn).

Để đảm bảo tính công bằng và nhanh chóng, mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, thủ tục và hạn chót mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Trong chương này có các thuật ngữ pháp lý về một số quy định và hạn chót. Nhiều thuật ngữ trong số này có thể khó hiểu, vì thế chúng tôi dùng những từ đơn giản hơn thay vì dùng một số thuật ngữ pháp lý khi có thể. Chúng tôi hạn chế tối thiểu việc dùng chữ viết tắt.

Ví dụ, chúng tôi sử dụng:

- "Than phiền" thay vì "nộp đơn than phiền"
- "Quyết định bảo hiểm" thay vì "quyết định của tổ chức", "xác định quyền lợi", "xác định vấn đề" hoặc "xác định quyền lợi bảo hiểm"
- "Quyết định bảo hiểm nhanh" thay vì "xác định cấp tốc"
- "Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập" (Independent Review Organization, IRO) thay vì "Thực Thể Duyệt Xét Độc Lập" (Independent Review Entity, IRE)

Việc biết thuật ngữ pháp lý chính xác có thể giúp cho quý vị truyền đạt được rõ ràng hơn, vì thế chúng tôi cũng dùng những từ này để trình bày.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp

Đôi khi, việc bắt đầu hoặc thực hiện quy trình giải quyết một vấn đề có thể khiến quý vị bối rối. Điều này càng đúng nếu quý vị không được khỏe hay không có nhiều sức lực. Trong những trường hợp khác, quý vị có thể không có thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Trợ giúp từ Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi và Tư Vấn về Bảo Hiểm Sức Khỏe

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Các nhân viên tư vấn HICAP có thể trả lời những thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết cách xử lý vấn đề của quý vị. HICAP không liên kết với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP có nhiều tư vấn viên đã được đào tạo trong mỗi quận, và những dịch vụ này là miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên của Medicare Medi-Cal

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên của Medicare Medi-Cal và trao đổi với một nhân viên bảo vệ quyền lợi về các câu hỏi liên quan đến bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Họ cũng có thể trợ giúp về pháp lý miễn phí. Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên không liên kết với chúng tôi hoặc với bất cứ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-855-501-3077 và trang mạng của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập trang mạng của Medicare tại (www.medicare.gov).

Trợ giúp từ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California

Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên của chương trình Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal thuộc Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California có thể trợ giúp. Họ có thể trợ giúp nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe. Họ cũng có thể trợ giúp nếu quý vị chuyển chỗ ở và gặp khó khăn trong việc chuyển Medi-Cal sang quận mới của quý vị. Quý vị có thể gọi cho Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số 1-888-452-8609.

Sự trợ giúp từ Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California

Liên lạc với Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Managed Health Care, DMHC) California để được trợ giúp miễn phí. DMHC có trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại về các vấn đề dịch vụ hoặc hóa đơn Medi-Cal. Số điện thoại đó là 1-888-466-2219. Những người khiếm thính, nặng tai hoặc khiếm âm có thể gọi số TDD miễn phí: 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của DMHC tại www.dmhc.ca.gov.

Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có phàn nàn về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, trước hết quý vị cần gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711) và áp dụng quy trình giải quyết phàn nàn của chương trình trước khi liên lạc với Sở. Việc sử dụng quy trình giải quyết phàn nàn này không làm mất đi bất cứ quyền pháp lý hoặc giải pháp tiềm năng nào mà quý vị có thể có. Nếu quý vị cần được trợ giúp về một phàn nàn liên quan đến một trường hợp cấp cứu, một phàn nàn chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một phàn nàn đã quá 30 ngày mà vẫn không được giải quyết, quý vị có thể gọi đến Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện nhận Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận IMR, thủ tục IMR sẽ đưa ra duyệt xét khách quan về các quyết định y tế của một chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc biện pháp điều trị



đã được đề nghị, các quyết định bảo hiểm cho các biện pháp điều trị mang tính nghiên cứu hoặc thử nghiệm, và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có một số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và một đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho những người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng Internet của Sở là www.dmhca.gov có mẫu đơn than phiền, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

C. Hiểu về các than phiền và khiếu nại Medicare và Medi-Cal trong chương trình chúng tôi

Quý vị có bảo hiểm Medicare và Medi-Cal Thông tin trong chương này áp dụng cho tất cả các quyền lợi dịch vụ quản lý chăm sóc Medicare và Medi-Cal của quý vị. Đôi khi, trường hợp này được gọi là "quy trình hợp nhất" vì nó kết hợp, hoặc hợp nhất các quy trình Medicare và Medi-Cal. Đôi khi, không thể kết hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal. Trong những trường hợp đó, quý vị sử dụng một quy trình cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác cho quyền lợi Medi-Cal. **Mục F4** giải thích những trường hợp này.

D. Các vấn đề về quyền lợi của quý vị

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại, xin đọc những phần trong chương này liên quan đến trường hợp của quý vị. Bảng dưới đây sẽ giúp quý vị tìm đúng mục trong chương này về các vấn đề hoặc than phiền.

Vấn đề hay lo ngại của quý vị có liên quan đến quyền lợi hay phạm vi bảo hiểm không?	
Bao gồm những vấn đề như liệu dịch vụ chăm sóc y tế nào đó (vật dụng, dịch vụ y tế và/hoặc thuốc Phần B) có được đài thọ hay không, cách chúng được đài thọ, và những vấn đề về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.	
Có. Vấn đề của tôi là về quyền lợi hay bảo hiểm. Tham khảo Mục E , "Quyết định bảo hiểm và khiếu nại".	Không. Vấn đề của tôi không phải về quyền lợi hay bảo hiểm. Tham khảo Mục K , "Cách nộp đơn than phiền".

E. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và khiếu nại áp dụng cho những vấn đề liên quan đến quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc Phần B, bao gồm cả việc thanh toán). Để cho đơn giản, chúng tôi thường nói đến những vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc Phần B như là dịch vụ chăm sóc y tế.

E1. Quyết định bảo hiểm

Quyết định bảo hiểm là một quyết định mà chúng tôi đưa ra về quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc của



quý vị. Quý vị hay bác sĩ của quý vị cũng có thể liên lạc với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể không chắc chắn liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể nào đó hay không hoặc liệu chúng tôi có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho là mình cần hay không. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế nào đó trước khi quý vị nhận dịch vụ, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị.**

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm khi xem xét yêu cầu dịch vụ hoặc xin bồi hoàn. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hoặc loại thuốc không được Medicare hoặc Medi-Cal đài thọ hoặc không còn được đài thọ cho quý vị nữa. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, thì quý vị có thể khiếu nại.

E2. Khiếu nại

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định đó, thì quý vị có thể "khiếu nại" về quyết định. Khiếu nại là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Khiếu nại lần đầu tiên về quyết định được gọi là Khiếu Nại Cấp 1. Trong khiếu nại này, chúng tôi xem xét lại quyết định bảo hiểm đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng mọi quy tắc hay không. Người xử lý khiếu nại của quý vị sẽ là những người đánh giá khác với những người đưa ra quyết định ban đầu.

Trong đa số trường hợp, quý vị phải bắt đầu khiếu nại của mình ở Cấp 1. Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hay liên quan đến một mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, hay nếu quý vị bị đau đớn dữ dội và cần quyết định nhanh, thì quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Khoa IMR từ Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe tại www.dmhc.ca.gov. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin.

Khi chúng tôi hoàn tất việc duyệt xét, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết quyết định của chúng tôi. Trong một số trường hợp nhất định, được giải thích sau trong chương này, quý vị có thể yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "khiếu nại nhanh" về quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến bảo hiểm dành cho một dịch vụ chăm sóc y tế thuộc Medicare, lá thư này sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị lên Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (IRO) để Khiếu Nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến bảo hiểm dành cho một dịch vụ hoặc vật dụng thuộc Medicare Phần D hay Medicaid, lá thư này sẽ cho quý vị biết cách tự nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định Khiếu Nại Cấp 2, thì quý vị có thể thực hiện các cấp khiếu nại khác.

E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và khiếu nại

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ:

- **Ban Dịch Vụ Hội Viên** theo số điện thoại ở cuối trang.



- **Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.**
- **Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) theo số 1-800-434-0222.**
- **Trung Tâm Trợ Giúp thuộc Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí. DMHC trợ giúp những người có khiếu nại về các vấn đề dịch vụ hoặc hóa đơn Medi-Cal. Số điện thoại đó là 1-888-466-2219. Những người khiếm thính, nặng tai hoặc khiếm âm có thể gọi số TDD miễn phí: 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của DMHC tại www.dmhc.ca.gov. Mặc dù DMHC có thể giúp đỡ những người tham gia chương trình Medi-Cal Có Quản Lý, nhưng không thể giúp đỡ những người chỉ tham gia chương trình Medicare và các Hệ Thống Y Tế do Quận Tổ Chức (County Organized Health Systems, COHS) sau: Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health và CalOptima. Chính phủ liên bang quy định và kiểm soát Medicare, các chương trình và Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe quản lý các chương trình COHS.
- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác.** Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.
- **Bạn bè hoặc thành viên trong gia đình.** Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay cho quý vị với tư cách là "người đại diện" của quý vị và yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.
- **Luật sư.** Quý vị có quyền có luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.
 - Hãy gọi cho luật sư riêng của quý vị, hoặc tìm một luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm trợ giúp pháp lý sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị hội đủ tiêu chuẩn.
 - Yêu cầu nhân viên hỗ trợ pháp lý từ Chương Trình Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.

Điền mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện nếu quý vị muốn luật sư hay người nào khác làm người đại diện cho quý vị. Biểu mẫu này sẽ cho phép người này thay mặt quý vị hành động.

Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu biểu mẫu "Chỉ Định Người Đại Diện". Quý vị cũng có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại medicare.lacare.org. **Quý vị phải nộp cho chúng tôi một bản sao mẫu đơn có chữ ký.**

E4. Mục nào trong chương này có thể giúp quý vị

Có bốn trường hợp liên quan đến quyết định bảo hiểm và khiếu nại. Mỗi trường hợp có quy định và hạn chót khác nhau. Chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết về từng loại trong một mục riêng biệt của chương này. Tham khảo mục có liên quan:

- **Mục F, "Chăm sóc y tế"**
- **Mục G, "Thuốc Medicare Phần D"**



- **Mục H**, "Yêu cầu chúng tôi đòi thọ cho thời gian nằm viện lâu hơn"
- **Mục I**, "Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi thọ một số dịch vụ y tế" (Mục này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).)

Nếu quý vị không biết nên xem mục nào, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang.

F. Chăm sóc y tế

Mục này giải thích những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Để biết thông tin về việc yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn, vui lòng tham khảo **Mục H**.

Mục này trình bày các quyền lợi của quý vị trong dịch vụ chăm sóc y tế được mô tả ở bảng quyền lợi tại **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này. Trong một số trường hợp, những quy định khác có thể được áp dụng cho thuốc Medicare Phần B. Khi các quy định được áp dụng, chúng tôi sẽ giải thích các quy định cho thuốc Medicare Phần B khác với các quy định cho các dịch vụ và vật dụng y tế như thế nào.

F1. Sử dụng mục này

Mục này cho biết quý vị có thể làm gì nếu gặp bất cứ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ chúng tôi sẽ đòi thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cần nhưng không nhận được.

Quý vị có thể làm gì: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bảo hiểm. Tham khảo **Mục F2**.

2. Chúng tôi không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị cho rằng chúng tôi cần làm điều đó.

Quý vị có thể làm gì: Quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Mục F3**.

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng chúng tôi có đòi thọ, nhưng chúng tôi sẽ không thanh toán.

Quý vị có thể làm gì: Quý vị có thể khiếu nại về quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Mục F5**.

4. Quý vị đã được cung cấp và đã thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ là được đòi thọ, và quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị.

Quý vị có thể làm gì: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Tham khảo **Mục F5**.



5. Chúng tôi giảm hay ngưng bảo hiểm dành cho một số dịch vụ chăm sóc y tế, và quý vị cho rằng quyết định của chúng tôi có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

Quý vị có thể làm gì: Quý vị có thể khiếu nại về việc chúng tôi quyết định giảm hoặc ngưng dịch vụ chăm sóc y tế. Tham khảo **Mục F4**.

- Nếu phạm vi bảo hiểm là về dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại CORF, những quy định đặc biệt sẽ được áp dụng. Tham khảo **Mục H** hay **Mục I** để biết thêm thông tin.
 - Với tất cả các trường hợp khác liên quan đến việc giảm hay ngưng bảo hiểm dành cho một số dịch vụ chăm sóc y tế, xin sử dụng mục này, (**Mục F**) để được hướng dẫn.
6. Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc kịp thời hoặc không tìm được bác sĩ.

Quý vị có thể làm gì: Quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Mục K2**.

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm

Khi quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, thì đó được gọi là **quyết định tích hợp của tổ chức**.

Quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm bằng cách:

- gọi điện: 1-833-522-3767, TTY: 711.
- gửi fax: 1-213-438-5748.
- gửi thư:
Attn: Member Appeals and Grievances Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn

Khi chúng tôi đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng hạn chót "nhanh". Một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi trả lời cho quý vị trong vòng:

- **5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về **dịch vụ hoặc vật dụng y tế phải tuân theo các quy tắc về chấp thuận trước của chúng tôi**.
- **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **đối với tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng y tế khác**.
- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị đối với **thuốc Medicare Phần B**.



Quyết định bảo hiểm nhanh

Thuật ngữ pháp lý của quyết định bảo hiểm nhanh là **xác định cấp tốc**.

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị cần được trả lời nhanh, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra một "quyết định bảo hiểm nhanh". Một quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi trả lời cho quý vị trong vòng:

- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **đối với dịch vụ hoặc vật dụng y tế**.
- **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **đối với thuốc Medicare Phần B**.

Để được cấp một quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải hội đủ hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho vật dụng và/hoặc dịch vụ y tế mà quý vị **đã không nhận được**. Quý vị không thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh cho việc thanh toán cho vật dụng hay dịch vụ mà quý vị đã nhận được.
- Việc sử dụng hạn chót tiêu chuẩn **có thể làm tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe** hay khả năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ cho biết tình trạng sức khỏe của quý vị cần quyết định nhanh. Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ, thì chúng tôi sẽ quyết định chúng tôi có thể đưa ra quyết định nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh, thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị thông báo điều này và chúng tôi sẽ dùng hạn chót tiêu chuẩn trong trường hợp này. Lá thư này cho quý vị biết:
 - Chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
 - Cách nộp "than phiền nhanh" về quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn mà chúng tôi đưa ra cho quý vị thay vì quyết định bảo hiểm nhanh. Để biết thêm thông tin về than phiền, bao gồm than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Nếu chúng tôi Không Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị.

- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận**, thì quý vị có quyền khiếu nại. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, thì khiếu nại là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định của mình.
- Nếu quý vị quyết định khiếu nại, thì quý vị sẽ bắt đầu Cấp 1 trong quy trình khiếu nại (tham khảo **Mục F3**).

Trong một số ít trường hợp nhất định, chúng tôi có thể bác bỏ yêu cầu quyết định bảo hiểm của quý vị, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về các trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm:

- nếu yêu cầu không đầy đủ,



- nếu người thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu không phải là người được ủy quyền hợp pháp để làm việc đó, **hoặc**
- nếu quý vị rút lại yêu cầu.

Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu quyết định bảo hiểm, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ. Việc xem xét này được gọi là khiếu nại. Khiếu nại được thảo luận ở mục tiếp theo.

F3. Khiếu Nại Cấp 1

Để bắt đầu khiếu nại, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện được chấp thuận của quý vị phải liên lạc với chúng tôi. Gọi cho chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

Yêu cầu khiếu nại tiêu chuẩn hoặc khiếu nại nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

L.A. Care Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
1200 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Nếu bác sĩ hoặc chuyên viên y tế cho toa khác yêu cầu tiếp tục một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận trong quá trình khiếu nại, thì quý vị có thể cần chỉ định họ làm người đại diện để thay mặt quý vị hành động.
- Nếu một người nào đó, không phải bác sĩ của quý vị, nộp đơn khiếu nại cho quý vị, xin đính kèm mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện để ủy quyền cho người này làm đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại medicare.lacare.org.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu khiếu nại mà không cần biểu mẫu, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn tất quá trình xem xét cho đến khi nhận được biểu mẫu. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trước hạn chót đưa ra quyết định về khiếu nại của quý vị:
 - Chúng tôi bác bỏ yêu cầu của quý vị, và
 - Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích quyền của quý vị để yêu cầu IRO duyệt xét việc chúng tôi quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị.
- Quý vị phải nộp đơn khiếu nại trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên lá thư mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót này và có lý do chính đáng, chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian để nộp đơn khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng: quý vị bị bệnh nghiêm trọng, hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác về hạn chót. Hãy giải thích lý do tại sao khiếu nại của quý vị bị trễ hạn khi quý vị gửi khiếu nại.



- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị bản sao thông tin về khiếu nại của quý vị miễn phí. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

Hãy yêu cầu khiếu nại nhanh nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần.

Thuật ngữ pháp lý của "khiếu nại nhanh" là **"tái xem xét cấp tốc."**

- Nếu quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi về phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc, thì quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu khiếu nại nhanh.

Chúng tôi sẽ tự động áp dụng quy trình khiếu nại nhanh nếu bác sĩ cho biết tình trạng sức khỏe của quý vị cần quyết định nhanh. Nếu quý vị yêu cầu khiếu nại nhanh mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị, thì chúng tôi sẽ quyết định liệu chúng tôi có thể áp dụng quy trình khiếu nại nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng yêu cầu đối với khiếu nại nhanh, thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị thông báo điều này và chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót tiêu chuẩn trong trường hợp này. Lá thư này cho quý vị biết:
 - Chúng tôi tự động áp dụng quy trình khiếu nại nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
 - Cách nộp "than phiền nhanh" về việc chúng tôi quyết định áp dụng quy trình khiếu nại tiêu chuẩn cho quý vị thay vì khiếu nại nhanh. Để biết thêm thông tin về than phiền, bao gồm than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được, thì quý vị có thể tiếp tục nhận các dịch vụ hoặc vật dụng đó trong thời gian khiếu nại.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hay ngừng bảo hiểm cho một dịch vụ hay vật dụng mà quý vị đã nhận, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo trước khi thực hiện hành động đó.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, thì quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1.
- Chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng nếu quý vị yêu cầu Khiếu Nại Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư của chúng tôi hoặc trước ngày có hiệu lực dự kiến của hành động, tùy theo ngày nào muộn hơn.
 - Nếu quý vị đáp ứng hạn chót này, thì quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật dụng mà không có bất kỳ thay đổi nào trong khi Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị đang chờ xử lý.
 - Quý vị cũng sẽ nhận được các dịch vụ hay vật dụng khác (những thứ không phải là đối tượng trong khiếu nại của quý vị) mà không có sự thay đổi nào.



- Nếu quý vị không khiếu nại trước những hạn chót này, dịch vụ hay vật dụng của quý vị sẽ không được tiếp tục trong thời gian quý vị chờ quyết định cho khiếu nại của quý vị.

Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị.

- Khi chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét kỹ lưỡng mọi thông tin về yêu cầu bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ mọi quy định khi đưa ra quyết định **Không Chấp Thuận** yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để lấy thêm thông tin.

Có hạn chót cho khiếu nại nhanh.

- Khi chúng tôi dùng hạn chót nhanh, chúng tôi phải trả lời cho quý vị biết **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu**. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình khiếu nại Cấp 2. Sau đó, IRO sẽ xem xét khiếu nại của quý vị. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến bảo hiểm dành cho một dịch vụ hay vật dụng Medicaid, quý vị có thể tự nộp đơn khiếu nại Cấp 2 – Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang với tiểu bang ngay khi có thể. Tại California, một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được gọi là Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Để nộp yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy tham khảo mục Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong *Cẩm Nang Hội Viên* này khi áp dụng.
- **Nếu chúng tôi Chấp Thuận với một phần hoặc toàn phần yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị hay sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó.
- **Nếu chúng tôi Không Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi khiếu nại của quý vị cho IRO để thực hiện Khiếu Nại Cấp 2.

Có hạn chót cho khiếu nại tiêu chuẩn.

- Khi chúng tôi sử dụng hạn chót tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại về việc bảo hiểm cho các dịch vụ mà quý vị không nhận được.



- Nếu yêu cầu của quý vị là về loại thuốc Medicare Phần B mà quý vị không nhận được, thì chúng tôi sẽ trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trước hạn chót, thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình khiếu nại Cấp 2. Sau đó, IRO sẽ xem xét khiếu nại của quý vị. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến bảo hiểm dành cho một dịch vụ hay vật dụng Medicaid, quý vị có thể tự nộp đơn khiếu nại Cấp 2 – Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang với tiểu bang ngay khi có thể. Tại California, một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được gọi là Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Để nộp yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, hãy tham khảo mục Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong *Cẩm Nang Hội Viên* này khi áp dụng.

Nếu chúng tôi Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị, hay nhanh nhất có thể theo yêu cầu của tình trạng sức khỏe của quý vị, và trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi thay đổi quyết định của mình, hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Medicare Phần B.

Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, **thì quý vị có các quyền khiếu nại bổ sung:**

- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến bảo hiểm dành cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare, thì lá thư này sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi hồ sơ của quý vị cho IRO để thực hiện Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến bảo hiểm dành cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal, thì lá thư này sẽ cho quý vị biết cách tự nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2.

F4. Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hay toàn bộ Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị. Lá thư này cho quý vị biết thông thường, Medicare, Medi-Cal hay cả hai chương trình đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hay vật dụng thường được **Medicare** đài thọ, thì chúng tôi sẽ tự động chuyển hồ sơ của quý vị lên quy trình Khiếu Nại Cấp 2 ngay khi quy trình Khiếu Nại Cấp 1 vừa hoàn tất.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng thường được **Medi-Cal** đài thọ, thì quý vị có thể tự nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Lá thư này sẽ cung cấp thông tin về cách thực hiện. Chúng tôi cũng cung cấp thêm thông tin ở phần sau của chương này.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng được **cả Medicare và Medi-Cal** đài thọ, thì quý vị sẽ tự động được Khiếu Nại Cấp 2 với IRO. Ngoài Khiếu Nại



Cấp 2 tự động, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và Duyệt Xét Y Tế Độc Lập với tiểu bang. Tuy nhiên, thủ tục Duyệt Xét Y Tế Độc Lập sẽ không được thực hiện nếu quý vị đã nộp bằng chứng trong Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn tiếp tục nhận quyền lợi khi nộp đơn Khiếu Nại Cấp 1, thì quyền lợi của quý vị cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đang trong quy trình khiếu nại cũng có thể được tiếp tục trong Cấp 2. Hãy tham khảo **Mục F3** để biết thông tin về việc tiếp tục nhận quyền lợi trong quá trình Khiếu Nại Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ thường chỉ được Medicare đài thọ, thì quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không được tiếp tục trong thời gian thực hiện khiếu nại Cấp 2 với IRO.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ thường chỉ được Medi-Cal đài thọ, thì quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ được tiếp tục nếu quý vị nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hay vật dụng mà Medicare thường đài thọ

IRO xem xét khiếu nại của quý vị. Đó là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.

Tên chính thức của Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập (IRO) là **Thực Thể Duyệt Xét Độc Lập**, đôi khi được gọi là **IRE**.

- Tổ chức này không có liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan thuộc chính phủ. Medicare đã chọn công ty này làm IRO và Medicare sẽ giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin về khiếu nại của quý vị (hồ sơ trường hợp) tới tổ chức này. Quý vị có quyền yêu cầu được cấp miễn phí bản sao hồ sơ trường hợp này.
- Quý vị có quyền nộp thêm thông tin cho IRO để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.
- Các chuyên viên duyệt xét tại IRO sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả những thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.

Nếu quý vị đã khiếu nại nhanh tại Cấp 1, thì quý vị cũng được khiếu nại nhanh tại Cấp 2.

- Nếu quý vị đã khiếu nại nhanh với chúng tôi tại Cấp 1, thì quý vị cũng được khiếu nại nhanh tại Cấp 2. IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được khiếu nại.

Nếu quý vị đã khiếu nại tiêu chuẩn tại Cấp 1, thì quý vị cũng được khiếu nại tiêu chuẩn tại Cấp 2.

- Nếu quý vị đã khiếu nại tiêu chuẩn với chúng tôi tại Cấp 1, thì quý vị tự động được khiếu nại tiêu chuẩn tại Cấp 2.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến vật dụng hoặc dịch vụ y tế, thì IRO phải trả lời quý vị về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.



- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Medicare Phần B, IRO phải trả lời cho quý vị về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Nếu IRO trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu IRO Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế**, thì chúng tôi phải thực hiện quyết định ngay lập tức:
 - Chấp thuận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ, hoặc**
 - Cung cấp dịch vụ trong vòng **5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc**
 - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu khẩn cấp.**
- **Nếu IRO Chấp Thuận một phần hay toàn phần yêu cầu về thuốc Medicare Phần B, chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp thuốc Medicare Phần B đang bị tranh chấp đó:**
 - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn, hoặc**
 - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu khẩn cấp.**
- **Nếu IRO Không Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị**, thì điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc y tế. Điều này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “bác bỏ khiếu nại của quý vị”.
 - Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, thì quý vị có thể quyết định xem mình có muốn tiếp tục khiếu nại hay không.
 - Có ba cấp khiếu nại khác trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp.
 - Nếu Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị bị bác bỏ và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình khiếu nại, thì quý vị phải quyết định xem có nên chuyển sang Cấp 3 và khiếu nại lần thứ ba hay không. Chi tiết về cách thực hiện có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau Khiếu Nại Cấp 2.
 - Một Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) hay luật sư trọng tài sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về các Khiếu Nại Cấp 3, 4, và 5.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hay vật dụng mà Medi-Cal thường đài thọ

Có hai cách để thực hiện khiếu nại Cấp 2 đối với các dịch vụ và vật dụng Medi-Cal: (1) Nộp đơn than phiền hay yêu cầu Duyệt Xét Y Tế Độc Lập hoặc (2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

(1) Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC)

Quý vị có thể nộp đơn than phiền hay yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (Independent Medical Review, IMR) từ Trung Tâm Trợ Giúp tại DMHC. Bằng cách nộp đơn than phiền, DMHC



sẽ duyệt xét quyết định của chúng tôi. DMHC sẽ tự điều tra than phiền của quý vị hoặc quyết định xem trường hợp đó có đủ điều kiện để áp dụng IMR hay không. Thủ tục IMR có thể được cung cấp cho bất kỳ dịch vụ hay vật dụng nào mang tính y tế được Medi-Cal đài thọ. IMR là quy trình duyệt xét trường hợp của quý vị bởi các chuyên gia không thuộc chương trình chúng tôi hay thuộc DMHC. Nếu IMR quyết định thuận theo quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hay vật dụng mà quý vị đã yêu cầu. Quý vị không phải trả tiền cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền hay xin IMR nếu chương trình chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi, hoặc trì hoãn một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị thuộc Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi xác định rằng nó không cần thiết về mặt y tế.
- Sẽ không đài thọ cho một phương pháp điều trị thuộc Medi-Cal mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu cho bệnh trạng y khoa trầm trọng.
- Tranh chấp về việc liệu một dịch vụ phẫu thuật hay thủ thuật mang tính thẩm mỹ hay tái tạo.
- Sẽ không thanh toán cho những dịch vụ Medi-Cal cấp cứu hoặc khẩn cấp mà quý vị đã nhận được.
- Đã không giải quyết Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị về một dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với một khiếu nại tiêu chuẩn, hoặc 72 giờ hay sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu khiếu nại nhanh.

Trong đa số trường hợp, quý vị phải nộp đơn khiếu nại với chúng tôi trước khi yêu cầu thủ tục IMR. Tham khảo **Mục F3** để biết thông tin về quy trình khiếu nại Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn than phiền với DMHC hoặc yêu cầu Trung Tâm Trợ Giúp DMHC cung cấp thủ tục IMR.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị nộp đơn khiếu nại cho quý vị, nhưng chúng tôi không nhận được biểu mẫu Chỉ Định Người Đại Diện của quý vị, thì quý vị sẽ cần nộp lại đơn khiếu nại của quý vị với chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp yêu cầu IMR Cấp 2 với Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe trừ khi khiếu nại của quý vị liên quan đến một đe dọa sắp xảy ra hay nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở cơn đau dữ dội, có khả năng tử vong, mất tứ chi hay chức năng chính của cơ thể.

Quý vị có quyền yêu cầu IMR và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, nhưng quý vị không được phép nhận IMR nếu quý vị đã trình bằng chứng trong một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hay nếu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang xử cùng một vấn đề.

Nếu việc điều trị của quý vị bị từ chối vì nó mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu, thì quý vị không phải tham gia vào quy trình khiếu nại của chúng tôi trước khi nộp đơn yêu cầu IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc có liên quan đến một mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hay nếu quý vị bị đau đớn dữ dội, thì quý vị có thể liên hệ ngay với DMHC mà không cần qua quy trình khiếu nại của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn xin thủ tục IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị văn bản quyết định về khiếu nại của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn yêu cầu của quý vị sau 6 tháng nếu có lý do chính đáng, như khi quý vị mắc một bệnh trạng cản trở quý vị yêu



cầu IMR trong vòng 6 tháng, hoặc quý vị đã không được thông báo đầy đủ từ chúng tôi về quy trình IMR.

Để nộp đơn than phiền hoặc yêu cầu IMR:

- Điền biểu mẫu IMR/Than Phiền có tại: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi Trung Tâm Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-688-9891.
- Nếu quý vị có những lá thư hay tài liệu khác liên quan đến dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi từ chối, vui lòng gửi kèm bản sao những tài liệu này. Việc này sẽ giúp thủ tục IMR được tiến hành nhanh hơn. Xin gửi bản sao, không gửi bản chính. Trung Tâm Trợ Giúp không thể gửi lại cho quý vị bất cứ tài liệu nào.
- Điền Mẫu Đơn Ủy Quyền Người Trợ Giúp nếu người nào đó giúp quý vị về thủ tục IMR. Quý vị có thể lấy mẫu đơn đó tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-688-9891.
- Gửi biểu mẫu IMR/Than Phiền và tài liệu đính kèm đến DMHC:
Gửi trực tuyến:

Gửi qua thư hoặc fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Trong vòng 7 ngày, DMHC sẽ xem xét đơn đăng ký của quý vị và gửi cho quý vị thư xác nhận đã nhận. Nếu DMHC xác định rằng trường hợp đủ tiêu chuẩn để áp dụng IMR, thì quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày sau khi nhận được tất cả tài liệu cần thiết.

Nếu trường hợp của quý vị khẩn cấp và quý vị đủ tiêu chuẩn để áp dụng IMR, thì quyết định IMR thường sẽ được đưa ra trong vòng 7 ngày sau khi nhận được tất cả tài liệu cần thiết.

Nếu quý vị không hài lòng với kết quả của thủ tục IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Thủ tục IMR có thể mất thời gian lâu hơn nếu DMHC không nhận được mọi hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hay bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị sử dụng một bác sĩ không thuộc hệ thống của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, điều quan trọng là quý vị phải lấy và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải lấy bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong hệ thống.

Nếu DMHC quyết định rằng trường hợp của quý vị không hội đủ điều kiện cho IMR, thì DMHC sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị theo quy trình than phiền người tiêu dùng thông thường. Than phiền của quý vị cần được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn yêu cầu được điền đầy đủ. Nếu than phiền của quý vị khẩn cấp, nó sẽ được giải quyết sớm hơn.



(2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang cho những dịch vụ và vật dụng được đài thọ bởi Medi-Cal. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác yêu cầu một dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc chúng tôi không tiếp tục đài thọ cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã được cấp và chúng tôi không đồng ý với khiếu nại Cấp 1 của quý vị, thì quý vị có quyền yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Trong hầu hết các trường hợp, **quý vị có 120 ngày để yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang** sau khi thông báo "Thư Quyết Định về Khiếu Nại" được gửi cho quý vị qua đường bưu điện.

LƯU Ý Nếu quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang vì chúng tôi đã nói rằng một dịch vụ mà quý vị hiện được cung cấp sẽ thay đổi hay ngưng lại, quý vị sẽ có ít ngày hơn để nộp đơn yêu cầu nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong thời gian quý vị chờ giải quyết Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị. Đọc "Quyền lợi của tôi có được tiếp tục trong quá trình khiếu nại Cấp 2 không" ở trang 16 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang:

1. Quý vị có thể điền đơn "Yêu Cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang" ở mặt sau của thông báo hành động. Quý vị nên cung cấp đầy đủ tất cả các thông tin được yêu cầu như họ tên, địa chỉ, số điện thoại, tên chương trình bảo hiểm hay văn phòng quận đã đưa ra quyết định bất lợi cho quý vị, (các) chương trình trợ cấp có liên quan và lý do chi tiết tại sao quý vị muốn một phiên điều trần. Sau đó quý vị có thể nộp yêu cầu của quý vị bằng một trong những cách sau:
 - Gửi cho văn phòng phúc lợi quận tại địa chỉ ghi trong thông báo.
 - Gửi đến Sở Dịch Vụ Xã Hội California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - Gửi đến Ban Điều Trần Tiểu Bang theo số fax 916-309-3487 hay số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903.
2. Quý vị có thể gọi cho Sở Dịch Vụ Xã Hội California theo số 1-800-743-8525. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-952-8349. Nếu quý vị quyết định yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua điện thoại, xin nhớ là các đường dây điện thoại này rất bận.

Nếu quý vị vẫn không đồng ý với quyết định này, quý vị có thể:

* Yêu cầu Duyệt Xét Y Tế Độc Lập và một nhân viên duyệt xét bên ngoài, không liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe, sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị.

* Yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và một thẩm phán sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị.

Quý vị có thể đồng thời yêu cầu thực hiện cả Duyệt Xét Y Tế Độc Lập và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Quý vị cũng có thể yêu cầu thủ tục này trước thủ tục kia để xem nó có giải quyết vấn đề của quý vị trước không. Ví dụ: nếu quý vị yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập trước, nhưng không đồng ý với quyết định đó, quý vị vẫn có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần



Cấp Tiểu Bang sau đó. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trước, và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang đó đã diễn ra, quý vị không thể yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Trong trường hợp này, Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang có quyết định cuối cùng. Quý vị sẽ không phải trả phí để thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập hay Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

DUYỆT XÉT Y TẾ ĐỘC LẬP

Nếu quý vị muốn thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập, quý vị phải yêu cầu thực hiện trong vòng 180 ngày kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại. Đoạn văn dưới đây sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập.¹ Lưu ý rằng thuật ngữ “phản nản” đề cập đến cả “than phiền” và “khiếu nại”.

“Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có phản nản về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, trước hết quý vị cần gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số 1-888-839-9909 và áp dụng thủ tục phản nản của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó trước khi liên lạc với Sở. Việc sử dụng quy trình giải quyết phản nản này không làm mất đi bất cứ quyền pháp lý hoặc giải pháp tiềm năng nào mà quý vị có thể có. Nếu quý vị cần được trợ giúp về một phản nản liên quan đến một trường hợp cấp cứu, một phản nản chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một phản nản đã quá 30 ngày mà vẫn không được giải quyết, quý vị có thể gọi đến Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện nhận Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện với IMR, thủ tục IMR sẽ đưa ra một duyệt xét khách quan về các quyết định y tế của một chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị đã được đề nghị, các quyết định bảo hiểm cho việc điều trị mang tính nghiên cứu hoặc thử nghiệm, và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. Sở cũng có một số điện thoại miễn phí (1-888-466-2219) và một đường dây TDD (1-877-688-9891) dành cho những người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng internet của sở www.dmhc.ca.gov có các mẫu đơn than phiền, mẫu đơn xin IMR và các hướng dẫn trực tuyến.”

PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG

Nếu quý vị muốn một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị phải yêu cầu nó trong vòng 120 ngày kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại. Tuy nhiên, nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị tiếp tục cung cấp cho quý vị (các) dịch vụ bị tranh chấp (Trợ Giúp Thanh Toán Trong Lúc Chờ Giải Quyết) trong thủ tục khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe và quý vị muốn (các) dịch vụ được tiếp tục cho đến khi có quyết định về Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị, quý vị phải yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng 10 ngày kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại này. Ngay cả khi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải cấp Trợ Giúp Thanh Toán Trong Lúc Chờ Giải Quyết cho quý vị khi quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo cách này, quý vị cũng nên thông báo cho chương trình bảo hiểm sức khỏe biết là quý vị muốn được Trợ Giúp Thanh Toán Trong Lúc Chờ Giải Quyết cho đến khi Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị được quyết định. Quý vị cần liên lạc với Ban Dịch Vụ Hội Viên L.A. Care bằng cách gọi 1-888-839-9909, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi đến TTY 711.



Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo những cách sau đây:

* Trực tuyến tại www.cdss.ca.gov

* Qua điện thoại: Gọi 1-800-743-8525. Đường dây điện thoại này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được lời nhắn yêu cầu gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nghe hay nói rõ, xin gọi TTY/TDD 1-800-952-8349.

* Bằng văn bản: Điền biểu mẫu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc viết thư. Gửi qua bưu điện hay chuyển fax đến:

Qua thư: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

Fax: (916) 309-3487 hoặc số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903

Nếu quý vị cần thông dịch viên, xin cho Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang biết quý vị sử dụng ngôn ngữ nào. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang sẽ cung cấp thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị có khuyết tật, Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang có thể thực hiện những hỗ trợ đặc biệt, miễn phí để giúp quý vị tham dự phiên điều trần. Vui lòng cho biết thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị và những hỗ trợ mà quý vị cần.

Sau khi quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, có thể phải mất đến 90 ngày để quyết định trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị thư trả lời. Nếu quý vị cho rằng việc chờ đợi lâu như thế sẽ làm tổn hại sức khỏe của quý vị, quý vị có thể nhận được thư trả lời trong vòng 3 ngày. Hãy yêu cầu bác sĩ hay chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị viết thư cho quý vị. Lá thư này phải giải thích chi tiết vì sao việc chờ đến 90 ngày mới được quyết định về trường hợp của quý vị sẽ gây hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe, hay khả năng đạt được, duy trì hay phục hồi chức năng tối đa của quý vị. Sau đó, hãy nhớ yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tốc và nộp lá thư này cùng với đơn yêu cầu phiên điều trần của quý vị.

Quý vị có thể tự trình bày tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Hoặc, quý vị có thể nhờ một người thân, người bạn, người bảo vệ quyền lợi, bác sĩ hay luật sư trình bày thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác trình bày thay cho quý vị, quý vị phải thông báo cho Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang rằng người đó được phép trình bày thay cho quý vị. Người này được gọi là Người Đại Diện Được Chấp Thuận.

TRỢ GIÚP VỀ PHÁP LÝ

Quý vị có thể được trợ giúp về pháp lý miễn phí. Gọi đến Sở Sự Vụ Người Tiêu Dùng và Doanh Nghiệp Quận Los Angeles theo số 1-800-593-8222. Quý vị cũng có thể gọi cho Hiệp Hội Trợ Giúp Pháp Lý địa phương ở quận của quý vị theo số 1-888-804-3536.

Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang thông báo cho quý vị quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu Ban Điều Trần Cấp Tiểu Bang **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về vật dụng hay dịch vụ y tế, thì chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ hay vật dụng đó **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của họ.



- Nếu Ban Điều Trần Tiểu Bang **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, thì điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc y tế. Điều này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “bác bỏ khiếu nại của quý vị”.

Nếu IRO hoặc Ban Điều Trần Tiểu Bang **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, thì quý vị có các quyền khiếu nại bổ sung.

Nếu Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị đã được gửi đến **IRO**, thì quý vị chỉ có thể khiếu nại một lần nữa nếu giá trị của dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị muốn đạt đến một số tiền tối thiểu nhất định. Một ALJ hay luật sư trọng tài sẽ xử lý Khiếu Nại Cấp 3. **Lá thư mà quý vị nhận được từ IRO sẽ giải thích các quyền khiếu nại khác mà quý vị có thể có.**

Lá thư mà quý vị nhận được từ Ban Điều Trần Tiểu Bang sẽ mô tả tùy chọn khiếu nại tiếp theo.

Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về các quyền khiếu nại của quý vị sau Khiếu Nại Cấp 2.

F5. Vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi lập hóa đơn cho quý vị về những dịch vụ và vật dụng được đài thọ. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp dịch vụ ít hơn số tiền họ tính cho dịch vụ hay vật dụng được đài thọ. Quý vị không bao giờ phải trả số dư trong bất cứ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất mà quý vị được yêu cầu thanh toán là số tiền đồng trả cho các hạng mục dịch vụ, vật dụng và/hoặc thuốc yêu cầu khoản đồng trả.

Nếu quý vị nhận được một hóa đơn có số tiền nhiều hơn số tiền đồng trả của quý vị cho những dịch vụ và vật dụng được đài thọ, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Quý vị không nên tự trả hóa đơn này. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ và giải quyết vấn đề. Nếu quý vị trả hóa đơn đó, thì quý vị có thể được chương trình của chúng tôi hoàn trả nếu quý vị tuân thủ những quy định về việc nhận dịch vụ hoặc vật dụng.

Tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin. Chương này mô tả các tình huống khi quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn trả hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ. Chương này cũng cho quý vị biết cách gửi giấy tờ cho chúng tôi để yêu cầu chúng tôi trả tiền.

Nếu quý vị yêu cầu được hoàn trả, quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ xem dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã trả tiền có được đài thọ hay không, và quý vị có tuân thủ mọi quy định về việc sử dụng bảo hiểm của mình hay không.

- Nếu dịch vụ hay vật dụng mà quý vị đã trả tiền được đài thọ và quý vị tuân thủ tất cả các quy định, thì chúng tôi sẽ gửi trả quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hay vật dụng đó trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không lâu hơn 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hay vật dụng đó, thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán này, đó cũng là cách chúng tôi nói **Chấp Thuận** với yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm.



- Nếu dịch vụ hay vật dụng không được đài thọ, hay quý vị đã không tuân thủ mọi quy định, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hay vật dụng đó, và giải thích lý do tại sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **thì quý vị có thể khiếu nại**. Hãy làm theo quy trình khiếu nại được trình bày tại **Mục F3**. Khi làm theo các hướng dẫn này, xin lưu ý:

- Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại để yêu cầu chúng tôi hoàn trả, thì chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị và **Medicare** thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, thì chúng tôi sẽ gửi trường hợp của quý vị cho IRO. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong trường hợp này.

- Nếu IRO đảo ngược quyết định của chúng tôi và nói rằng chúng tôi phải trả tiền cho quý vị, chúng tôi phải gửi tiền thanh toán cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu khiếu nại của quý vị được **Chấp Thuận** ở bất cứ giai đoạn nào trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2, thì chúng tôi phải gửi tiền thanh toán cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.
- Nếu IRO **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị, thì điều này có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị. Điều này được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "bác bỏ khiếu nại của quý vị". Quý vị sẽ nhận được thư giải thích các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị và Medi-Cal thường đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, thì quý vị có thể tự nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc Medicare Phần D

Quyền lợi của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc. Hầu hết các loại thuốc trong sổ này là thuốc Medicare Phần D. Có một vài loại thuốc không được Medicare Phần D đài thọ nhưng Medi-Cal có thể đài thọ. **Mục này chỉ áp dụng cho các đơn khiếu nại về thuốc Medicare Phần D**. Chúng tôi sẽ sử dụng thuật ngữ "thuốc" trong phần còn lại của mục này thay vì luôn ghi "thuốc Medicare Phần D".

Để được đài thọ, thuốc của quý vị phải được dùng theo đúng chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là thuốc được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận hoặc được ủng hộ bởi một số tài liệu tham khảo y tế. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

G1. Quyết định bảo hiểm và khiếu nại về Medicare Phần D

Sau đây là một số ví dụ về quyết định bảo hiểm mà quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra về thuốc Medicare Phần D của quý vị:



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

- Quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
 - Đòi hỏi một loại thuốc Medicare Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình hoặc
 - Bỏ qua một hạn chế đối với việc bảo hiểm cho một loại thuốc (chẳng hạn như những giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được)
- Quý vị hỏi chúng tôi liệu một loại thuốc có được đòi hỏi cho quý vị hay không (như khi thuốc của quý vị có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi nhưng chúng tôi phải chấp thuận cho quý vị trước khi chúng tôi đòi hỏi thuốc này).

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị cho biết rằng họ không thể cấp thuốc theo toa cho quý vị theo toa thuốc, thì nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên lạc với chúng tôi để yêu cầu một quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Medicare Phần D của quý vị được gọi là **“xác định quyền lợi bảo hiểm”**.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua. Đây là việc yêu cầu quyết định bảo hiểm cho khoản thanh toán.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, thì quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Mục này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách nộp đơn khiếu nại. Sử dụng bảng bên dưới để biết thêm thông tin.

Quý vị thuộc trường hợp nào trong số này?			
Quý vị cần một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, hay cần chúng tôi bỏ qua một quy định hoặc hạn chế trên một loại thuốc mà chúng tôi đòi hỏi. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho một ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.) Bắt đầu với Mục G2, sau đó tham khảo Mục G3 và G4.	Quý vị muốn chúng tôi đòi hỏi một loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị cho là quý vị đáp ứng các quy định hoặc hạn chế của chương trình (như xin sự chấp thuận trước) cho loại thuốc mà quý vị cần. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cấp một quyết định bảo hiểm. Tham khảo Mục G4.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho quý vị cho thuốc mà quý vị đã nhận và đã trả tiền. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.) Tham khảo Mục G4.	Chúng tôi đã thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ không đòi hỏi hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách quý vị muốn. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Tham khảo Mục G5.



G2. Ngoại lệ của Medicare Phần D

Nếu chúng tôi không đài thọ cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một "ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu ngoại lệ của quý vị, thì quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép một ngoại lệ, thì bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác sẽ phải đưa ra những lý do y tế giải thích vì sao quý vị cần ngoại lệ đó.

Yêu cầu bảo hiểm dành cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* hoặc xin loại bỏ một hạn chế cho một loại thuốc đôi khi được gọi là việc yêu cầu một **"ngoại lệ danh mục thuốc"**.

Đây là ví dụ về những ngoại lệ mà quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. Đài thọ cho một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

- Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và đài thọ một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc*, thì quý vị sẽ phải trả số tiền đồng trả áp dụng* cho các loại thuốc thuộc Bậc 4.
- Quý vị không thể nhận được ngoại lệ đối với số tiền đồng trả bắt buộc cho loại thuốc đó.

2. Xóa bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được đài thọ

- Có những quy định hoặc hạn chế khác áp dụng cho một số loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi (tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin).
- Những quy định hoặc hạn chế khác đối với một số loại thuốc bao gồm:
 - Phải dùng phiên bản thuốc gốc của một loại thuốc thay vì biệt dược.
 - Phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ cho loại thuốc này cho quý vị. Việc này đôi khi được gọi là "chấp thuận trước (prior authorization, PA)."
 - Phải dùng thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu. Điều này đôi khi được gọi là "trị liệu từng bước."
 - Giới hạn số lượng. Với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể được cấp.

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu một ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác phải cho chúng tôi biết lý do y tế.

Bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác phải gửi cho chúng tôi một bản giải thích lý do y tế khi yêu cầu một ngoại lệ. Để được quyết định nhanh hơn, hãy bao gồm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc chuyên viên y tế cho toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Thông thường, *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Đây được gọi là thuốc "thay thế". Nếu một loại thuốc thay thế có công hiệu như loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu và không gây nhiều phản ứng phụ hoặc vấn đề sức khỏe khác hơn, thường chúng tôi **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu



cầu chúng tôi cấp trường hợp ngoại lệ về bậc thuốc, thì chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn không hiệu quả với quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hay tác hại khác.

Chúng tôi có thể Chấp Thuận hoặc Không Chấp Thuận yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** yêu cầu ngoại lệ của quý vị, thì ngoại lệ đó thường sẽ có hiệu lực đến hết năm theo lịch. Điều này sẽ được áp dụng miễn là bác sĩ của quý vị còn kê thuốc này cho quý vị và thuốc này còn an toàn và công hiệu để điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** yêu cầu ngoại lệ của quý vị, thì quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Mục G5** để biết thông tin về cách khiếu nại nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận**.

Mục kế tiếp cho quý vị biết cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm, kể cả một ngoại lệ.

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm mà quý vị muốn bằng cách gọi 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, viết thư hay chuyển fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện cho quý vị, hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc chuyên viên y tế cho toa khác) có thể làm việc này. Vui lòng cho biết tên, thông tin liên lạc của quý vị và thông tin yêu cầu xin bồi hoàn của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc chuyên viên y tế cho toa khác) hay một người nào khác hành động thay cho quý vị có thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư hành động thay cho quý vị.
- Tham khảo **Mục E3** để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần cung cấp văn bản cho phép cho bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác để họ thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị về một loại thuốc, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.
- Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi "bản giải thích y tế". Bản giải thích y tế bao gồm lý do y tế của bác sĩ hoặc chuyên viên y tế cho toa khác cho yêu cầu ngoại lệ.
- Bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác có thể gửi bản giải thích này đến chúng tôi bằng cách gửi fax hoặc qua đường bưu điện. Họ cũng có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó gửi bản tuyên bố qua fax hoặc thư.

Hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra “quyết định bảo hiểm nhanh” nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó.

Chúng tôi dùng "hạn chót tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý là sẽ sử dụng "hạn chót nhanh".

- **Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được bản tuyên bố của bác sĩ.
- **Quyết định bảo hiểm nhanh** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị biết trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được bản tuyên bố của bác sĩ.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

“Quyết định bảo hiểm nhanh” được gọi là “**xác định quyền lợi bảo hiểm cấp tốc**”.

Quý vị có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Nó liên quan đến một loại thuốc mà quý vị đã chưa nhận được. Quý vị không thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho một loại thuốc mà quý vị đã mua.
- Sức khỏe hay khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi áp dụng hạn chót tiêu chuẩn.

Nếu bác sĩ hoặc chuyên viên y tế cho toa khác cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, thì chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị theo mốc thời gian quyết định bảo hiểm nhanh. Chúng tôi sẽ gửi thông tin cho quý vị qua thư.

- Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự ủng hộ từ bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác, thì chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng bệnh trạng của quý vị không đáp ứng những yêu cầu để được một quyết định bảo hiểm nhanh, thì chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót tiêu chuẩn.
 - Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót tiêu chuẩn. Lá thư đó cũng cho biết cách gửi khiếu nại về quyết định của chúng tôi.
 - Quý vị có thể nộp than phiền nhanh và sẽ nhận được hồi đáp trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về than phiền, bao gồm than phiền nhanh, hãy tham khảo **Mục K**.

Hạn chót cho quyết định bảo hiểm nhanh

- Nếu chúng tôi dùng các hạn chót nhanh, thì chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ, thì chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được bản giải thích y tế từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn chót này, thì chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét. Tham khảo **Mục G6** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc bản giải thích y tế của bác sĩ.
- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư đó cũng cung cấp thông tin về cách khiếu nại.

Hạn chót của quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận

- Nếu chúng tôi áp dụng hạn chót tiêu chuẩn, thì chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ, thì chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được bản



giải thích y tế từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn chót này, thì chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc bản giải thích y tế của bác sĩ cho một ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư đó cũng cho biết cách gửi khiếu nại.

Hạn chót cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn chót này, thì chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- **Nếu** chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Lá thư đó cũng cho biết cách gửi khiếu nại.

G5. Khiếu Nại Cấp 1

Một khiếu nại với chương trình chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare Phần D được gọi là “**tái xác định**” của chương trình.

- Bắt đầu khiếu nại **tiêu chuẩn** hay **khiếu nại nhanh** bằng cách gọi 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, viết thư hay chuyển fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện cho quý vị, hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc chuyên viên y tế cho toa khác) có thể làm việc này. Vui lòng cho biết tên, thông tin liên lạc của quý vị và thông tin về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị phải nộp đơn khiếu nại **trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên lá thư mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót này và có lý do chính đáng, chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian để nộp đơn khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng: quý vị bị bệnh nghiêm trọng, hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác về hạn chót. Hãy giải thích lý do tại sao khiếu nại của quý vị bị trễ hạn khi quý vị gửi khiếu nại.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị bản sao thông tin về khiếu nại của quý vị miễn phí. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.



Hãy yêu cầu khiếu nại nhanh nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần.

Khiếu nại nhanh còn được gọi là "**tái xác định cấp tốc**".

- Nếu quý vị khiếu nại một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, thì quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc chuyên viên y tế cho toa khác sẽ phải quyết định xem quý vị có cần một khiếu nại nhanh hay không.
- Các yêu cầu cho khiếu nại nhanh cũng giống các yêu cầu cho quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Mục G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị.

- Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và xem xét lại kỹ tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ mọi quy định khi đưa ra quyết định **Không Chấp Thuận** yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị, bác sĩ của quý vị, hoặc chuyên viên y tế cho toa khác để lấy thêm thông tin.

Hạn chót cho khiếu nại nhanh Cấp 1

- Nếu chúng tôi áp dụng hạn chót nhanh, thì chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.
 - Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình khiếu nại Cấp 2. Sau đó, IRO sẽ xem xét khiếu nại của quý vị. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình khiếu nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị và cung cấp thông tin về cách khiếu nại.

Hạn chót cho khiếu nại tiêu chuẩn Cấp 1

- Nếu chúng tôi áp dụng hạn chót tiêu chuẩn, thì chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại về một loại thuốc mà quý vị không nhận được.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị không nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm việc đó. Hãy yêu cầu khiếu nại nhanh nếu quý vị cho rằng tình trạng sức khỏe của quý vị cần.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định nào trong vòng 7 ngày theo lịch, thì chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, IRO sẽ xem



xét khiếu nại của quý vị. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình khiếu nại Cấp 2.

Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp nhanh nhất có thể theo nhu cầu sức khỏe của quý vị, nhưng **không quá 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.
- Chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị** đối với loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận khiếu nại của quý vị.

Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị và cung cấp thông tin về cách khiếu nại.
- Chúng tôi phải trả lời quý vị về việc hoàn trả cho một loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định nào trong vòng 14 ngày theo lịch, thì chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, IRO sẽ xem xét khiếu nại của quý vị. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình khiếu nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị và cung cấp thông tin về cách khiếu nại.

G6. Khiếu Nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, thì quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc tiếp tục khiếu nại. Nếu quý vị quyết định tiếp tục khiếu nại, thì quý vị có thể sử dụng quy trình Khiếu Nại Cấp 2. **IRO** xem xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi **Không Chấp Thuận** khiếu nại đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định liệu chúng tôi có cần thay đổi quyết định của chúng tôi hay không.

Tên chính thức của "Tổ Chức Duyệt Xét Độc Lập" (IRO) là "**Thực Thể Duyệt Xét Độc Lập**", đôi khi được gọi là "**IRE**".

Để nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2, quý vị, người đại diện của quý vị hay bác sĩ của quý vị hay chuyên viên y tế cho toa khác phải liên lạc với IRO **bằng văn bản** để yêu cầu được duyệt xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Không Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, thì lá thư mà chúng tôi gửi cho quý vị có **hướng dẫn cách gửi Khiếu Nại Cấp 2** lên IRO. Hướng dẫn cho biết ai có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2, các hạn chót cần tuân thủ và cách liên lạc với tổ chức này.
- Khi quý vị khiếu nại lên IRO, chúng tôi sẽ gửi các thông tin mà chúng tôi có về khiếu nại của quý vị tới tổ chức đó. Những thông tin này được gọi là "hồ sơ trường hợp" của



quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu được cấp miễn phí bản sao hồ sơ trường hợp này.** Nếu quý vị cần trợ giúp để yêu cầu bản sao hồ sơ trường hợp miễn phí, hãy gọi đến nhập số điện thoại thích hợp.

- Quý vị có quyền nộp thêm thông tin cho IRO để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

IRO sẽ xem xét đơn Khiếu Nại Cấp 2 về Medicare Phần D của quý vị và trả lời bằng văn bản. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về IRO.

Hạn chót cho khiếu nại nhanh Cấp 2

Hãy yêu cầu IRO cấp khiếu nại nhanh nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó.

- Nếu họ đồng ý cho quý vị khiếu nại nhanh, thì họ phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị
- Nếu họ **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

Hạn chót cho khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2

Nếu quý vị khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2, thì IRO phải trả lời quý vị:

- **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi họ nhận được khiếu nại về loại thuốc mà quý vị không nhận được.
- **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại yêu cầu thanh toán lại cho loại thuốc mà quý vị đã mua.

Nếu IRO **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của IRO.
 - Nếu IRO **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị, thì điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi là không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Điều này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “bác bỏ khiếu nại của quý vị”.

Nếu IRO **Không Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền Khiếu Nại Cấp 3 nếu giá trị tiền mặt của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng giá trị tiền mặt tối thiểu. Nếu giá trị của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu thấp hơn mức tối thiểu bắt buộc, thì quý vị không thể khiếu nại lần nữa. Trong trường hợp đó, quyết định về Khiếu Nại Cấp 2 là quyết định cuối cùng. IRO sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ giá trị tối thiểu cần thiết để tiếp tục Khiếu Nại Cấp 3.

Nếu giá trị đáp ứng các yêu cầu, thì quý vị có thể quyết định xem mình có muốn tiếp tục khiếu nại hay không.

- Có ba cấp khiếu nại khác trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2.



- Nếu IRO **Không Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình khiếu nại, thì quý vị:
 - Quyết định liệu quý vị có muốn Khiếu Nại Cấp 3 hay không.
 - Tham khảo lá thư mà IRO đã gửi cho quý vị sau khi quý vị gửi Khiếu Nại Cấp 2 để biết chi tiết về cách thực hiện Khiếu Nại Cấp 3.

Một ALJ hay luật sư trọng tài xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi đòi hỏi cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi được cho nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện mà chúng tôi đòi hỏi và cần thiết trong việc chẩn đoán và điều trị chứng bệnh hoặc thương tích của quý vị. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm bệnh viện của chương trình, hãy tham khảo **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Trong thời gian nằm viện được đòi hỏi, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị rời khỏi bệnh viện. Họ cũng sẽ giúp điều phối dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị rời khỏi bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện” của quý vị.
- Bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng quý vị bị yêu cầu rời khỏi bệnh viện quá sớm hoặc quý vị có lo ngại về dịch vụ chăm sóc sau khi quý vị xuất viện, thì quý vị có thể yêu cầu được ở lại bệnh viện lâu hơn. Mục này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu.

Bất kể các khiếu nại được thảo luận ở **Mục H** này, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền với và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập để quý vị được tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền với và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập cùng với hoặc thay vì một Khiếu Nại Cấp 3.

H1. Tìm hiểu về quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị được nhập viện, một nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc y tá sẽ trao cho quý vị một văn bản thông báo có tên là "Một Thông Báo Quan Trọng của Medicare về Quyền của Quý Vị." Tất cả mọi người tham gia Medicare đều nhận được bản sao của thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo, hãy yêu cầu nhân viên bệnh viện cung cấp cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi 1800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1877-486-2048.

- **Hãy đọc kỹ thông báo** và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo đó cho biết về các quyền của quý vị với tư cách là một bệnh nhân tại bệnh viện, bao gồm các quyền:



- Nhận được các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian quý vị nằm viện. Quý vị có quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai sẽ thanh toán, và quý vị có thể nhận được dịch vụ ở đâu.
- Tham gia vào bất cứ quyết định nào về thời gian quý vị nằm viện.
- Biết nơi báo cáo những lo ngại của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
- Khiếu nại nếu quý vị cho rằng quý vị bị cho xuất viện quá sớm.
- **Ký tên vào thông báo** để cho thấy rằng quý vị đã nhận thông báo và hiểu về quyền của quý vị.
 - Quý vị hoặc người thay mặt quý vị có thể ký tên vào thông báo.
 - Việc ký tên vào thông báo **chỉ** chứng tỏ rằng quý vị đã nhận được thông tin về quyền của mình. Việc ký tên vào thông báo **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện thông báo cho quý vị.
- **Giữ bản sao thông báo** được ký tên này để quý vị có thông tin khi quý vị cần đến.

Nếu quý vị ký tên vào thông báo trước ngày rời khỏi bệnh viện hơn hai ngày, thì quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao thông báo nếu quý vị:

- Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang
- Gọi Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Khiếu Nại Cấp 1

Để yêu cầu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ nội trú của quý vị trong thời gian dài hơn, hãy gửi đơn khiếu nại. Tổ Chức Nâng Cao Phẩm Chất (Quality Improvement Organization, QIO) sẽ xem xét Khiếu Nại Cấp 1 để xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có thích hợp về mặt y tế hay không.

QIO gồm một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, là những người được chính phủ liên bang trả tiền. Các chuyên gia này kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho những người tham gia Medicare. Họ không thuộc chương trình của chúng tôi.

Ở California, QIO là Commence Health. Hãy gọi cho họ theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Thông tin liên lạc cũng có trong thông báo “Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị” và trong **Chương 2**.

Hãy gọi cho QIO trước khi quý vị rời khỏi bệnh viện và không trễ hơn ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

- **Nếu quý vị gọi điện trước khi xuất viện**, thì quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải trả phí trong khi chờ quyết định của QIO về khiếu nại của quý vị.



- **Nếu quý vị không gọi để khiếu nại** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, thì quý vị có thể phải trả tất cả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.
- Vì thời gian nằm viện được đài thọ bởi cả hai chương trình Medicare và Medi-Cal, nếu Tổ Chức Nâng Cao Phẩm Chất không xử lý yêu cầu được tiếp tục ở lại bệnh viện của quý vị, hay quý vị tin rằng trường hợp của quý vị là khẩn cấp, liên quan đến một mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, hay quý vị bị đau đớn dữ dội, thì quý vị cũng có thể nộp than phiền với hay yêu cầu Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC) California thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để biết cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập.

Hãy yêu cầu sự trợ giúp nếu cần. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

- Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang.
- Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu duyệt xét nhanh. Hành động nhanh chóng và liên hệ với QIO để yêu cầu duyệt xét nhanh việc xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý của **“duyet xét nhanh”** là **“duyet xét ngay lập tức”** hoặc **“duyet xét cấp tốc”**.

Điều gì sẽ diễn ra trong quy trình duyệt xét nhanh

- Các nhân viên duyệt xét của QIO sẽ hỏi quý vị, hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị nghĩ rằng bảo hiểm nên tiếp tục sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không bắt buộc phải viết bản tuyên bố, nhưng quý vị có thể nộp nếu muốn.
- Các nhân viên duyệt xét xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem lại thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chậm nhất vào buổi trưa của ngày sau khi các nhân viên duyệt xét cho chương trình của chúng tôi biết về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được một lá thư cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Lá thư đó cũng nêu lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi cho rằng đó là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế đối với quý vị.

Thuật ngữ pháp lý của văn bản giải thích này được gọi là **“Thông Báo Chi Tiết về Việc Xuất Viện”**. Quý vị có thể lấy mẫu bằng cách gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể tham khảo mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.



Trong vòng một ngày sau khi nhận được đầy đủ thông tin cần thiết, QIO sẽ trả lời khiếu nại của quý vị.

Nếu tổ chức QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đòi hỏi cho quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Họ tin rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi dành cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa ngày sau khi QIO trả lời khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện sau buổi trưa ngày sau khi QIO đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2 nếu tổ chức QIO từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, **và** quý vị vẫn ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện được ấn định.

H3. Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Hãy gọi cho họ theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày QIO **Không Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu duyệt xét này **chỉ** khi quý vị đã ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị chấm dứt.

Nhân viên duyệt xét QIO sẽ:

- Xem xét kỹ lưỡng tất cả những thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Thông báo cho quý vị quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu tổ chức QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện sau ngày QIO bác bỏ Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đòi hỏi cho quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định về Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và nộp đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền với hay yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập để quý vị được tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Mục E4** để biết cách nộp đơn than phiền và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập.

Một ALJ hay luật sư trọng tài xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về các Khiếu Nại Cấp 3, 4, và 5.



I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi một số dịch vụ y tế

Mục này chỉ đề cập đến ba loại dịch vụ mà quý vị có thể nhận được:

- dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn, **và**
- chăm sóc phục hồi chức năng ngoại trú tại CORF được Medicare chấp thuận. Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị đang được điều trị cho một chứng bệnh hoặc một tai nạn, hoặc quý vị đang phục hồi sau một cuộc đại phẫu.

Với bất cứ loại dịch vụ chăm sóc nào trong ba loại này, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ được đòi miễn là bác sĩ nói rằng quý vị cần chúng.

Khi chúng tôi quyết định ngưng đòi một dịch vụ nào trong số này, chúng tôi phải báo cho quý vị **trước khi** dịch vụ của quý vị chấm dứt. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt, chúng tôi sẽ ngưng thanh toán cho dịch vụ đó.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi ngưng bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **thì quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi**. Mục này cho quý vị biết cách yêu cầu một khiếu nại.

I1. Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản rằng quý vị sẽ có ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngừng thanh toán cho chi phí dịch vụ chăm sóc của quý vị. Đây được gọi là "Thông Báo về việc Medicare Không Đòi Thò". Thông báo này sẽ cho quý vị biết ngày mà chúng tôi ngừng đòi cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, và cách khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Quý vị hay người đại diện của quý vị phải ký vào thông báo này để cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký tên vào thông báo **chỉ** chứng tỏ rằng quý vị đã nhận được thông tin. Việc ký tên vào thông báo **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Khiếu Nại Cấp 1

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi ngưng bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, thì quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Mục này sẽ cho quý vị biết về quy trình Khiếu Nại Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng các hạn chót.** Các hạn chót rất quan trọng. Hiểu và tuân thủ các hạn chót áp dụng cho những điều mà quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân thủ các hạn chót. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng hạn chót của chúng tôi, thì quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Mục K** để biết thêm thông tin về than phiền.
- **Hãy yêu cầu sự trợ giúp nếu cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:
 - Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang.
 - Gọi cho Chương Trình HICAP theo số 1-800-434-0222.
- **Liên lạc với tổ chức QIO.**



- Tham khảo **Mục H2** hoặc xem **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về QIO và cách liên lạc với họ.
- Yêu cầu họ duyệt xét khiếu nại của quý vị và quyết định xem có cần thay đổi quyết định của chương trình chúng tôi hay không.
- **Hành động nhanh chóng và yêu cầu "khiếu nại nhanh"**. Hỏi QIO xem việc chấm dứt bảo hiểm dành cho các dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Hạn chót để quý vị liên lạc với tổ chức này

- Quý vị phải liên lạc với tổ chức QIO để bắt đầu khiếu nại của mình chậm nhất lúc 12 giờ trưa của ngày trước ngày hiệu lực ghi trên "Thông Báo về việc Medicare Không Đãi Thạo" mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu Tổ Chức Nâng Cao Phẩm Chất không xem xét yêu cầu của quý vị về việc tiếp tục bảo hiểm dành cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hay quý vị tin rằng trường hợp của quý vị là khẩn cấp, liên quan đến một mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, hay quý vị bị đau đớn dữ dội, thì quý vị có thể nộp đơn than phiền với hay yêu cầu Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC) California thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu cách nộp đơn than phiền với và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập.

Thuật ngữ pháp lý của văn bản thông báo này là **"Thông Báo về việc Medicare Không Đãi Thạo"**. Để lấy mẫu, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Hoặc lấy bản sao trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Những việc sẽ xảy ra trong quá trình khiếu nại nhanh

- Các nhân viên duyệt xét của QIO sẽ hỏi quý vị, hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị nghĩ rằng bảo hiểm nên tiếp tục. Quý vị không bắt buộc phải viết bản tuyên bố, nhưng quý vị có thể nộp nếu muốn.
- Các nhân viên duyệt xét xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem lại thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích lý do chấm dứt bảo hiểm dành cho các dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo vào cuối ngày nhân viên duyệt xét thông báo cho chúng tôi về khiếu nại của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý của thông báo giải thích là bản **"Giải Thích Chi Tiết Việc Không Đãi Thạo"**.

- Nhân viên duyệt xét sẽ cho biết quyết định của họ trong vòng tròn một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin mà họ cần.



Nếu tổ chức QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi cho quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo.
- Chúng tôi sẽ ngưng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc này vào ngày ghi trên thông báo.
- Quý vị sẽ tự trả toàn bộ chi phí chăm sóc này nếu quý vị quyết định tiếp tục dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ CORF sau ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc
- Quý vị quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục các dịch vụ này hay không và nộp đơn Khiếu Nại Cấp 2.

13. Khiếu Nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định mà họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số điện thoại của QIO.

Quý vị phải yêu cầu duyệt xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày QIO **Không Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu việc duyệt xét này **chỉ** khi quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt.

Nhân viên duyệt xét QIO sẽ:

- Xem xét kỹ lưỡng tất cả những thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Thông báo cho quý vị quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu tổ chức QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi cho biết là bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc miễn là dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định chấm dứt dịch vụ chăm sóc của chúng tôi và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ những việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và nộp đơn Khiếu Nại Cấp 3.
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền với DMHC và yêu cầu Sở thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập để bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được tiếp tục. Vui lòng tham khảo **Mục F4** để biết cách yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể nộp đơn than phiền với DMHC và yêu cầu Sở thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập cùng với hoặc thay vì một Khiếu Nại Cấp 3.

Một ALJ hay luật sư trọng tài xử lý Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về các Khiếu Nại Cấp 3, 4, và 5.



J. Tiến hành khiếu nại lên trên Cấp 2

J1. Những bước cần làm tiếp theo đối với dịch vụ và vật dụng Medicare

Nếu quý vị đã gửi Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 về các dịch vụ hoặc vật dụng Medicare và cả hai khiếu nại của quý vị đều bị bác bỏ, thì quý vị có thể có quyền yêu cầu được khiếu nại ở những cấp khác.

Nếu giá trị của dịch vụ hoặc vật dụng Medicare mà quý vị khiếu nại không đạt số tiền tối thiểu nhất định, thì quý vị không thể khiếu nại thêm nữa. Nếu giá trị đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quy trình khiếu nại. Lá thư mà quý vị nhận được từ IRO về Khiếu Nại Cấp 2 sẽ giải thích quý vị cần liên hệ với ai và phải làm gì để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của thủ tục khiếu nại là một phiên điều trần trước ALJ. Người đưa ra quyết định là một ALJ hoặc một luật sư trọng tài làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị, thì chúng tôi có quyền khiếu nại quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi **khuyến nghị** quyết định đó, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao yêu cầu Khiếu Nại Cấp 4 kèm theo bất kỳ tài liệu nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định về Khiếu Nại Cấp 4 trước khi cho phép hay cung cấp dịch vụ đang bị tranh chấp.
- Nếu chúng tôi **không khuyến nghị** quyết định đó, thì chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc luật sư trọng tài.
 - Nếu ALJ hay luật sư trọng tài **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị, thì quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.
- Nếu quý vị **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quý vị có thể tiếp tục cấp tiếp theo trong quy trình khiếu nại. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết cách thực hiện Khiếu Nại Cấp 4.

Khiếu Nại Cấp 4

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng) xem xét khiếu nại của quý vị và phản hồi quý vị. Hội Đồng thuộc chính phủ liên bang.

Nếu Hội Đồng **Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu duyệt xét quyết định Khiếu Nại Cấp 3 của chúng tôi mà có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền khiếu nại lên Cấp 5.

- Nếu chúng tôi **khuyến nghị** quyết định đó, thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Nếu chúng tôi **không khuyến nghị** quyết định đó, thì chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội Đồng.



Nếu Hội Đồng **Không Chấp Thuận** hoặc từ chối yêu cầu xem xét của chúng tôi, thì quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quý vị có thể tiếp tục cấp tiếp theo trong quy trình khiếu nại. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 5 hay không và cách thực hiện.

Khiếu Nại Cấp 5

- Thẩm phán Tòa Án Liên Bang sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và tất cả thông tin rồi quyết định **Chấp Thuận** hoặc **Không**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác sau Tòa Án Liên Bang.

J2. Các khiếu nại Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có các quyền khiếu nại bổ sung nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến những dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medi-Cal đài thọ. Lá thư mà quý vị nhận được từ Ban Điều Trần Tiểu Bang sẽ cho quý vị biết cần làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình khiếu nại.

Nếu quý vị vẫn không đồng ý với quyết định này, quý vị có thể:

* Yêu cầu Duyệt Xét Y Tế Độc Lập và một nhân viên duyệt xét bên ngoài, không liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe, sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị.

* Yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và một thẩm phán sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị.

Quý vị có thể đồng thời yêu cầu thực hiện cả Duyệt Xét Y Tế Độc Lập và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Quý vị cũng có thể yêu cầu thủ tục này trước thủ tục kia để xem nó có giải quyết vấn đề của quý vị trước không. Ví dụ: nếu quý vị yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập trước, nhưng không đồng ý với quyết định đó, quý vị vẫn có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang sau đó. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trước, và Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang đó đã diễn ra, quý vị không thể yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. Trong trường hợp này, Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang có quyết định cuối cùng.

Quý vị sẽ không phải trả phí để thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập hay Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

DUYỆT XÉT Y TẾ ĐỘC LẬP

Nếu quý vị muốn thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập, quý vị phải yêu cầu thực hiện trong vòng 180 ngày kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại. Đoạn văn dưới đây sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu thực hiện Duyệt Xét Y Tế Độc Lập. 1 Lưu ý rằng thuật ngữ “phản nản” đề cập đến cả “than phiền” và “khiếu nại”.

“Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có phản nản về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, trước hết quý vị cần gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số 1-888-839-9909 và áp dụng thủ tục phản nản của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó trước khi liên lạc với Sở. Việc sử



dụng quy trình giải quyết phàn nàn này không làm mất đi bất cứ quyền pháp lý hoặc giải pháp tiềm năng nào mà quý vị có thể có. Nếu quý vị cần được trợ giúp về một phàn nàn liên quan đến một trường hợp cấp cứu, một phàn nàn chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hoặc một phàn nàn đã quá 30 ngày mà vẫn không được giải quyết, quý vị có thể gọi đến Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện nhận Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện với IMR, thủ tục IMR sẽ đưa ra một duyệt xét khách quan về các quyết định y tế của một chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị đã được đề nghị, các quyết định bảo hiểm cho việc điều trị mang tính nghiên cứu hoặc thử nghiệm, và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. Sở cũng có một số điện thoại miễn phí (1-888-466-2219) và một đường dây TDD (1-877-688-9891) dành cho những người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang mạng internet của sở www.dmhc.ca.gov có các mẫu đơn than phiền, mẫu đơn xin IMR và các hướng dẫn trực tuyến."

PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG

Nếu quý vị muốn một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị phải yêu cầu nó trong vòng 120 ngày kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại. Tuy nhiên, nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị tiếp tục cung cấp cho quý vị (các) dịch vụ bị tranh chấp (Trợ Giúp Thanh Toán Trong Lúc Chờ Giải Quyết) trong thủ tục khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe và quý vị muốn (các) dịch vụ được tiếp tục cho đến khi có quyết định về Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị, quý vị phải yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng 10 ngày kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại này. Ngay cả khi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải cấp Trợ Giúp Thanh Toán Trong Lúc Chờ Giải Quyết cho quý vị khi quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo cách này, quý vị cũng nên thông báo cho chương trình bảo hiểm sức khỏe biết là quý vị muốn được Trợ Giúp Thanh Toán Trong Lúc Chờ Giải Quyết cho đến khi Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị được quyết định. Quý vị cần liên lạc với Ban Dịch Vụ Hội Viên L.A. Care bằng cách gọi 1-888-839-9909, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY 711.

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo những cách sau đây:

* Trực tuyến tại www.cdss.ca.gov

* Qua điện thoại: Gọi 1-800-743-8525. Đường dây điện thoại này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được lời nhắn yêu cầu gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nghe hay nói rõ, xin gọi TTY/ TDD 1-800-952-8349.

* Bằng văn bản: Điền biểu mẫu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc viết thư. Gửi qua bưu điện hay chuyển fax đến:

Qua thư: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

Fax: (916) 309-3487 hoặc số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903



Một mẫu đơn xin Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được đính kèm trong thư này. Nhớ cho biết tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An Sinh Xã Hội và/hoặc Số Nhận Dạng Khách Hàng (Client Identification Number, CIN) của quý vị, và lý do quý vị muốn một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu một người nào đó giúp quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, vui lòng ghi rõ tên, địa chỉ và số điện thoại của người này trong mẫu đơn hay thư đó. Nếu quý vị cần thông dịch viên, xin cho Ban Điều Trần Tiểu Bang biết quý vị sử dụng ngôn ngữ nào. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Ban Điều Trần Tiểu Bang sẽ cung cấp thông dịch viên cho quý vị. Nếu quý vị có khuyết tật, Ban Điều Trần Tiểu Bang có thể thực hiện những hỗ trợ đặc biệt, miễn phí để giúp quý vị tham dự phiên điều trần. Vui lòng cho biết thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị và những hỗ trợ mà quý vị cần.

Sau khi quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, có thể phải mất đến 90 ngày để quyết định trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị thư trả lời. Nếu quý vị cho rằng việc chờ đợi lâu như thế sẽ làm tổn hại sức khỏe của quý vị, quý vị có thể nhận được thư trả lời trong vòng 3 ngày. Hãy yêu cầu bác sĩ hay chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị viết thư cho quý vị. Lá thư này phải giải thích chi tiết vì sao việc chờ đến 90 ngày mới được quyết định về trường hợp của quý vị sẽ gây hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe, hay khả năng đạt được, duy trì hay phục hồi chức năng tối đa của quý vị. Sau đó, hãy nhớ yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tốc và nộp lá thư này cùng với đơn yêu cầu phiên điều trần của quý vị.

Quý vị có thể tự trình bày tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Hoặc, quý vị có thể nhờ một người thân, người bạn, người bảo vệ quyền lợi, bác sĩ hay luật sư trình bày thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác trình bày thay cho quý vị, quý vị phải thông báo cho Ban Điều Trần Tiểu Bang rằng người đó được phép trình bày thay cho quý vị. Người này được gọi là Người Đại Diện Được Chấp Thuận.

TRỢ GIÚP VỀ PHÁP LÝ

Quý vị có thể được trợ giúp về pháp lý miễn phí. Gọi đến Sở Sự Vụ Người Tiêu Dùng và Doanh Nghiệp Quận Los Angeles theo số 1-800-593-8222. Quý vị cũng có thể gọi cho Hiệp Hội Trợ Giúp Pháp Lý địa phương ở quận của quý vị theo số 1-888-804-3536.

J3. Các Khiếu Nại Cấp 3, 4, và 5 đối với các Yêu Cầu Thuốc Medicare Phần D

Mục này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 và Cấp 2, và cả hai khiếu nại của quý vị đều bị bác bỏ.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị khiếu nại đạt đến một số tiền nhất định, thì quý vị có thể khiếu nại lên các cấp cao hơn. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích quý vị cần liên hệ với ai và phải làm gì để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

Khiếu Nại Cấp 3

Cấp 3 của thủ tục khiếu nại là một phiên điều trần trước ALJ. Người đưa ra quyết định là một ALJ hoặc một luật sư trọng tài làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư trọng tài **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.



- Chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ với khiếu nại cấp tốc) hoặc thực hiện thanh toán trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hay luật sư trọng tài **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị, thì quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quý vị có thể tiếp tục cấp tiếp theo trong quy trình khiếu nại. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết cách thực hiện Khiếu Nại Cấp 4.

Khiếu Nại Cấp 4

Hội Đồng xem xét khiếu nại của quý vị và phản hồi quý vị. Hội Đồng thuộc chính phủ liên bang.

Nếu Hội Đồng **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ với khiếu nại cấp tốc) hoặc thực hiện thanh toán trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu Hội Đồng **Không Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xem xét, thì quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, thì quý vị có thể tiếp tục cấp tiếp theo trong quy trình khiếu nại. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể nộp đơn Khiếu Nại Cấp 5 hay không và cách thực hiện.

Khiếu Nại Cấp 5

- Thẩm phán Tòa Án Liên Bang sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và tất cả thông tin rồi quyết định **Chấp Thuận** hoặc **Không**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác sau Tòa Án Liên Bang.



K. Cách nộp đơn than phiền

K1. Nên than phiền đối với những loại vấn đề nào

Quy trình than phiền chỉ được dùng cho một số loại vấn đề, chẳng hạn như vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, điều phối dịch vụ và dịch vụ khách hàng. Sau đây là một số ví dụ về những loại vấn đề được giải quyết bằng thủ tục than phiền.

Than phiền	Ví dụ
Chất lượng của dịch vụ chăm sóc y tế	Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc mà quý vị được cung cấp tại bệnh viện.
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	Quý vị cho rằng một người nào đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc đã tiết lộ thông tin bảo mật về quý vị.
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã thô lỗ hay không tôn trọng quý vị. - Nhân viên của chúng tôi đã đối xử tệ với quý vị. - Quý vị cho rằng quý vị đang bị ép rời khỏi chương trình của chúng tôi.
Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ	- Quý vị không thể tiếp cận về mặt thể chất các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ sở tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ. - Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho ngôn ngữ không phải tiếng Anh mà quý vị sử dụng (chẳng hạn như Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ hoặc tiếng Tây Ban Nha). - Nhà cung cấp dịch vụ không cung cấp cho quý vị các điều chỉnh hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ	- Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc phải chờ quá lâu mới đặt được lịch hẹn. - Bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác, Dịch Vụ Hội Viên hoặc nhân viên khác của chương trình khiến quý vị phải chờ đợi quá lâu.
Vệ sinh	Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ không được sạch sẽ.
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	- Quý vị cho rằng chúng tôi không gửi cho quý vị thông báo hay thư từ nào đó mà lẽ ra quý vị đã nhận được. - Quý vị cho rằng văn bản thông tin mà chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.
Tính kịp thời liên quan đến quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại	- Quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng các hạn chót của chúng tôi trong việc đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời khiếu nại của quý vị. - Quý vị nghĩ rằng, sau khi quý vị nhận được quyết định bảo hiểm hoặc quyết định về khiếu nại có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng các hạn chót trong việc chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc hoàn trả cho quý vị đối với một số dịch vụ y tế. - Quý vị cho là chúng tôi đã không gửi hồ sơ của quý vị lên IRO đúng lúc.



Có các loại than phiền khác nhau. Quý vị có thể nộp đơn than phiền nội bộ và/hoặc than phiền bên ngoài. Một than phiền nội bộ được nộp cho và duyệt xét bởi chương trình của chúng tôi. Một than phiền bên ngoài được nộp cho và duyệt xét bởi một tổ chức không có liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần được trợ giúp để nộp đơn than phiền nội bộ và/hoặc bên ngoài, thì quý vị có thể gọi

1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.

Quý vị có thể gửi than phiền của quý vị đến Medicare đối với các than phiền bên ngoài.

Mẫu Đơn Than Phiền Medicare hiện có tại:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Thuật ngữ pháp lý của "than phiền" là "**phàn nàn**."

Thuật ngữ pháp lý của "nộp đơn than phiền" là "**nộp đơn phàn nàn**".

K2. Than phiền nội bộ

Để nộp đơn than phiền nội bộ, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Quý vị có thể nộp đơn than phiền bất cứ lúc nào trừ khi than phiền đó liên quan đến thuốc Medicare Phần D. Nếu than phiền đó liên quan đến một loại thuốc Medicare Phần D, thì quý vị phải nộp đơn **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi quý vị gặp phải vấn đề mà quý vị muốn than phiền.

- Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ cho quý vị biết nếu quý vị cần làm gì thêm.
- Quý vị cũng có thể viết thư than phiền và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị trình bày than phiền của quý vị bằng văn bản, thì chúng tôi sẽ trả lời than phiền của quý vị bằng văn bản.
- Có thể nộp Phàn Nàn và Khiếu Nại theo các cách sau đây:
 - Điện thoại:** 1-833-522-3767 (TTY 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ
Fax: 1-213-438-5748
 - Thư tín:** L.A. Care Health Plan
Attention: Appeals & Grievance Department -348
1200 W. 7th Street
Los Angeles, CA 90081
 - Trực tuyến:** <https://www.lacare.org/online-grievance-form>
- Trong trường hợp một hội viên muốn một người nào đó hành động thay cho mình (như người thân, luật sư), một mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện (Appointment of Representative, AOR) phải được hoàn tất
<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> và được gửi đến L.A. Care bằng cách chuyển fax hay địa chỉ gửi thư được cho ở trên. Bác sĩ điều trị của hội viên đó không cần phải hoàn tất AOR khi nộp đơn Khiếu Nại thay cho hội viên đó.
- Khung Thời Gian để Nộp Đơn Phàn Nàn và Khiếu Nại

If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.



Khiếu nại**Phần C (Tái xem xét)**

- Hội viên có 60 ngày kể từ ngày bị từ chối để nộp đơn khiếu nại. Khiếu nại có thể được tiếp nhận sau 60 ngày nếu có lý do chính đáng.
- Khung Thời Gian Cấp Tốc: 72 giờ
- Khung Thời Gian Tiêu Chuẩn: 30 ngày trước khi nhận dịch vụ/ 60 ngày sau khi nhận dịch vụ

Phần D (Tái xác định)

- Hội viên có 60 ngày kể từ ngày bị từ chối để nộp đơn khiếu nại. Khiếu nại có thể được tiếp nhận sau 60 ngày nếu có lý do chính đáng.
- Khung Thời Gian Cấp Tốc: 72 giờ
- Khung Thời Gian Tiêu Chuẩn: 7 ngày

Phàn nàn**Phần D**

- Hội viên có thể nộp đơn phàn nàn hay thể hiện sự không hài lòng bất cứ lúc nào.

Mọi Than Phiền Khác

- Hội viên có thể nộp đơn than phiền hay thể hiện sự không hài lòng bất cứ lúc nào.
- Khung Thời Gian Phàn Nàn Cấp Tốc: 24 giờ
- Khung Thời Gian Tiêu Chuẩn: 30 ngày
- Hồ sơ có thể được gia hạn thêm 14 ngày.
- Thuật ngữ pháp lý của "than phiền nhanh" là "phàn nàn cấp tốc."

Thuật ngữ pháp lý của "than phiền nhanh" là "phàn nàn cấp tốc."

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để than phiền, chúng tôi có thể trả lời cho quý vị trong cùng một cuộc gọi điện thoại. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi trả lời nhanh chóng, thì chúng tôi sẽ làm điều đó.

- Chúng tôi sẽ trả lời hầu hết các than phiền trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng sẽ cung cấp thông tin cập nhật về tình trạng và thời gian dự kiến để quý vị nhận được câu trả lời.
- Nếu quý vị gửi thư than phiền vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về một "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc một "khiếu nại nhanh", thì chúng tôi sẽ tự động áp dụng quy trình "than phiền nhanh" cho quý vị và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.



- Nếu quý vị nộp đơn than phiền vì chúng tôi đã mất thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc quyết định về khiếu nại, thì chúng tôi sẽ tự động áp dụng quy trình "than phiền nhanh" cho quý vị và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hay toàn bộ than phiền của quý vị, thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết và giải thích lý do tại sao. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị cho dù chúng tôi có đồng ý với than phiền đó hay không.

K3. Than phiền bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể cho Medicare biết về than phiền của quý vị hoặc gửi than phiền đến Medicare. Biểu Mẫu Than Phiền Medicare có tại: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị không cần nộp đơn than phiền với L.A. Care Medicare Plus trước khi nộp đơn than phiền với Medicare.

Medicare nghiêm túc xem xét các than phiền của quý vị và sử dụng thông tin này để cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có phản hồi hay lo ngại nào khác, hay nếu quý vị cảm thấy rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe không giải quyết vấn đề của mình, thì quý vị cũng có thể gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi này được miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên của chương trình Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal thuộc Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS) California bằng cách gọi 1-888-452-8609. Người dùng TTY có thể gọi 711. Gọi từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều

Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (DMHC) California. DMHC có trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp thuộc DMHC để được trợ giúp với những than phiền về dịch vụ Medi-Cal. Đối với những vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn than phiền lên DMHC nếu quý vị không đồng ý với quyết định trong khiếu nại Cấp 1 hoặc nếu chương trình không giải quyết than phiền của quý vị sau 30 ngày theo lịch. Tuy nhiên, quý vị có thể liên hệ với DMHC mà không cần nộp đơn khiếu nại Cấp 1 nếu quý vị cần trợ giúp về than phiền liên quan đến vấn đề khẩn cấp hoặc vấn đề liên quan đến mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, nếu quý vị bị đau dữ dội, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình của chúng tôi về than phiền của quý vị hoặc nếu chương trình của chúng tôi không giải quyết than phiền của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Có hai cách để yêu cầu Trung Tâm Trợ Giúp trợ giúp:

- Gọi số 1-888-466-2219. Những người khiếm thính, nặng tai hoặc khiếm âm có thể gọi số TTY miễn phí: 1-877-688-9891. Cuộc gọi này được miễn phí.
- Vào trang mạng của Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe (www.dmhca.gov).



Văn Phòng Dân Quyền (OCR)

Quý vị có thể gửi than phiền cho Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights, OCR) thuộc Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh (Health and Human Services, HHS) nếu quý vị cho rằng mình đã bị đối xử không công bằng. Ví dụ: quý vị có thể nộp đơn than phiền về việc tiếp cận phương tiện cho người khuyết tật hay việc hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của OCR là 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697. Quý vị có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên lạc với văn phòng OCR địa phương tại:

VIẾT THƯ: Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

GỌI: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

FAX: 1-202-619-3818

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disability Act, ADA) và bất kỳ luật hiện hành nào của tiểu bang. Quý vị có thể liên lạc với Chương Trình Thanh Tra để được trợ giúp. Số điện thoại của họ là 1-888-452-8609.

QIO

Khi quý vị than phiền về chất lượng chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể than phiền về chất lượng chăm sóc trực tiếp với QIO.
- Quý vị có thể than phiền với QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị than phiền với QIO, thì chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết than phiền của quý vị.

QIO là một nhóm các bác sĩ đang hành nghề và những chuyên gia y tế khác được chính quyền liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, hãy tham khảo **Mục H2** hoặc **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Tại California, QIO được gọi là Commence Health. Số điện thoại của Commence Health là 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



Chương 10: Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Phần Giới Thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm sức khỏe sau khi quý vị rời khỏi chương trình. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, thì quý vị vẫn được tham gia chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị vẫn hội đủ điều kiện. Những thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Mục Lục

A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên với chương trình của chúng tôi.....	240
B. Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình chúng tôi	241
C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt	241
C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị.....	241
C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị.....	245
D. Các vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt.....	246
E. Những trường hợp khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt.....	246
F. Quy định không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan đến sức khỏe.....	247
G. Quý vị có quyền than phiền nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi	247
H. Cách lấy thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị	247



A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên với chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình vào một số thời điểm trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal,

- quý vị có thể chọn chấm dứt tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình chúng tôi trong những giai đoạn sau đây trong mỗi năm:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Tự Do**, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên của quý vị tại chương trình mới bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Giai Đoạn Ghi Danh Tự Do của Medicare Advantage (MA)**, kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng dành cho người thụ hưởng Medicare mới mà có ghi danh vào một chương trình, từ tháng được hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối của tháng hưởng quyền lợi thứ 3. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác trong đó quý vị hội đủ điều kiện để thay đổi tình trạng ghi danh của mình. Ví dụ, khi:

- quý vị chuyển nhà khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi,
- tình trạng đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Trợ Giúp Thêm của quý vị đã thay đổi, **hoặc**
- nếu quý vị mới chuyển vào, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc tại, hoặc mới rời khỏi cơ sở điều dưỡng hay bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị chấm dứt vào ngày cuối của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Ví dụ: nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1 thì bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi chấm dứt vào ngày 31 tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (ngày 1 tháng 2 trong ví dụ này).

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Mục C1**.
- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal trong **Mục C2**.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách hội viên của quý vị bằng cách gọi:

- Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này. Số điện thoại cho người dùng TTY cũng được liệt kê ở đó.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ

If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.



8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hay tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP. Tổ chức Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-430-7077.

- Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên của chương trình Chăm Sóc Có Quản Lý Medi-Cal theo số 1-888-452-8609, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc gửi e-mail đến MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Nếu quý vị ở trong chương trình quản lý thuốc (Drug Management Program, DMP), thì quý vị có thể không được thay đổi chương trình. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về chương trình quản lý thuốc.

B. Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình chúng tôi

Nếu quý vị quyết định chấm dứt tư cách hội viên của mình, quý vị có thể ghi danh vào một chương trình Medicare khác hay chuyển sang chương trình Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare nhưng chưa chọn chương trình thuốc Medicare riêng biệt, thì quý vị phải yêu cầu hủy bỏ việc ghi danh trong chương trình của chúng tôi. Có hai cách quý vị có thể yêu cầu được hủy bỏ việc ghi danh:

- Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.
- Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY (người gặp khó khăn trong việc nghe hay nói) nên gọi 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc khác thuộc Medicare. Nhiều thông tin khác về việc nhận dịch vụ Medicare của quý vị khi quý vị rời chương trình của chúng tôi được trình bày tại biểu đồ ở trang <6>.
- Gọi cho tổ chức Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-430-7077.
- **Mục C** bên dưới trình bày các bước có thể thực hiện để ghi danh vào một chương trình khác, cũng có nghĩa là chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Quý vị có nhiều lựa chọn về việc nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal nếu quý vị quyết định rời khỏi chương trình của chúng tôi.

C1. Dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare của quý vị được liệt kê bên dưới vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có một lựa chọn bổ sung được liệt kê bên dưới trong một



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

số thời điểm trong năm bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Tự Do** và **Giai Đoạn Ghi Danh Tự Do Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được mô tả trong **Mục A**. Khi chọn một trong ba lựa chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể đổi sang: Một Chương Trình Medicare Medi-Cal (Medi-Medi Plan) là một loại chương trình Medicare Advantage Plan. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, và kết hợp các quyền lợi của Medicare và Medi-Cal thành một chương trình. Các Chương Trình Medi-Medi điều phối mọi quyền lợi và dịch vụ của cả hai chương trình, bao gồm cả mọi quyền lợi được Medicare và Medi-Cal đài thọ hay Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Niên (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), nếu quý vị đủ tiêu chuẩn. Lưu ý: Thuật ngữ Chương Trình Medi-Medi là tên của các chương trình nhu cầu đặc biệt hội đủ tiêu chuẩn cho cả hai chương trình (dual eligible special needs plans, D-SNP) hợp nhất tại California.	Đây là điều cần làm: Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Niên (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần được trợ giúp hay cần thêm thông tin: Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hay tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. HOẶC Ghi danh vào một Chương Trình Medi-Medi mới. Quý vị sẽ được tự động hủy bỏ việc ghi danh trong chương trình Medicare khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu có hiệu lực. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi để phù hợp với Chương Trình Medi-Medi của quý vị.
---	---



2. Quý vị có thể đổi sang: Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt và một chương trình Medi-Cal.	Đây là điều cần làm: Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần được trợ giúp hay cần thêm thông tin: • Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hay tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. HOẶC Ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare mới. Quý vị sẽ được tự động hủy bỏ việc ghi danh trong chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu có hiệu lực. Quý vị sẽ vẫn được ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn một chương trình khác.
---	--



3. Quý vị có thể đổi sang:**Chương trình Original Medicare
không có chương trình thuốc theo toa
Medicare riêng biệt**

LƯU Ý: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, thì Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia.

Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc khi quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, như bảo hiểm qua hãng sở hoặc nghiệp đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc quý vị có cần bảo hiểm thuốc hay không, vui lòng gọi Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi và Tư Vấn về Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) của California theo số **1-800-434-0222**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng tới 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Đây là điều cần làm:

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

Nếu quý vị cần được trợ giúp hay cần thêm thông tin:

- Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Để biết thêm thông tin hay tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Quý vị sẽ được tự động hủy bỏ việc ghi danh trong chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu có hiệu lực.

Quý vị sẽ vẫn được ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn một chương trình khác.



4. Quý vị có thể đổi sang: Bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare trong một số thời điểm trong năm bao gồm Giai Đoạn Ghi Danh Tự Do và Giai Đoạn Ghi Danh Tự Do Medicare Advantage hoặc các trường hợp khác được mô tả trong Mục A.	Đây là điều cần làm: Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Niên (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần được trợ giúp hay cần thêm thông tin: Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hay tìm một văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. HOẶC Ghi danh vào một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ được tự động hủy bỏ việc ghi danh trong chương trình Medicare khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu có hiệu lực. Chương Trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.
--	---

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu có thắc mắc về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị sau khi rời chương trình chúng tôi, xin liên lạc tổ chức Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-430-7077. Hoặc truy cập www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Hãy hỏi việc tham gia chương trình khác hoặc trở lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng đến cách quý vị nhận bảo hiểm Medi-Cal như thế nào.

Quý vị có thể yêu cầu rời L.A. Care bằng cách liên lạc văn phòng dịch vụ nhân sinh và y tế của quận nơi quý vị cư trú.

Tìm văn phòng địa phương của quý vị tại <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>. Hoặc gọi cho tổ chức Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe



D. Các vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt

Nếu quý vị rời chương trình chúng tôi, có thể phải mất thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị sẽ tiếp tục nhận thuốc và dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.
- Sử dụng các nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi, bao gồm cả dịch vụ đặt thuốc qua đường bưu điện để mua toa thuốc.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách hội viên L.A. Care Medicare Plus của quý vị kết thúc, thì chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho thời gian nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị xuất viện. Điều này sẽ diễn ra ngay cả khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

E. Những trường hợp khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi chấm dứt

Đây là những trường hợp chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu có sự gián đoạn trong bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện với Medi-Cal. Chương trình chúng tôi dành cho người hội đủ tiêu chuẩn cho cả hai chương trình Medicare và Medi-Cal. Lưu ý: nếu không còn đủ điều kiện nhận Medi-Cal, quý vị có thể tạm thời tiếp tục tham gia chương trình chúng tôi với các quyền lợi Medicare, vui lòng xem thông tin bên dưới về khoảng thời gian được coi là tiếp tục đủ điều kiện. Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) California hay các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) có thể hủy bỏ việc ghi danh của quý vị trong Medi-Cal nếu họ xác định rằng quý vị không còn hội đủ điều kiện tham gia chương trình.
- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi lâu hơn sáu tháng.
 - Nếu quý vị chuyển đi hoặc du lịch lâu ngày, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên để biết nơi quý vị chuyển đến hoặc đi du lịch có thuộc khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị đi tù hay bị giam vì tội hình sự.
- Nếu quý vị cung cấp sai lệch hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có cho thuốc.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hay không cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
 - Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hay cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ để làm hội viên của chương trình chúng tôi.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không hội đủ điều kiện để vẫn là hội viên trên cơ sở này.
- Chúng tôi phải hủy bỏ việc ghi danh của quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị đang ở trong giai đoạn 3 tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage Plan đài thọ. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ không tiếp tục đài thọ các quyền lợi Medicaid được bao gồm theo Chương Trình Tiểu Bang Medicaid áp dụng, và chúng tôi cũng sẽ không thanh toán lệ phí bảo hiểm hay chi phí cùng trả của Medicare mà lẽ ra tiểu bang phải chịu trách nhiệm nếu quý vị không mất tính hội đủ điều kiện nhận Medicaid của mình. Chi phí dịch vụ của quý vị có thể thay đổi. Chúng tôi có thể buộc quý vị rời khỏi chương trình vì những lý do sau đây nếu chúng tôi được Medicare và Medi-Cal cho phép trước:

- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi, và thông tin này ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện của quý vị với chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị liên tục cư 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 những hội viên khác trong chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị cho người khác dùng Thẻ ID Hội Viên của quý vị để được chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này.)

F. Quy định không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất cứ lý do gì liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi vì một lý do liên quan đến sức khỏe, xin **gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

G. Quý vị có quyền than phiền nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, thì chúng tôi phải cho quý vị biết lý do bằng văn bản vì sao chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn phản nàn hay than phiền về việc chúng tôi quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về cách than phiền.

H. Cách lấy thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc hay muốn lấy thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Phần Giới Thiệu

Chương này bao gồm những thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên* này, chúng tôi có cung cấp những thuật ngữ chính cùng định nghĩa của chúng theo thứ tự bảng chữ cái.

Mục Lục

A. Thông báo về luật	249
B. Thông báo của liên bang về việc không phân biệt đối xử.....	249
C. Thông báo về việc không phân biệt đối xử cho Medi-Cal	249
D. Thông báo về việc Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là bên thanh toán sau cùng	251
E. Thông báo về thu hồi chi phí Medi-Cal từ tài sản thừa kế	251



A. Thông báo về luật

Nhiều luật áp dụng cho *Cẩm Nang Hội Viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của bạn ngay cả khi những luật này không được bao gồm hoặc giải thích trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Các luật chính áp dụng là các luật của liên bang và tiểu bang về chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật liên bang và tiểu bang khác cũng có thể được áp dụng.

B. Thông báo của liên bang về việc không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, dân tộc, quốc tịch, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, lịch sử xin bồi hoàn, tiền sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực phục vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, phải tuân thủ luật liên bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu Mục VI của Đạo Luật Dân Quyền năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi Chức Năng năm 1973, Đạo Luật Phân Biệt Đối Xử do Tuổi Tác năm 1975, Đạo Luật Người Khuyết Tật Hoa Kỳ, Mục 1557 của Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho tổ chức nhận tài trợ liên bang cũng như bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị cần thêm thông tin hay có quan ngại về việc phân biệt đối xử hay việc đối xử không công bằng:

- Gọi cho Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

C. Thông báo về việc không phân biệt đối xử cho Medi-Cal

Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử khác biệt với quý vị vì chủng tộc, dân tộc, quốc tịch, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, lịch sử xin bồi hoàn, tiền sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực phục vụ. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt với mọi người một cách bất hợp pháp vì nguồn gốc tổ tiên, nhóm dân tộc, nhân dạng giới tính, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng sức khỏe.

Nếu quý vị cần thêm thông tin hay có quan ngại về việc phân biệt đối xử hay việc đối xử không công bằng:

- Gọi cho Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Văn Phòng Dân Quyền theo số 916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi 711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông). Nếu quý vị tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn phàn nàn về hành vi phân biệt đối xử, hãy liên hệ.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.

- Qua điện thoại: Liên lạc với Trưởng Ban Phụ Trách Tuân Thủ của L.A.Care Health Plan, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ, bằng cách gọi số **1-833-522-3767**. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hay nói rõ, vui lòng gọi **TTY 711**.
- Bằng văn bản: Điền đơn khiếu nại hoặc viết một lá thư và gửi đến:
 L.A. Care Health Plan
 Chief Compliance Officer
 1200 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017
- Trực tiếp: Đến văn phòng của bác sĩ quý vị hoặc L.A. Care Health Plan và cho biết quý vị muốn nộp đơn phản nài về dân quyền.
- Qua phương tiện điện tử: Truy cập trang mạng của L.A. Care Health Plan tại www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form hoặc gửi email đến civilrightscoordinator@lacare.org.

Nếu phản nài của quý vị liên quan đến sự phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền với Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Văn Phòng Dân Quyền, qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi số 711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông).
- Bằng văn bản: Điền đơn than phiền hoặc gửi thư đến:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Các biểu mẫu than phiền có tại www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Qua phương tiện điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần được trợ giúp trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một nhà cung cấp dịch vụ, xin gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên. Nếu quý vị có than phiền, chẳng hạn như vấn đề về lối đi dành cho xe lăn, ban Dịch Vụ Hội Viên có thể trợ giúp.



D. Thông báo về việc Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là bên thanh toán sau cùng

Đôi khi một người khác phải trả tiền trước cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị bị tai nạn xe cộ hoặc nếu quý vị bị chấn thương tại nơi làm việc, bên bảo hiểm hoặc Bồi Thường Người Lao Động phải thanh toán trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà trong đó Medicare không phải là bên thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân theo các luật pháp và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan tới trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các hội viên. Chúng tôi sử dụng mọi biện pháp hợp lý để bảo đảm rằng Medi-Cal là bên thanh toán sau cùng.

Hội viên Medi-Cal phải sử dụng tất cả các bảo hiểm sức khỏe khác (Other Health Coverage, OHC) trước Medi-Cal khi dịch vụ tương tự có sẵn theo bảo hiểm sức khỏe của quý vị vì Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng. Điều này có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp, Medi-Cal sẽ là bên thanh toán thứ cấp đối với Medicare OHC, chi trả các chi phí được phép mà không được chương trình của chúng tôi hoặc OHC khác chi trả lên đến mức của Medi-Cal.

E. Thông báo về thu hồi chi phí Medi-Cal từ tài sản thừa kế

Chương trình Medi-Cal phải yêu cầu hoàn trả từ tài sản trong diện chứng thực di chúc của một số hội viên đã qua đời cho các quyền lợi Medi-Cal nhận được vào hoặc sau sinh nhật thứ 55 của họ. Việc hoàn trả bao gồm Phí Trả Theo Dịch Vụ và phí bảo hiểm chăm sóc được quản lý/các khoản thanh toán theo đầu người cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng, cũng như các dịch vụ thuốc theo toa và bệnh viện liên quan nhận được khi hội viên đang điều trị nội trú tại cơ sở điều dưỡng hoặc đang nhận các dịch vụ chăm sóc tại nhà và các dịch vụ dựa vào cộng đồng. Việc hoàn trả không được vượt quá giá trị tài sản trong diện chứng thực di chúc của hội viên.

Để tìm hiểu thêm, xin vào trang mạng thu hồi chi phí từ tài sản thừa kế của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại www.dhcs.ca.gov/er hay gọi 916-650-0590.



Chương 12: Định nghĩa từ ngữ quan trọng

Phần Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng trong *Cẩm Nang Hội Viên* này cùng với định nghĩa của chúng. Các thuật ngữ đó được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không thể tìm thấy một từ mà quý vị đang tìm kiếm, hay nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài phần định nghĩa được cho, xin liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (Activities of Daily Living, ADL): Những việc mà mọi người làm trong một ngày bình thường, chẳng hạn như ăn uống, vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Thẩm phán luật hành chính: Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) là thẩm phán thụ lý và đưa ra phán quyết cho các vụ việc liên quan đến cơ quan chính phủ. Thẩm phán xem xét khiếu nại cấp 3.

Chương trình trợ cấp thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): Chương trình giúp những người hội đủ điều kiện nhiễm vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người/hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome, HIV/AIDS) được cấp thuốc HIV để cứu mạng sống.

Trung tâm giải phẫu ngoại trú: Một cơ sở cung cấp dịch vụ giải phẫu ngoại trú cho những bệnh nhân mà không cần chăm sóc tại bệnh viện và dự kiến không cần được chăm sóc hơn 24 tiếng.

Khiếu nại: Một cách để quý vị có thể phản đối hành động của chúng tôi nếu quý vị cho là chúng tôi đã làm sai. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn khiếu nại. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích các khiếu nại, bao gồm cách nộp đơn khiếu nại.

Sức Khỏe Hành Vi: Chỉ sức khỏe tình cảm, tâm lý và xã hội của chúng ta. Nói một cách đơn giản hơn: Đó là cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và tương tác với người khác. Một từ bao quát nói đến những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Sản Phẩm Sinh Học: Một loại thuốc được làm từ các nguồn tự nhiên và sinh vật như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hay men. Sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác nên các dạng thay thế được gọi là chất sinh học tương tự. (Xem thêm "Sản Phẩm Sinh Học Nguyên Thủy" và "Chất Sinh Học Tương Tự").

Chất Sinh Học Tương Tự: Một loại thuốc sinh học rất giống, nhưng không y hệt sản phẩm sinh học nguyên thủy. Chất sinh học tương tự an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học nguyên thủy. Một số chất sinh học tương tự có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học nguyên thủy tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới. (Xem "Chất Sinh Học Tương Tự Có Thể Hoán Đổi").

Biệt dược: Một loại thuốc được sản xuất và bán ra bởi chính công ty đã bào chế ra thuốc này. Biệt dược có cùng thành phần như phiên bản gốc của thuốc đó. Thuốc gốc thường được sản xuất và bán bởi các công ty dược phẩm khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế của biệt dược kết thúc.

Nhân Viên Quản Lý Việc Chăm Sóc: Người cộng tác chính với quý vị, với chương trình bảo hiểm sức khỏe, và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Kế hoạch chăm sóc: Tham khảo "Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân."

Đội ngũ chăm sóc: Tham khảo "Đội Ngũ Chăm Sóc Đa Khoa".

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. Chương 2 của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích cách liên hệ với CMS.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (Community Based Adult Services, CBAS):

Chương trình dịch vụ ngoại trú, tại cơ sở, cung cấp các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, trị liệu vận động và âm ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, dịch vụ dinh dưỡng, chuyên chở, và các dịch vụ khác cho hội viên hội đủ điều kiện và đáp ứng các tiêu chí về tư cách hội đủ điều kiện áp dụng.

Than phiền: Một phần trình bày bằng lời nói hay văn bản cho rằng quý vị có một vấn đề hay quan ngại về dịch vụ hoặc việc chăm sóc được đài thọ. Những điều này bao gồm tất cả những quan ngại về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc cho quý vị, các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi, hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức của “than phiền” là “nộp đơn than phiền”.

Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):

Một cơ sở chủ yếu cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng sau một chứng bệnh, tai nạn hay cuộc đại phẫu. Nó cung cấp nhiều dịch vụ, gồm có vật lý trị liệu, dịch vụ tâm lý hoặc xã hội, trị liệu hô hấp, trị liệu về chức năng hoạt động, trị liệu âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường gia cư.

Tiền đồng trả: Một số tiền cố định mà quý vị trả như phần chia sẻ chi phí của quý vị mỗi khi quý vị lấy một số loại thuốc. Ví dụ: quý vị có thể trả \$2 hoặc \$5 cho một loại thuốc.

Phần chia sẻ chi phí: Số tiền quý vị phải trả khi nhận một số loại thuốc. Phần chia sẻ chi phí bao gồm tiền đồng trả.

Bậc chia sẻ chi phí: Một nhóm thuốc có cùng số tiền đồng trả. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (còn được gọi là *Danh Sách Thuốc*) thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí thuốc của quý vị càng nhiều.

Quyết định bảo hiểm: Một quyết định về những quyền lợi nào được chúng tôi đài thọ. Quyết định này bao gồm những quyết định về thuốc và dịch vụ được đài thọ, hoặc về số tiền mà chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm từ chúng tôi.

Thuốc được đài thọ: Thuật ngữ mà chúng tôi dùng để nói về tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa (Over-The-Counter, OTC) được chương trình chúng tôi đài thọ.

Dịch vụ được đài thọ: Thuật ngữ chung mà chúng tôi dùng để nói về tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, tiếp liệu, thuốc theo toa và thuốc không cần toa, thiết bị, và những dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi đài thọ.

Đào tạo năng lực văn hóa: Phần đào tạo bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi nhằm giúp họ hiểu rõ hơn về hoàn cảnh, giá trị và niềm tin của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng các nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày: Một mức phí có thể được áp dụng khi bác sĩ kê toa cho quý vị ít hơn số lượng một tháng đối với một số thuốc và quý vị phải trả tiền đồng trả. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là tiền đồng trả chia cho số ngày cung cấp trong một tháng.

Đây là một ví dụ: Tiền đồng trả cho thuốc của quý vị trong trọn một tháng (số lượng thuốc dùng trong 30 ngày) là \$1.35. Điều này có nghĩa là số tiền mà quý vị trả mỗi ngày cho thuốc của quý vị là dưới \$0.05. Nếu được cấp 7 ngày thuốc, khoản thanh toán của quý vị sẽ dưới \$0.05 nhân với 7 ngày, với tổng số tiền thanh toán là dưới \$0.35.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services, DHCS): Sở thuộc tiểu bang California quản lý Chương Trình Medicaid (gọi là Medi-Cal).

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (Department of Managed Health Care, DMHC): Sở thuộc tiểu bang California có **trách nhiệm quản lý** hầu hết các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC giúp hội viên thực hiện các khiếu nại và than phiền về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (Independent Medical Reviews, IMR).

Hủy bỏ việc ghi danh: Thủ tục chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi. Việc rút tên ghi danh có thể mang tính tự nguyện (lựa chọn riêng của quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn riêng của quý vị).

Chương trình quản lý thuốc (Drug Management Program, DMP): Một chương trình giúp bảo đảm hội viên sử dụng an toàn thuốc theo toa opioid và các thuốc thường bị lạm dụng khác.

Bậc thuốc: Các nhóm thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Thuốc gốc, biệt dược hay thuốc không cần toa (OTC) là những ví dụ về các bậc thuốc. Mỗi thuốc trong *Danh Sách Thuốc* thuộc một trong 5 bậc.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Hội Đủ Tiêu Chuẩn Cho Cả Hai Chương Trình (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): Chương trình bảo hiểm sức khỏe phục vụ những cá nhân hội đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là một D-SNP.

Thiết bị y tế lâu bền (Durable Medical Equipment, DME): Một số thiết bị mà bác sĩ của quý vị chỉ định cho quý vị để sử dụng tại nhà. Ví dụ về những vật dụng này là xe lăn, nạng, hệ thống nệm điện, tiếp liệu bệnh tiểu đường, giường bệnh viện được một nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu để sử dụng tại nhà, bơm truyền dịch IV, thiết bị hỗ trợ phát âm, thiết bị và tiếp liệu ô-xy, máy xông khí dung và khung tập đi.

Trường hợp cấp cứu: Trường hợp y tế cấp cứu là khi quý vị, hoặc bất kỳ một người nào khác với kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế khẩn cấp ngay lập tức để tránh tử vong, mất một phần cơ thể, hoặc mất hay bị thương tổn nghiêm trọng cho chức năng hoạt động của bộ phận cơ thể (và nếu quý vị mang thai thì để tránh mất đứa con chưa chào đời). Các triệu chứng y tế có thể là một chứng bệnh, thương tích, cơn đau dữ dội, hay bệnh trạng mà nhanh chóng trở nên nặng hơn.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được đòi hỏi và được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ được đào tạo để cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu và cần thiết để điều trị cho một trường hợp cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi.

Ngoại lệ: Sự cho phép nhận bảo hiểm dành cho một loại thuốc mà thông thường không được đòi hỏi hay để sử dụng loại thuốc đó mà không phải chịu một số quy định và giới hạn nào đó.

Dịch vụ loại trừ: Các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm sức khỏe này đòi hỏi.

Trợ Giúp Thêm: Chương trình Medicare trợ giúp những người có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ Giúp Thêm còn được gọi là "Trợ Cấp Thu Nhập Thấp", hay "LIS" (Low-Income Subsidy).

Thuốc gốc: Một loại thuốc được FDA chấp thuận để sử dụng thay cho biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần như biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn nhưng cũng công hiệu giống như là biệt dược.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Phàn nàn: Than phiền của quý vị về chúng tôi hoặc về một trong các nhà cung cấp hay nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi. Trường hợp này bao gồm than phiền về chất lượng chăm sóc cho quý vị hay chất lượng dịch vụ được cung cấp bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Chương Trình Tư Vấn và Bảo Vệ Quyền Lợi Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Một chương trình cung cấp thông tin và tư vấn miễn phí và khách quan về Medicare. **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích cách liên hệ với HICAP.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe: Một tổ chức gồm có các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, các nhà cung cấp dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có điều phối viên chăm sóc để giúp quý vị quản lý các nhà cung cấp và dịch vụ. Họ cùng nhau làm việc để mang đến cho quý vị dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Đánh giá rủi ro sức khỏe (Health Risk Assessment, HRA): Việc xem xét tiền sử bệnh và tình trạng hiện tại của bệnh nhân. Việc này được thực hiện để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và tình trạng này có thể thay đổi như thế nào trong tương lai.

Hộ lý sức khỏe tại gia: Một người cung cấp những dịch vụ mà không cần có kỹ năng của một y tá hoặc chuyên viên trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp trong việc chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, đi vệ sinh, mặc quần áo, hoặc tập thể dục theo chỉ định). Hộ lý sức khỏe tại gia không có giấy phép hành nghề điều dưỡng và cũng không trị liệu cho bệnh nhân.

Chăm sóc cuối đời: Một chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp những người có tiên lượng mắc bệnh giai đoạn cuối được sống thoải mái. Tiên lượng giai đoạn cuối có nghĩa là một người được bác sĩ xác nhận mắc bệnh ở giai đoạn cuối, nghĩa là chỉ còn sống được 6 tháng hoặc ít hơn.

- Một người ghi danh bị bệnh giai đoạn cuối có quyền chọn dịch vụ chăm sóc trong giai đoạn cuối đời.
- Một đội ngũ các chuyên gia và nhân viên chăm sóc được đào tạo đặc biệt để chăm sóc cho người bệnh về mọi phương diện, bao gồm các nhu cầu thể chất, tình cảm, xã hội và tâm linh.
- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời tại khu vực địa lý của quý vị.

Tính hóa đơn không đúng/không phù hợp: Một tình huống khi nhà cung cấp dịch vụ (chẳng hạn như bác sĩ hay bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí cho dịch vụ. Gọi ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị có bất cứ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Là hội viên của chương trình, quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chương trình khi quý vị nhận các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi **không** cho phép các nhà cung cấp dịch vụ lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền này.

Chương Trình Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (In-Home Supportive Service, IHSS): Chương Trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tham gia cung cấp cho quý vị để giúp quý vị có thể sống an toàn tại nhà riêng của mình. Chương trình IHSS được xem là một phương pháp thay thế cho việc chăm sóc tại một nơi khác không phải là nhà riêng, chẳng hạn như viện điều dưỡng hoặc những cơ sở chăm sóc nội trú. Để nhận được dịch



vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ nào có thể được cấp phép cho từng người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Những loại dịch vụ này có thể được cho phép thông qua IHSS gồm có dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt đồ, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc về việc tiêu tiểu, tắm rửa, chải chuốt và dịch vụ y tế hỗ trợ), đi cùng đến các cuộc hẹn y tế, và giám sát bảo vệ cho người khiếm khuyết về trí tuệ. Các cơ quan dịch vụ xã hội của quận quản lý IHSS.

Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (Independent Medical Review, IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về các dịch vụ hay việc điều trị y tế, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ Medi-Cal, bao gồm tiếp liệu DME và thuốc, quý vị có thể yêu cầu Sở Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe California cấp một IMR. IMR là quy trình duyệt xét trường hợp của quý vị bởi các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi. Nếu IMR quyết định có lợi cho quý vị, thì chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hay việc điều trị mà quý vị đã yêu cầu. Quý vị không phải trả tiền cho IMR.

Tổ chức duyệt xét độc lập (independent review organization, IRO): Một tổ chức độc lập do Medicare thuê để duyệt xét khiếu nại cấp 2. Tổ chức này không có liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan thuộc chính phủ. Tổ chức này sẽ quyết định xem quyết định mà chúng tôi đưa ra có chính xác hay cần được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức này. Tên chính thức của tổ chức là **Thực Thể Duyệt Xét Độc Lập**.

Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân (Individualized Care Plan, ICP hay Kế Hoạch Chăm Sóc): Một chương trình cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết những dịch vụ mà quý vị sẽ cần và cách nhận những dịch vụ này. Chương trình của quý vị có thể gồm các dịch vụ chăm sóc y khoa, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Nội trú: Thuật ngữ được sử dụng khi quý vị được nhập viện chính thức để nhận dịch vụ chăm sóc y tế chuyên môn. Nếu quý vị không được chính thức cho nhập viện, quý vị sẽ vẫn được xem là một bệnh nhân ngoại trú thay vì là một bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm.

Đội Ngũ Chăm Sóc Đa Khoa (Interdisciplinary Care Team, ICT hay Đội Ngũ Chăm Sóc): Một đội ngũ chăm sóc có thể gồm có các bác sĩ, y tá, nhân viên tư vấn, hoặc các chuyên gia y tế khác mà luôn sẵn sàng giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc của quý vị cũng giúp quý vị lập một kế hoạch chăm sóc.

D-SNP hợp nhất: Chương trình nhu cầu đặc biệt hội đủ điều kiện với cả hai chương trình đài thọ các dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất dành cho một số nhóm cá nhân hội đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này được gọi là những người hội đủ điều kiện với toàn bộ quyền lợi của cả hai chương trình.

Chất Sinh Học Tương Tự Có Thể Hoán Đổi: Một chất sinh học tương tự có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì nó đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến khả năng tự động thay thế. Khả năng tự động thay thế tại nhà thuốc tùy thuộc vào luật tiểu bang.

Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ (Danh Sách Thuốc): Một danh sách thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa (over-the-counter, OTC) mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi chọn thuốc trong danh sách này với sự hỗ trợ của các bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* cho quý vị biết nếu có những quy định nào mà quý vị phải tuân thủ để được cấp thuốc. *Danh Sách Thuốc* đôi khi được gọi là "danh mục thuốc".



Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (long-term services and supports, LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp cải thiện một bệnh trạng kéo dài. Phần lớn những dịch vụ này giúp quý vị được ở lại trong nhà mình để không phải vào cơ sở điều dưỡng hay bệnh viện. LTSS được chương trình chúng tôi đài thọ bao gồm Dịch Vụ Chăm Sóc Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS), còn được gọi là dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, Cơ Sở Điều Dưỡng (Nursing Facility, NF) và Hỗ Trợ Cộng Đồng. Các chương trình miễn trừ IHSS và 1915(c) là Medi-Cal LTSS được cung cấp ngoài chương trình chúng tôi.

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS): Tham khảo phần “Trợ Giúp Thêm”

Chương Trình Đặt Mua Qua Bưu Điện: Một số chương trình bảo hiểm có thể cung cấp một chương trình đặt mua thuốc qua bưu điện, cho phép quý vị lấy một lượng thuốc theo toa được đài thọ dùng trong tối đa 3 tháng được gửi thẳng đến tận nhà của quý vị. Điều này có thể là cách hiệu quả về chi phí và thuận tiện để lấy những loại thuốc theo toa mà quý vị dùng thường xuyên.

Medi-Cal: Đây là tên của chương trình Medicaid thuộc California. Medi-Cal do tiểu bang quản lý và được chính phủ tiểu bang và liên bang chi trả.

- Nó giúp người có thu nhập và nguồn tài chính giới hạn chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế.
- Chương trình này đài thọ những dịch vụ và một số loại thuốc không được Medicare đài thọ.
- Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết chi phí chăm sóc sức khỏe được đài thọ nếu quý vị đủ tiêu chuẩn cho cả Medicare và Medi-Cal.

Các chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ đài thọ quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và dịch vụ chuyên chở. Các quyền lợi Medicare được tách riêng.

Medicaid (hay Hỗ Trợ Y Tế): Một chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành giúp cho những người có thu nhập và nguồn tài chính giới hạn trả chi phí cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid thuộc Tiểu Bang California.

Cần thiết về mặt y tế: Từ này mô tả những dịch vụ, tiếp liệu, hoặc thuốc mà quý vị cần để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị một bệnh trạng hay duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Bao gồm việc chăm sóc để giúp quý vị không phải nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng. Điều này cũng có nghĩa là những dịch vụ, tiếp liệu, hoặc các loại thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa được chấp nhận. Theo định nghĩa của Tiểu Bang, các dịch vụ cần thiết về mặt y tế bao gồm các dịch vụ hợp lý và cần thiết để bảo vệ mạng sống, phòng bệnh nặng hay khuyết tật nặng, hoặc để giảm cơn đau đớn trầm trọng.

Medicare: Chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số khuyết tật, và người bệnh thận giai đoạn cuối (thường là người bị suy thận mãn tính cần được lọc thận hoặc thay thận). Người có Medicare có thể được bảo hiểm sức khỏe Medicare đài thọ thông qua Original Medicare, hoặc qua một chương trình chăm sóc có quản lý (tham khảo “Chương trình bảo hiểm sức khỏe”).

Medicare Advantage: Một chương trình Medicare, cũng được gọi là “Medicare Phần C” hay “MA” mà cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare trả cho các công ty này để đài thọ quyền lợi Medicare của quý vị.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng): Một hội đồng duyệt xét khiếu nại cấp 4. Hội Đồng thuộc chính phủ liên bang.

Dịch vụ được Medicare đài thọ: Dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ. Tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, kể cả chương trình của chúng tôi, phải đài thọ tất cả những dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ.

Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Một chương trình thay đổi hành vi sức khỏe theo hệ thống, có đào tạo về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường vận động thể chất, và chiến lược để vượt qua những thử thách nhằm duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal: Người đủ tiêu chuẩn tham gia cả bảo hiểm Medicare và Medicaid. Người ghi danh vào chương trình Medicare-Medicaid còn được gọi là "người hội đủ tiêu chuẩn cho cả hai chương trình".

Medicare Phần A: Chương trình Medicare mà đài thọ hầu hết các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại gia và chăm sóc giai đoạn cuối đời.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare đài thọ các dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm, phẫu thuật, và thăm khám với bác sĩ) và tiếp liệu (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị một căn bệnh hoặc bệnh trạng. Medicare Phần B cũng đài thọ nhiều dịch vụ phòng ngừa và khám kiểm tra.

Medicare Phần C: Chương trình Medicare, còn được gọi là "Medicare Advantage" hoặc "MA" mà cho phép các công ty bảo hiểm sức khỏe tư nhân cung cấp các quyền lợi Medicare qua một Chương Trình MA.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc của Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là "Phần D". Medicare Phần D chi trả cho thuốc ngoại trú, vắc-xin và một số tiếp liệu không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B hoặc Medicaid chi trả. Chương trình chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Thuốc Medicare Phần D: Thuốc được chương trình Medicare Phần D đài thọ. Quốc hội đặc biệt loại bỏ một số hạng mục thuốc ra khỏi phạm vi bảo hiểm theo Medicare Phần D. Medicaid có thể đài thọ một số thuốc trong số này.

Quản Lý Liệu Pháp Dùng Thuốc (Medication Therapy Management, MTM): Chương trình Medicare Phần D dành cho các nhu cầu sức khỏe phức tạp được cung cấp cho những người đáp ứng các yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương Trình Quản Lý Thuốc. Dịch vụ MTM thường bao gồm thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc. Tham khảo Chương 5 trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

Chương Trình Medi-Medi: Chương Trình Medi-Medi là một loại chương trình Medicare Advantage Plan. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, và kết hợp các quyền lợi của Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các Chương Trình Medi-Medi điều phối mọi quyền lợi và dịch vụ của cả hai chương trình, bao gồm cả mọi quyền lợi được Medicare và Medi-Cal đài thọ.

Hội viên (hội viên của chương trình chúng tôi, hay hội viên chương trình): Một người có Medicare và Medi-Cal mà đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ được đài thọ, ghi danh với chương



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

trình chúng tôi, và việc ghi danh của người này đã được xác nhận bởi các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang.

Cẩm Nang Hội Viên và Tiết Lộ Thông Tin: Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất cứ tài liệu đính kèm nào khác, hoặc các điều khoản phụ giải thích về bảo hiểm cho quý vị, những gì chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị, và những gì quý vị phải làm với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Ban Dịch Vụ Hội Viên: Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời thắc mắc của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, phàn nàn và khiếu nại của quý vị. Tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thêm thông tin về Ban Dịch Vụ Hội Viên.

Nhà thuốc trong hệ thống: Một nhà thuốc (tiệm thuốc) đã thỏa thuận cấp thuốc theo toa cho hội viên của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi họ là "nhà thuốc trong hệ thống" vì họ đã đồng ý cộng tác với chương trình chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ chỉ đòi thọ cho thuốc theo toa nếu chúng được cấp tại một nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi.

Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống: "Nhà cung cấp dịch vụ" là thuật ngữ chung mà chúng tôi dùng để chỉ các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Từ này cũng bao gồm bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, phòng khám và những cơ sở khác mà cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y khoa, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

- Những người này được Medicare và tiểu bang cấp phép hay chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là "nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống" khi họ đồng ý cộng tác với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi và nhận thanh toán từ chúng tôi, cũng như không được tính thêm tiền với hội viên của chúng tôi.
- Trong thời gian quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải dùng các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống để nhận các dịch vụ được đòi thọ. Các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống còn được gọi là "nhà cung cấp dịch vụ chương trình".

Viện điều dưỡng hay cơ sở điều dưỡng: Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể được chăm sóc tại nhà nhưng không cần nằm viện.

Thanh Tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên: Một văn phòng tại tiểu bang của quý vị có nhiệm vụ bảo vệ quyền lợi cho quý vị. Họ có thể giải đáp những thắc mắc nếu quý vị gặp vấn đề hay có than phiền và có thể giúp quý vị hiểu điều cần làm. Các dịch vụ của thanh tra bảo vệ quyền lợi hội viên là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Quyết định của tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định của tổ chức khi chúng tôi, hoặc một trong những nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quyết định về việc đòi thọ cho một dịch vụ hay không, hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các dịch vụ được đòi thọ. Quyết định của tổ chức được gọi là "quyết định bảo hiểm". **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích về quyết định bảo hiểm.

Sản Phẩm Sinh Học Nguyên Thủy: Một sản phẩm sinh học đã được FDA chấp thuận và dùng để so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Nó cũng được gọi là sản phẩm tham chiếu.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo chương trình Original Medicare, các dịch vụ được đài thọ bằng cách trả số tiền do Quốc Hội xác định cho bác sĩ, bệnh viện, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

- Quý vị có thể sử dụng bất cứ bác sĩ, bệnh viện, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà có nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Medicare Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare hiện có khắp nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, thì quý vị có thể chọn Original Medicare

Nhà thuốc ngoài hệ thống: Một nhà thuốc không đồng ý cộng tác với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cấp thuốc được đài thọ cho hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho hầu hết các loại thuốc mà quý vị nhận từ các nhà thuốc ngoài hệ thống trừ khi đáp ứng một số điều kiện.

Nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống hoặc Cơ sở ngoài hệ thống: Một nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở không do chương trình chúng tôi thuê, sở hữu, hay điều hành và không có hợp đồng để cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Chương 3 trong *Cẩm Nang Hội Viên* này giải thích về các nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở ngoài hệ thống.

Chi phí tự trả: Yêu cầu về phần chia sẻ chi phí của hội viên để thanh toán cho một phần dịch vụ hoặc thuốc mà họ nhận được còn được gọi là yêu cầu về chi phí "tự trả". Tham khảo định nghĩa "phần chia sẻ chi phí" ở trên.

Thuốc mua không cần toa (Over-the-counter, OTC): Thuốc mua không cần toa là các loại thuốc hay dược phẩm mà một người có thể mua mà không cần toa thuốc từ một chuyên gia y tế.

Phần A: Tham khảo "Medicare Phần A".

Phần B: Tham khảo "Medicare Phần B".

Phần C: Tham khảo "Medicare Phần C".

Phần D: Tham khảo "Medicare Phần D".

Thuốc Phần D: Tham khảo "Thuốc Medicare Phần D".

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ [Protected health information, PHI]): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, những lần thăm khám với bác sĩ và tiền sử bệnh của quý vị. Tham khảo Thông Báo về Việc Giữ Thông Tin Riêng Tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như quyền của quý vị liên quan đến PHI của quý vị.

Dịch vụ phòng ngừa: Dịch vụ chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi việc điều trị có thể mang lại hiệu quả tốt nhất (ví dụ, các dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, tiêm phòng cúm và chụp quang tuyến vú tầm soát).



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin,** xin truy cập medicare.lacare.org.

Bác sĩ gia đình (primary care provider, PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác mà quý vị đến khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ sẽ đảm bảo rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết để giữ gìn sức khỏe của quý vị.

- Họ cũng có thể thảo luận với những bác sĩ hay những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị tới những bác sĩ đó.
- Trong nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, quý vị phải sử dụng bác sĩ gia đình trước khi quý vị sử dụng bất cứ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Thao khảo **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ gia đình.

Chấp thuận trước (Prior authorization, PA): Là quyết định chấp thuận mà quý vị phải nhận được từ chúng tôi trước khi nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hay sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. Chương trình của chúng tôi có thể không đòi hỏi cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không được chấp thuận trước.

Chương trình của chúng tôi đòi hỏi cho một số dịch vụ y tế trong hệ thống chỉ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống khác nhận được PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được đòi hỏi cần PA của chương trình được đánh dấu trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Chương trình chúng tôi đòi hỏi một số thuốc chỉ khi quý vị được chúng tôi cho PA.

- Những thuốc được đòi hỏi cần có PA của chương trình được đánh dấu trong *Danh Sách Thuốc Được Đòi Hỏi* và các quy tắc được đăng trên trang mạng của chúng tôi.

Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Một chương trình đòi hỏi chung các quyền lợi Medicare và Medicaid cho những người từ 55 tuổi trở lên cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

Bộ Phận Cơ Thể Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình: Những dụng cụ y tế được bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu, bao gồm nhưng không giới hạn đối với nẹp cho cánh tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt giả; và các dụng cụ cần thiết để thay thế một phần cơ thể hoặc chức năng bên trong, kể cả tiếp liệu hậu môn nhân tạo và trị liệu dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ chức nâng cao phẩm chất (Quality Improvement Organization, QIO): Một nhóm các bác sĩ và chuyên viên y tế khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho người có Medicare. Chính quyền liên bang trả tiền cho QIO để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc cho bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* này để biết thông tin về QIO.

Giới hạn số lượng: Một mức giới hạn về lượng thuốc mà quý vị có thể có. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi đòi hỏi cho mỗi toa thuốc.

Công Cụ Tính Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực: Cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính để người ghi danh có thể tra cứu thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng và thông tin về thuốc được đòi hỏi và quyền lợi dành riêng cho người ghi danh. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế có thể được sử dụng cho cùng tình trạng sức khỏe như loại thuốc được cung cấp và các hạn chế bảo hiểm (chấp thuận trước, liệu pháp từng bước, giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.



Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu là sự chấp thuận của bác sĩ gia đình (PCP) hay của chúng tôi để sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ khác, không phải PCP của quý vị. Nếu quý vị không được chấp thuận trước, chúng tôi có thể sẽ không đài thọ cho dịch vụ này. Quý vị không cần giấy giới thiệu để thăm khám với một số bác sĩ chuyên khoa, như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu trong **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Việc điều trị mà quý vị nhận được để giúp phục hồi từ một chứng bệnh, tai nạn hoặc một cuộc đại phẫu. Tham khảo **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infection, STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn lạm dụng chất gây nghiện, chăm sóc khẳng định giới tính và bạo lực bạn tình.

Khu vực phục vụ: Khu vực địa lý nơi một chương trình bảo hiểm sức khỏe tiếp nhận hội viên nếu họ giới hạn tư cách hội viên dựa theo nơi hội viên sinh sống. Với những chương trình giới hạn các bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đó cũng thường là khu vực nơi quý vị nhận được các dịch vụ thông thường (không cấp cứu). Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể ghi danh vào chương trình của chúng tôi.

Phần chia sẻ chi phí: Phần chi phí chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể phải trả mỗi tháng trước khi các quyền lợi của quý vị có hiệu lực. Số tiền chia sẻ chi phí của quý vị khác nhau tùy theo thu nhập và tài sản của quý vị.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF): Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và thiết bị để chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, và trong đa số trường hợp, cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và những dịch vụ y tế liên quan khác.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ của dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn gồm có vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch (Intravenous, IV) mà y tá hành nghề hoặc bác sĩ thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa: Bác sĩ điều trị một số loại vấn đề chăm sóc sức khỏe. Ví dụ: một bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình điều trị gãy xương; bác sĩ dị ứng điều trị chứng dị ứng; và một bác sĩ tim mạch điều trị các vấn đề về tim. Trong hầu hết các trường hợp, hội viên sẽ cần giấy giới thiệu từ PCP của hội viên trước khi đến khám bác sĩ chuyên khoa.

Nhà thuốc chuyên khoa: Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên khoa.

Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác yêu cầu một dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho một dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã được cấp, thì quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang quyết định thuận theo quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị yêu cầu.

Trị liệu từng bước: Một quy định bảo hiểm yêu cầu quý vị phải dùng thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đài thọ cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu.



Tiền Phụ Cấp An Sinh (Supplemental Security Income, SSI): Quyền lợi hàng tháng mà An Sinh Xã Hội trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Quyền lợi SSI không phải là quyền lợi An Sinh Xã Hội.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp: Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được vì một chứng bệnh, thương tích hoặc một tình trạng không lường trước được, không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống khi quý vị không thể đến thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống vì thời gian, địa điểm hay hoàn cảnh của quý vị không thể hay không hợp lý để có thể nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống (ví dụ: khi quý vị ở bên ngoài khu vực phục vụ của chương trình và quý vị yêu cầu dịch vụ tức thời cần thiết về mặt y tế cho một bệnh trạng không biết trước nhưng đó không phải là một trường hợp cấp cứu y tế).



Ban Dịch Vụ Hội Viên của L.A. Care Medicare Plus

ĐIỆN THOẠI	1-833-522-3767 Các cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn phí. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Ban Dịch Vụ Hội Viên hiện cũng có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số điện thoại này đòi hỏi phải có thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người có trở ngại trong vấn đề nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số điện thoại này được miễn phí. 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
FAX	1-213-438-5712
VIẾT THƯ	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
TRANG MẠNG	medicare.lacare.org



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, xin truy cập medicare.lacare.org.



L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.



Số Điện Thoại Miễn Cước: 1.833.522.3767 | TTY: 711



lacare.org