



Ngày 1 tháng 1 – Ngày 31 tháng 12 năm 2027

Chứng Từ Bảo Hiểm cho năm 2027:

Quyền Lợi và Dịch Vụ Sức Khỏe và bảo hiểm Thuốc Medicare của quý vị với tư cách là hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Tài liệu này cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm y tế và thuốc Medicare và Cardinal Care Medicaid của quý vị từ ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 12 năm 2027. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy cất giữ tại một nơi an toàn.**

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

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

Nếu có thắc mắc về tài liệu này, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)). Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Chương trình này, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), được cung cấp bởi COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. (Khi *Chứng Từ Bảo Hiểm* này nhắc tới “chúng tôi”, “chúng ta” hoặc “của chúng tôi”, thì từ đó có nghĩa là COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Khi nói đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” thì có nghĩa là Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).)

This document is available for free in Spanish. Este documento está disponible de forma gratuita en español.

This document is available for free in Chinese. 本文件免費提供中文版本。

This document is available for free in Tagalog. Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa Tagalog.

This document is available for free in French. Ce document est disponible gratuitement en français.

This document is available for free in Vietnamese. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Việt.

This document is available for free in Korean. 이 문서는 한국어로 무료 제공됩니다.

This document is available for free in Russian. Этот документ доступен бесплатно на русском языке.

This document is available for free in Arabic.

يتوفر هذا المستند مجاناً بالعربية.

This document is available for free in Hindi. यह दस्तावेज़ हिन्दी में निःशुल्क उपलब्ध है।

This document is available for free in Amharic. ይህ ሰነድ በአማርኛ ቋንቋ በነጻ ይገኛል.

This document is available for free in Urdu.

یہ دستاویز اردو میں مفت دستیاب ہے۔

This document is available for free in Farsi.

این سند به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.

This document is available for free in Telugu. ఈ దాక్యుమెంట్ తెలుగులో ఉచితంగా లభిస్తుంది.

This document is available for free in Nepali. यो कागजात नेपाली भाषामा निःशुल्क उपलब्ध छ.

This document is available for free in Bengali. এই নথিটি বাংলা ভাষায় বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে.

Tài liệu này có sẵn miễn phí ở các định dạng khác như chữ nổi, chữ in cỡ lớn hoặc các định dạng thay thế khác khi có yêu cầu.

Các quyền lợi có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2028.

Danh sách thuốc, mạng lưới nhà thuốc, và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi vào bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến quý vị trước ít nhất 30 ngày.

Mục lục

Chương 1:	Bắt đầu với tư cách hội viên	6
PHẦN 1	Quý vị là hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	6
PHẦN 2	Yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia chương trình	7
PHẦN 3	Những điều quý vị có thể mong đợi khi mới tham gia chương trình của chúng tôi	9
PHẦN 4	Tài liệu quan trọng dành cho hội viên	10
PHẦN 5	Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho 2027	11
PHẦN 6	Thêm thông tin về phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị	16
PHẦN 7	Giữ cho hồ sơ tư cách hội viên chương trình của quý vị được cập nhật	16
PHẦN 8	Cách thức chương trình bảo hiểm khác phối hợp với chương trình của chúng tôi	17
Chương 2:	Số điện thoại và nguồn lực	19
PHẦN 1	Thông tin liên lạc của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	19
PHẦN 2	Nhận trợ giúp từ Medicare	24
PHẦN 3	Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP)	25
PHẦN 4	Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)	25
PHẦN 5	An Sinh Xã Hội	25
PHẦN 6	Medicaid	26
PHẦN 7	Các chương trình hỗ trợ thanh toán thuốc theo toa	26
PHẦN 8	Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB)	28
Chương 3:	Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị	30
PHẦN 1	Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi	30
PHẦN 2	Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác	31
PHẦN 3	Cách nhận dịch vụ trong trường hợp cấp cứu, thảm họa hoặc nhu cầu chăm sóc khẩn cấp	35
PHẦN 4	Quý vị cần làm gì nếu nhận được hóa đơn tính tiền trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bao trả?	37
PHẦN 5	Các dịch vụ y tế trong một công trình nghiên cứu lâm sàng	38
PHẦN 6	Các quy tắc về nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế	39
PHẦN 7	Các quy tắc về quyền sở hữu thiết bị y tế lâu bền	40
Chương 4:	Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)	42
PHẦN 1	Tìm hiểu về các dịch vụ được bao trả	42
PHẦN 2	Bảng Quyền Lợi Y Tế trình bày các quyền lợi y tế và chi phí của quý vị	42
PHẦN 3	Các dịch vụ được bao trả bên ngoài Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	111
PHẦN 4	Các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (ngoại lệ)	111
Chương 5:	Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc Phần D	115
PHẦN 1	Các quy tắc cơ bản đối với bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi	115
PHẦN 2	Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua thư của chương trình chúng tôi	115
PHẦN 3	Thuốc của quý vị cần có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi	119

PHẦN 4	Thuốc bị hạn chế về bảo hiểm.....	120
PHẦN 5	Những việc quý vị có thể làm nếu một trong các thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn.....	122
PHẦN 6	Danh Sách Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm.....	124
PHẦN 7	Các loại thuốc chúng tôi không bao trả.....	125
PHẦN 8	Cách mua toa thuốc.....	126
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt.....	127
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý dược phẩm.....	127
Chương 6:	Các khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc Phần D.....	130
PHẦN 1	Các khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc Phần D.....	130
PHẦN 2	Các giai đoạn thanh toán thuốc cho các hội viên Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).....	132
PHẦN 3	<i>Bản Giải Thích Quyền Lợi Phần D</i> của quý vị cho biết quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào.....	132
PHẦN: 4	Giai Đoạn Khấu Trừ.....	133
PHẦN: 5	Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.....	134
PHẦN 6	Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.....	140
PHẦN 7	Các khoản quý vị phải thanh toán cho vắc-xin Phần D.....	141
Chương 7:	Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả.....	143
PHẦN 1	Các tình huống khi quý vị nên yêu cầu chúng tôi chi trả phần chia sẻ của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả.....	143
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được.....	145
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và trả lời có hoặc không.....	146
Chương 8:	Quyền và trách nhiệm của quý vị.....	147
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị.....	147
PHẦN 2	Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi.....	153
Chương 9:	Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại).....	155
PHẦN 1	Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại.....	155
PHẦN 2	Lấy thêm thông tin và trợ giúp cá nhân ở đâu.....	155
PHẦN 3	Tìm hiểu về các khiếu nại và kháng nghị của Medicare và Medicaid.....	156
PHẦN: 4	Quy trình nào cần sử dụng cho vấn đề của quý vị.....	156
PHẦN 5	Hướng dẫn về quyết định bảo hiểm và kháng nghị.....	156
PHẦN 6	Chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn kháng nghị.....	159
PHẦN 7	Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn kháng nghị.....	168
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm.....	177
PHẦN 9	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả các dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm.....	180
PHẦN 10	Đưa kháng nghị của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5.....	184

Mục Lục

PHẦN 11	Làm thế nào để khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác.....	186
Chương 10:	Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.....	191
PHẦN: 1	Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....	191
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi?.....	191
PHẦN 3	Làm thế nào để kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....	194
PHẦN 4	Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận được các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi.....	195
PHẦN 5	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị trong một số tình huống nhất định.....	195
Chương 11:	Thông báo pháp lý.....	197
PHẦN 1	Thông báo về luật điều chỉnh.....	197
PHẦN 2	Thông báo về không phân biệt đối xử.....	197
PHẦN 3	Thông báo về các quyền thế quyền của Bên Thanh Toán Phụ Medicare.....	197
PHẦN 4	Thông báo về việc thu hồi số tiền nộp thừa.....	199
PHẦN 5	Quyết Định Bảo Hiểm Toàn Quốc.....	199
Chương 12:	Định nghĩa.....	200
PHỤ LỤC A:	Thông tin liên lạc quan trọng.....	210

Chương 1:

Bắt đầu với tư cách hội viên

PHẦN 1 Quý vị là hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Phần 1.1 Quý vị được ghi danh vào Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt của Medicare

Quý vị được cả Medicare và Medicaid bao trả:

- **Medicare** là chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật nào đó và người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).
- **Medicaid** là một chương trình chung của chính phủ liên bang và tiểu bang giúp thanh toán chi phí y tế cho một số người với thu nhập và nguồn lực hạn chế. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy thuộc vào tiểu bang và loại Medicaid mà quý vị có. Một số người có Medicaid được trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Những người khác cũng nhận được bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bao trả.

Quý vị đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare và Medicaid và bảo hiểm thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Chương trình của chúng tôi bao trả tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, chia sẻ chi phí và tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi khác với Original Medicare.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) là một Chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare), có nghĩa là các quyền lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) được thiết kế cho những người có Medicare và được quyền trợ giúp từ Medicaid.

Vì quý vị nhận trợ giúp từ Medicaid với chia sẻ chi phí Medicare Phần A và B (các khoản khấu trừ, tiền đồng trả và đồng bảo hiểm), quý vị có thể không phải trả đồng nào cho các dịch vụ Medicare của mình. Medicaid cũng cung cấp các quyền lợi khác bằng cách bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa thường không được Medicare bao trả. Quý vị cũng sẽ nhận Hỗ Trợ Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để chi trả cho các chi phí thuốc Medicare của quý vị. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) sẽ giúp quý vị quản lý tất cả các quyền lợi này, vì vậy quý vị nhận được các dịch vụ y tế và trợ giúp thanh toán mà quý vị được hưởng.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) được điều hành bởi một công ty tư nhân. Giống như tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare này được Medicare chấp thuận. Chương trình của chúng tôi cũng có hợp đồng với Chương Trình Medicaid của Virginia để điều phối các quyền lợi Medicaid của quý vị. Chúng tôi rất hân hạnh cung cấp bảo hiểm Medicare và Medicaid cho quý vị, bao gồm cả bảo hiểm thuốc.

Phần 1.2 Thông tin pháp lý về *Chứng Từ Bảo Hiểm*

Chứng Từ Bảo Hiểm là một phần trong hợp đồng giữa chúng tôi và quý vị về cách thức Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Các phần khác của hợp đồng này bao gồm mẫu đơn ghi danh, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (danh mục thuốc) và bất kỳ thông báo nào quý vị nhận được từ chúng tôi về những thay đổi trong khoản bảo hiểm hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến khoản bảo hiểm của quý vị. Những thông báo này đôi khi được gọi là *các phụ lục* hoặc *các sửa đổi*.

Hợp đồng này có hiệu lực trong các tháng quý vị đã ghi danh vào Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) từ ngày 1 tháng 1 năm 2027 đến ngày 31 tháng 12 năm 2027.

Medicare cho phép chúng tôi thực hiện thay đổi đối với các chương trình mà chúng tôi cung cấp mỗi năm theo lịch. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi các chi phí và quyền lợi của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) sau ngày 31 tháng 12 năm 2027. Chúng tôi cũng có thể lựa chọn dừng cung cấp chương trình của chúng tôi tại khu vực dịch vụ của quý vị, sau ngày 31 tháng 12 năm 2027.

Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) và Cardinal Care phải phê duyệt Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare mỗi năm với tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi nếu chúng tôi lựa chọn tiếp tục cung cấp chương trình của mình và Medicare và Cardinal Care gia hạn phê duyệt chương trình của chúng tôi.

PHẦN 2 Yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia chương trình

Phần 2.1 Yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia

Quý vị đủ điều kiện trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi miễn là quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B
- Quý vị sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (được mô tả trong Phần 2.3). Những người bị giam giữ không được coi là đang sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ thực sự ở trong đó.
- Quý vị là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân đủ điều kiện
- Quý vị đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt được mô tả bên dưới.

Yêu cầu đặc biệt về điều kiện tham gia dành cho chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của những người nhận được một số quyền lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là chương trình chung của liên bang và tiểu bang hỗ trợ chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế). Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải thuộc một trong các trường hợp đủ điều kiện hưởng Medicaid sau đây: **QMB +**, **SLMB +** và **FBDE**.

Lưu ý: Nếu quý vị mất tư cách hội đủ điều kiện tham gia Cardinal Care nhưng có thể được kỳ vọng một cách hợp lý để lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia trong vòng 6 tháng, thì quý vị vẫn đủ điều kiện để trở thành hội viên. Chương 4, Phần 2 cho quý vị biết về bảo hiểm và khoản chia sẻ chi phí trong giai đoạn này.

Phần 2.2 Medicaid

Medicaid là chương trình chung của chính phủ liên bang và tiểu bang hỗ trợ chi phí chăm sóc y tế và chăm sóc dài hạn cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Mỗi tiểu bang quyết định những gì được tính làm thu nhập và nguồn lực, ai đủ điều kiện, các dịch vụ nào được bao trả và chi phí cho các dịch vụ đó. Các tiểu bang cũng có thể quyết định cách điều hành chương trình của mình miễn là họ tuân theo các hướng dẫn của liên bang.

Ngoài ra, Medicaid cung cấp các chương trình để giúp mọi người chi trả chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. Các Chương Trình Tiết Kiệm của Medicare này giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế tiết kiệm tiền mỗi năm:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)**: Giúp chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và các phần chia sẻ chi phí khác (như các khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng

thanh toán). Quý vị cũng đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid từ chương trình Medicaid của tiểu bang.

- **Người thụ hưởng Medicare Thu nhập thấp được Chỉ định Plus (SLMB+):** Giúp chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần B và có thể là Phần A. Medicaid có thể bao trả một số chia sẻ chi phí Medicare của quý vị cho các dịch vụ y tế, tùy thuộc vào chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị. Quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid đầy đủ.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Hưởng Quyền Lợi Đầy Đủ (FBDE):** Medicaid có thể bao trả một số chia sẻ chi phí Medicare của quý vị cho các dịch vụ y tế, tùy thuộc vào chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị. Quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid đầy đủ.

“Đủ điều kiện kép hưởng quyền lợi đầy đủ” là người:

- Có Medicare
- Có Medicaid đầy đủ. Medicaid là chương trình được cung cấp cho những người đáp ứng các tiêu chuẩn về thu nhập và tài sản.
- Không đủ điều kiện tham gia Medicare Savings Program (QMB, SLMB, QI, QDWI).

Một số cá nhân cũng có thể đủ điều kiện nhận Medicaid vì những lý do khác, như bị khuyết tật hoặc có SSI. Đối với những người có Medicare, Medicaid có thể thanh toán một phần hoặc tất cả:

- Phí bảo hiểm Medicare hàng tháng cho Phần A và Phần B

Phần 2.3 Khu vực dịch vụ của chương trình cho Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) chỉ dành cho những người sống trong khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi. Để tiếp tục là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi. Khu vực dịch vụ được mô tả dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau tại:

Virginia: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greenville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe, York.

Nếu dự định chuyển đến một tiểu bang mới, quý vị cũng cần liên hệ với văn phòng Medicaid của tiểu bang và hỏi xem việc di chuyển này sẽ ảnh hưởng như thế nào đến các quyền lợi Medicaid của quý vị. Số điện thoại của Medicaid có trong Phụ lục A ở cuối tài liệu này.

Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình này. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) để xem chúng tôi có chương trình nào ở khu vực mới của quý vị không. Khi quý vị di chuyển, quý vị sẽ có Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt để chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh vào một chương trình thuốc hoặc sức khỏe của Medicare ở địa điểm mới của quý vị.

Nếu quý vị di chuyển hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư, cũng cần gọi cho Sở An Sinh Xã Hội. Gọi cho Sở An Sinh Xã Hội theo số **1-800-772-1213** (Người dùng TTY gọi **1-800-325-0778**).

Phần 2.4 Công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân đủ điều kiện

Quý vị phải là công dân hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân đủ điều kiện để trở thành hội viên của một chương trình bảo hiểm y tế Medicare. Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên của chương trình của chúng tôi trên cơ sở này. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) phải hủy ghi danh cho quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Phần 3 Những điều quý vị có thể mong đợi khi mới tham gia chương trình của chúng tôi

Phần 3.1 Đánh giá nguy cơ sức khỏe

Khi mới tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày ghi danh của quý vị có hiệu lực, hoặc sớm hơn.

Chúng tôi phải hoàn thành HRA cho quý vị. HRA là cơ sở để xây dựng kế hoạch chăm sóc của quý vị. HRA bao gồm các câu hỏi nhằm xác định nhu cầu về y tế, sức khỏe hành vi, chức năng và các nhu cầu xã hội liên quan đến sức khỏe của quý vị. Đối với một số hội viên nhất định, HRA bao gồm các câu hỏi về các dịch vụ đã nhận và xác nhận rằng những dịch vụ đó đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hoàn thành HRA thông qua buổi gặp trực tiếp hoặc qua điện thoại. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thêm thông tin về HRA này. Sau đó, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị ít nhất mỗi năm một lần để cập nhật và xác định xem nhu cầu của quý vị có thay đổi hay không.

Phần 3.2 Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc

Nhóm chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, điều phối viên chăm sóc, các bác sĩ chuyên khoa mà quý vị thăm khám hoặc các chuyên gia y tế khác do quý vị lựa chọn. Quý vị làm việc với nhóm chăm sóc để xây dựng kế hoạch chăm sóc dựa trên các ưu tiên của quý vị. Kế hoạch chăm sóc cho quý vị, bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết quý vị cần những dịch vụ nào và cách nhận các dịch vụ đó. Kế hoạch này bao gồm các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) hoặc các dịch vụ khác của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị bao gồm:

- các mục tiêu và hành động chăm sóc sức khỏe, ưu tiên, nhu cầu và điểm mạnh của quý vị theo thứ tự ưu tiên do quý vị xác định, và
- lịch trình để nhận các dịch vụ quý vị cần.

Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ gặp quý vị sau khi hoàn thành HRA để xây dựng kế hoạch chăm sóc. Họ sẽ hỏi về các dịch vụ quý vị cần. Họ cũng sẽ cho quý vị biết về các dịch vụ mà quý vị có thể cân nhắc sử dụng. Nhóm chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc ít nhất mỗi năm một lần hoặc thường xuyên hơn khi cần nếu tình trạng sức khỏe của quý vị có bất kỳ thay đổi nào.

PHẦN 4 Tài liệu quan trọng dành cho hội viên

Phần 4.1 Thẻ hội viên chương trình của chúng tôi

Sử dụng thẻ hội viên của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả và cho các thuốc theo toa mà quý vị nhận tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Thẻ thành viên mẫu:

 Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)		 CardinalCare Virginia's Medicaid Program	
Member Name: <Name> Member ID: <ID#> Issuer <80840> Effective Date: <Date>		MedicareRx Prescription Drug Coverage RxBIN: 610502 RxPCN: MEDDAET RxGRP: RXAETD	
PCP: \$0 Copay Specialist: \$0 Copay Emergency Room: \$0 Copay Urgent Care: \$0 Copay PCP Name: <Name> Issued: <Date>		PCP Phone: <Phone> H1610-001	

In case of emergency go to the nearest emergency room or call 911. This card is not a guarantee of eligibility, enrollment or payment.

Important Information

Member Services:	1-855-463-0933 (TTY: 711)
24 Hour Nurse Advice:	1-855-493-7019 (TTY: 711)
Behavioral Health and ARTS Crisis:	1-855-463-0933 (TTY: 711)
Pharmacy Help Desk:	1-800-238-6279 (TTY: 711)
Dental:	1-855-463-0933 (TTY: 711)
Transportation:	1-844-452-9375 (TTY: 711)
Website:	AetnaMedicare.com/VADSNP

For Providers:
 Eligibility, Preauthorization and Claims: **1-855-463-0933 (TTY: 711)**

Submit claims to:
 Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
 P.O. Box 982980
 El Paso, TX 79998

KHÔNG sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh lam của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị là hội viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ Medicare thay vì thẻ hội viên Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Giữ thẻ Medicare của quý vị ở một nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ này nếu quý vị cần sử dụng dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời, hoặc tham gia các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng).

Nếu thẻ hội viên chương trình của chúng tôi bị hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ mới.

Phần 4.2 Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc

Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc ([AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider](https://www.aetna.com/VADSNP-find-provider)) liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và nhà thuốc trong mạng lưới hiện tại của chúng tôi.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào của chương trình là khoản thanh toán đầy đủ.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ và chăm sóc y tế của mình. Nếu quý vị đi nơi khác mà không có sự cho phép thích hợp, quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ. Ngoại lệ duy nhất là trường hợp cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi mạng lưới không khả dụng (nghĩa là các tình

huống khi không hợp lý hoặc không thể nhận dịch vụ trong mạng lưới), dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp khi Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý cung cấp các thuốc theo toa được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Sử dụng *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Chuyển đến Chương 5, Phần 2.4 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị không có *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao (bằng phương thức điện tử hoặc dưới dạng giấy) từ Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**). *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* dạng giấy được yêu cầu sẽ được gửi qua đường bưu điện cho quý vị trong vòng 3 ngày làm việc. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại [AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider](https://www.aetna.com/VADSNP-find-provider).

Phần 4.3 Danh Sách Thuốc (danh mục thuốc)

Chương trình của chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (còn được gọi là Danh Sách Thuốc hoặc danh mục thuốc). Nó cho biết những loại thuốc theo toa nào được bao trả theo quyền lợi Phần D trong Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Thuốc trong danh sách này được chương trình của chúng tôi lựa chọn, với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc đáp ứng tất cả các yêu cầu của Medicare. Các thuốc nằm trong Chương Trình Đàm Phán Giá Thuốc của Medicare sẽ được đưa vào Danh Sách Thuốc của quý vị trừ khi các thuốc này đã được loại bỏ và thay thế như mô tả trong Chương 5, Phần 6. Medicare đã phê duyệt Danh sách Thuốc Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

Danh Sách Thuốc cũng cho biết có quy định nào hạn chế bảo hiểm cho một thuốc hay không.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị bản sao Danh sách Thuốc. Để nhận thông tin đầy đủ và cập nhật nhất về các thuốc được bao trả, hãy truy cập [AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/VADSNP-drug-formulary) hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).

PHẦN 5 Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho 2027

	Chi phí của quý vị trong năm 2027
Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng* *Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn khoản tiền này. Chuyển đến Phần 5.1 để biết chi tiết.	\$0
Khoản tự chi trả tối đa Đây là số tiền <u>tối đa</u> mà quý vị sẽ phải tự trả cho các dịch vụ được bao trả. (Chuyển đến Chương 4 Phần 1.2 để biết chi tiết.)	\$9,850 Quý vị không phải thanh toán bất kỳ chi phí xuất túi nào cho số tiền xuất túi tối đa đối với các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm.
Thăm khám tại phòng khám chăm sóc chính	\$0 mỗi lần thăm khám
Thăm khám tại phòng khám bác sĩ chuyên khoa	\$0 mỗi lần thăm khám

	Chi phí của quý vị trong năm 2027
Nội trú bệnh viện Bao gồm nhiều loại thời gian nằm viện nội trú khác nhau như chăm sóc cấp tính, phục hồi chức năng và chăm sóc dài hạn. Thời gian nằm viện nội trú bắt đầu vào ngày quý vị chính thức được nhập viện theo chỉ định của bác sĩ và kết thúc vào ngày trước ngày quý vị xuất viện.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được ủy quyền tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.
Bảo hiểm thuốc Phần D (Chuyển đến Chương 6 để biết chi tiết, bao gồm các Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm, Bảo Hiểm Ban Đầu và Bảo Hiểm Tai Ương.)	Khoản khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D: Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bỗ Sung từ Medicare để giúp thanh toán thuốc theo toa, quý vị trả: \$0 Nếu quý vị không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Bỗ sung từ Medicare để giúp thanh toán thuốc theo toa, quý vị trả: \$700 (Bậc 3–5) ngoại trừ các sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn. Đồng thanh toán/Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả \$0 cho mỗi toa thuốc. Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bỗ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc, quý vị trả: Đối với các thuốc gốc được bao trả (bao gồm các thuốc chính hiệu được coi là thuốc gốc), \$0 hoặc \$1.65 hoặc \$5.80 cho mỗi toa thuốc Tất cả các loại thuốc khác: \$0 hoặc \$5.00 hoặc \$14.40 cho mỗi toa thuốc

	Chi phí của quý vị trong năm 2027
	Nếu quý vị không đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Bổ sung từ Medicare để giúp thanh toán thuốc theo toa, quý vị trả: Bậc Thuốc 1: Quý vị thanh toán \$0 cho mỗi toa thuốc. Bậc Thuốc 2: Quý vị thanh toán \$0 cho mỗi toa thuốc. Bậc Thuốc 3: Quý vị thanh toán 9% của tổng chi phí. Quý vị phải trả không quá \$35 cho lượng thuốc mỗi tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả trên bậc này. Bậc Thuốc 4: Quý vị thanh toán 25% của tổng chi phí. Quý vị phải trả không quá \$35 cho lượng thuốc mỗi tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả trên bậc này. Bậc Thuốc 5: Quý vị thanh toán 25% của tổng chi phí. Quý vị phải trả không quá \$35 cho lượng thuốc mỗi tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả trên bậc này. Giai đoạn bảo hiểm tai ương: Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D của mình.

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

- Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Phần 5.1)
- Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hàng Tháng (Phần 5.2)
- Phạt Ghi Danh Muộn Phần D (Phần 5.3)
- Số Tiền Điều chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 5.4)
- Số Tiền của Medicare Prescription Payment Plan (Phần 5.5)

Phần 5.1 Phí Bảo Hiểm Chương Trình

Quý vị không phải thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng riêng biệt cho Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

Phần 5.2 Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hàng Tháng**Nhiều hội viên được yêu cầu trả phí bảo hiểm Medicare khác**

Một số hội viên được yêu cầu trả phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên để đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì điều kiện tham gia Medicaid cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các hội viên Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), Medicaid thanh toán phí bảo hiểm Phần A (nếu quý vị không tự động đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Phần B.

Nếu Medicaid không trả phí bảo hiểm Medicare của quý vị cho quý vị, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare của quý vị để duy trì tư cách hội viên chương trình của chúng tôi. Điều này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Quý vị cũng có thể trả phí bảo hiểm cho Phần A nếu quý vị không đủ điều kiện nhận Phần A miễn phí.

Phần 5.3 Phạt Ghi Danh Muộn Phần D

Vì quý vị đủ điều kiện kép nên LEP không áp dụng miễn là quý vị duy trì trạng thái đủ điều kiện kép của mình, nhưng nếu quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh muộn Phần D là phí bảo hiểm bổ sung phải được trả cho bảo hiểm Phần D nếu tại bất cứ lúc nào sau thời hạn ghi danh ban đầu của quý vị đã qua, có một khoảng thời gian 63 ngày trở lên liên tiếp khi quý vị không có bảo hiểm thuốc Phần D hoặc bảo hiểm thuốc đáng tin cậy khác. Bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare bởi bảo hiểm này được kỳ vọng thanh toán, trung bình, ít nhất bằng bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare. Phí phạt ghi danh muộn của quý vị sẽ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa uy tín khác. Nhìn chung, quý vị sẽ phải trả khoản tiền phạt này trong suốt thời gian quý vị có bảo hiểm Phần D.

Quý vị **không** phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu:

- Quý vị nhận được Trợ giúp Thêm từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc men của quý vị.
- Quý vị đã trải qua ít hơn 63 ngày liên tiếp mà không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm đáng tin cậy khác.
- Quý vị có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy thông qua một nguồn khác (như chủ lao động cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Cơ quan Quản lý Sức khỏe Cựu chiến binh (VA)). Nhà cung cấp bảo hiểm hoặc phòng nhân sự của quý vị sẽ cho quý vị biết mỗi năm liệu bảo hiểm thuốc của quý vị là bảo hiểm đáng tin cậy hay không. Quý vị có thể nhận được thông tin này trong thư hoặc bản tin từ chương trình đó. Hãy lưu giữ thông tin này vì quý vị có thể cần nếu sau này quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare.
 - **Lưu ý:** Bất kỳ thư hoặc thông báo nào cũng phải nói rằng quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy được kỳ vọng sẽ thanh toán bằng bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare.
 - **Lưu ý:** Thẻ giảm giá thuốc theo toa, phòng khám miễn phí và trang web giảm giá thuốc không phải là bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy.

Medicare quyết định số tiền phạt ghi danh muộn Phần D. Đây là cách nó hoạt động:

- Trước tiên, hãy đếm số tháng quý vị hoãn ghi danh tham gia chương trình thuốc Medicare sau khi quý vị đủ điều kiện ghi danh. Hoặc đếm số tháng trọn quý vị không có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy, nếu giai đoạn ngưng bảo hiểm là 63 ngày hoặc hơn.
- Sau đó, Medicare quyết định số phí bảo hiểm trung bình hàng tháng của chương trình cho các chương trình thuốc của Medicare tại quốc gia từ năm trước đó (phí bảo hiểm của người thụ hưởng theo cơ sở quốc gia). Đối với năm 2027, số phí bảo hiểm trung bình này là \$41.33.

- Để tính khoản tiền phạt hàng tháng của quý vị, Medicare nhân số tháng không được bao trả (tỷ lệ phần trăm tiền phạt) với 1% mức phí bảo hiểm cơ bản toàn quốc dành cho người thụ hưởng, sau đó làm tròn số tiền đó đến 10 xu gần nhất. Ví dụ: nếu quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm đáng tin cậy khác trong 14 tháng, khoản tiền phạt sẽ là 14% nhân với \$41.33, bằng \$5.79. Số này làm tròn đến \$5.80. Số tiền này sẽ được cộng vào **phí bảo hiểm chương trình hàng tháng cho người chịu tiền phạt ghi danh muộn Phần D**.

Ba điều quan trọng cần biết về tiền phạt ghi danh muộn Phần D hàng tháng:

- **Khoản tiền phạt này có thể thay đổi mỗi năm**, bởi vì mức phí bảo hiểm cơ bản toàn quốc dành cho người thụ hưởng có thể thay đổi mỗi năm.
- **Nhìn chung, quý vị sẽ tiếp tục trả khoản tiền phạt** hàng tháng trong suốt thời gian quý vị ghi danh vào một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi quý vị đổi chương trình.
- Nếu quý vị *dưới* 65 tuổi và đã ghi danh vào Medicare, khoản tiền phạt ghi danh muộn Phần D sẽ được thiết lập lại khi quý vị tròn 65. Sau 65 tuổi, tiền phạt ghi danh muộn Phần D của quý vị sẽ chỉ dựa trên số tháng quý vị không có bảo hiểm sau giai đoạn ghi danh ban đầu do lão hóa để chuyển sang Medicare.

Nếu quý vị không đồng ý với khoản tiền phạt ghi danh muộn Phần D, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét lại (kháng nghị) khoản tiền phạt. Việc xem xét lại được thực hiện bởi một tổ chức đánh giá độc lập không có liên hệ với chúng tôi. Thông thường, quý vị phải yêu cầu xem xét lại **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày ghi trên lá thư đầu tiên quý vị nhận được nêu rằng quý vị phải trả khoản tiền phạt ghi danh muộn. Tuy nhiên, nếu quý vị đã trả khoản tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, nhìn chung quý vị sẽ không có thêm cơ hội yêu cầu xem xét lại khoản tiền phạt ghi danh muộn đó.

Phần 5.4 Số Tiền Điều Chính Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập

Nếu quý vị mất tư cách đủ điều kiện tham gia chương trình này do thay đổi về thu nhập, một số hội viên có thể phải trả thêm một khoản phí cho chương trình Medicare của mình, được gọi là Số Tiền Điều Chính Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D (IRMAA). Khoản phụ phí được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh của quý vị theo báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước. Nếu số tiền này cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về khoản tiền bổ sung quý vị có thể phải trả dựa trên thu nhập của mình, hãy truy cập [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Nếu quý vị phải trả thêm IRMAA, Sở An sinh Xã hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết số tiền trả thêm đó là bao nhiêu. Số tiền bổ sung sẽ được khấu trừ từ séc quyền lợi An sinh Xã hội, Ban Hưu trí Đường sắt hoặc Văn phòng Quản lý Nhân sự của quý vị, bất kể quý vị thường thanh toán phí bảo hiểm chương trình của mình như thế nào, trừ khi quyền lợi hàng tháng của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung quý vị nợ. Nếu séc quyền lợi của quý vị không đủ để trả khoản bổ sung này, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải trả thêm IRMAA cho chính phủ. Không được thanh toán khoản này cùng với phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị không thanh toán IRMAA bổ sung, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

Nếu quý vị không đồng ý về việc trả thêm IRMAA, quý vị có thể yêu cầu Sở An sinh Xã hội xem xét lại quyết định. Để tìm hiểu cách thực hiện việc này, hãy gọi Sở An Sinh Xã Hội theo số [1-800-772-1213](tel:1-800-772-1213) (Người dùng TTY gọi [1-800-325-0778](tel:1-800-325-0778)).

Phần 5.5 Số Tiền của Medicare Prescription Payment Plan

Nếu quý vị tham gia Medicare Prescription Payment Plan, hàng tháng quý vị sẽ phải trả phí bảo hiểm (nếu có) và sẽ nhận được hóa đơn từ công ty bảo hiểm sức khỏe hoặc công ty bảo hiểm thuốc cho đơn thuốc của quý vị (thay vì phải trả tiền cho nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng của quý vị được tính dựa trên số tiền quý vị phải trả cho bất kỳ đơn thuốc nào quý vị mua, cộng với số dư của tháng trước, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2, Phần 7 cho biết thêm về Medicare Prescription Payment Plan. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn như một phần của tùy chọn thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong Chương 9 để khiếu nại hoặc kháng nghị.

PHẦN 6 Thêm thông tin về phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị**Phần 6.1 Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị sẽ không thay đổi trong năm**

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

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể dừng thanh toán tiền phạt ghi danh muộn, nếu quý vị nợ, hoặc quý vị có thể cần bắt đầu trả tiền phạt ghi danh muộn.

- Nếu quý vị mất Hồ Trợ Bổ Sung, quý vị có thể phải chịu khoản tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình và không có bảo hiểm thuốc Phần D hoặc bảo hiểm thuốc đáng tin cậy khác trong 63 ngày liên tiếp trở lên.

Tìm hiểu thêm về Hồ Trợ Bổ Sung trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 7 Giữ cho hồ sơ tư cách hội viên chương trình của quý vị được cập nhật

Hồ sơ hội viên của quý vị có thông tin từ biểu mẫu ghi danh của quý vị, bao gồm địa chỉ và số điện thoại. Nó thể hiện phạm vi bảo hiểm chương trình cụ thể của quý vị, bao gồm Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Ban đầu của quý vị/Nhóm Y tế/IPA. Nhóm Y tế là một nhóm các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. IPA, hay Hiệp hội Hành nghề Độc lập, là một nhóm độc lập gồm các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới **chương trình của chúng tôi sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết các dịch vụ và thuốc được bao trả và khoản chia sẻ chi phí của quý vị.** Do đó, việc giúp chúng tôi cập nhật thông tin của quý vị là rất quan trọng.

Nếu quý vị có bất kỳ thay đổi nào trong số này, hãy cho chúng tôi biết:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Những thay đổi trong bất kỳ bảo hiểm sức khỏe nào khác mà quý vị có (chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị, bồi thường cho người lao động, hoặc Medicaid)
- Bất kỳ khiếu nại trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như khiếu nại từ một tai nạn ô tô
- Nếu quý vị được nhận vào viện dưỡng lão

- Nếu quý vị được chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
- Nếu bên chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (chẳng hạn như người chăm sóc) có thay đổi
- Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải cho chương trình của chúng tôi biết về các nghiên cứu 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 trong sổ này thay đổi, hãy cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).

Điều quan trọng nữa là liên lạc với Sở An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Gọi cho Sở An Sinh Xã Hội theo số **1-800-772-1213** (Người dùng TTY gọi **1-800-325-0778**).

PHẦN 8 Cách thức chương trình bảo hiểm khác phối hợp với chương trình của chúng tôi

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin về bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà quý vị có để chúng tôi có thể phối hợp bất kỳ khoản bảo hiểm nào khác với các quyền lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Điều Phối Quyền Lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị liệt kê bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà chúng tôi biết. Đọc kỹ thông tin này. Nếu thông tin chính xác, quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì. Nếu thông tin này không chính xác hoặc quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**). Quý vị có thể cần cung cấp mã số hội viên chương trình của chúng tôi cho các nhà cung cấp bảo hiểm khác của quý vị (sau khi quý vị xác nhận thông tin nhận dạng của họ) để các hóa đơn của quý vị được thanh toán chính xác và kịp thời.

Khi quý vị có bảo hiểm khác (giống như bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ lao động), các quy tắc của Medicare sẽ quyết định chương trình của chúng tôi hay bảo hiểm khác của quý vị thanh toán trước tiên. Bảo hiểm thanh toán đầu tiên sẽ ("bên thanh toán chính") thanh toán tối đa theo giới hạn phạm vi bảo hiểm của mình. Bảo hiểm thanh toán thứ hai ("bên thanh toán phụ"), chỉ thanh toán nếu còn các chi phí mà bảo hiểm chính chưa bao trả. Bên thanh toán phụ có thể không thanh toán tất cả các chi phí không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy báo cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị.

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

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

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

- Bảo hiểm không kể bên có lỗi (bao gồm bảo hiểm xe hơi)
- Bảo hiểm trách nhiệm (bao gồm bảo hiểm xe hơi)
- Quyền lợi cho bệnh phổi đen
- Bồi thường cho người lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ thanh toán trước cho các dịch vụ được bảo hiểm bởi Medicare. Các chương trình này chỉ thanh toán sau khi Medicare và/hoặc chương trình bảo hiểm y tế nhóm của chủ lao động đã thanh toán.

Chương 2:

Số điện thoại và nguồn lực

PHẦN 1 Thông tin liên lạc của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Để được trợ giúp về các câu hỏi về yêu cầu bảo hiểm, thanh toán hoặc thẻ hội viên, hãy gọi hoặc viết thư cho Dịch vụ Hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Chúng tôi rất hân hạnh được giúp đỡ quý vị.

Ban Dịch vụ Hội viên - Thông tin Liên lạc	
Gọi	<u>1-855-463-0933</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần. Dịch vụ Hội viên cũng cung cấp dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
Người dùng TTY	<u>711</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Fax	1-855-259-2087
Viết thư	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
Trang web	<u>AetnaMedicare.com/VADSNP</u>

Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi trả cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị. Kháng nghị là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem lại và thay đổi quyết định bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị, hãy xem Chương 9.

Quyết định Bảo hiểm về Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên lạc	
Gọi	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Người dùng TTY	711 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Fax	1-833-280-5224
Viết thư	PO Box 818051 Cleveland, OH 44181-8051
Trang web	AetnaMedicare.com/VADSNP

Quyết Định Bảo Hiểm cho Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Lạc	
Gọi	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc là 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
Người dùng TTY	711 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc là 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
Fax	1-877-270-0148
Viết thư	Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4750 S 44th PI Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Trang web	AetnaMedicare.com/VADSNP

Khiếu nại về Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên lạc	
Gọi	<u>1-855-463-0933</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Người dùng TTY	<u>711</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Fax	1-959-876-7979 Kháng nghị cấp tốc: 1-959-876-7980
Viết thư	Kháng cáo của Hội Viên Aetna Duals PO Box 14726 Lexington, KY 40512 <u>COEGandA@aetna.com</u>
Trang web	<u>AetnaMedicare.com/VADSNP</u>

Kháng Nghị đối với Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Lạc	
Gọi	<u>1-855-463-0933</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc là 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
Người dùng TTY	<u>711</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc là 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.
Fax	1-877-270-0148
Viết thư	Part D Appeals Pharmacy Department 4750 S 44th PI Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Trang web	<u>AetnaMedicare.com/VADSNP</u>

Cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng chăm sóc của quý vị. Loại khiếu nại này không liên quan đến các tranh chấp bảo hiểm hoặc thanh toán. Để biết thêm thông tin về cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, hãy chuyển sang Chương 9.

Phản nản về Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên lạc	
Gọi	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Người dùng TTY	711 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Fax	1-959-876-7982
Viết thư	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Aetna Duals Grievances PO Box 14725 Lexington, KY 40512 COEGandA@aetna.com
Trang web của Medicare	Để gửi khiếu nại về Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) trực tiếp cho Medicare, hãy truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Khiếu Nại về Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Lạc	
Gọi	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Người dùng TTY	711 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Fax	1-959-876-7982
Viết thư	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Aetna Duals Grievances PO Box 14725 Lexington, KY 40512 COEGandA@aetna.com
Trang web của Medicare	Để gửi khiếu nại về Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) trực tiếp cho Medicare, hãy truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cách yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị nhận

Nếu quý vị nhận được hóa đơn hoặc đã thanh toán cho các dịch vụ (chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp) mà quý vị cho rằng chúng tôi phải thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp. Chuyển đến Chương 7 để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Chuyển đến Chương 9 để biết thêm thông tin.

Yêu Cầu Thanh Toán cho Bảo Hiểm Y Tế – Thông Tin Liên Lạc	
Gọi	<u>1-855-463-0933</u> Cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
Người dùng TTY	<u>711</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
Fax	1-855-259-2087
Viết thư	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) PO Box 982980 El Paso, TX 79998
Trang web	<u>AetnaMedicare.com/VADSNP</u>

Yêu Cầu Thanh Toán cho Thuốc Phần D – Thông Tin Liên Lạc	
Viết thư	Aetna Integrated Pharmacy Solutions PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072
Trang web	<u>AetnaMedicare.com/VADSNP</u>

PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare

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

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

Medicare – Thông tin Liên lạc	
Gọi	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.
Người dùng TTY	1-877-486-2048 Việc gọi đến số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí.
Trò Chuyện Trực Tiếp	Trò chuyện trực tiếp tại Medicare.gov/talk-to-someone
Viết thư	Viết thư cho Medicare tại PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Trang web	Medicare.gov • Nhận thông tin về các chương trình thuốc và sức khỏe của Medicare tại khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và dịch vụ mà chúng cung cấp. • Tìm bác sĩ tham gia Medicare hoặc các nhà cung cấp và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. • Tìm hiểu những gì Medicare bao trả, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như khám sàng lọc, tiêm phòng hoặc vắc-xin và các lần thăm khám “Sức khỏe” hàng năm). • Nhận thông tin và biểu mẫu về kháng cáo của Medicare. • Nhận thông tin về chất lượng chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, trung tâm tế bào, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn. • Tra cứu các trang web và số điện thoại hữu ích. Quý vị cũng có thể truy cập Medicare.gov để cho Medicare biết về bất kỳ khiếu nại nào quý vị có về Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Để gửi khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare xem xét khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

PHẦN 3 Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP)

Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP) là chương trình của chính phủ có các nhà tư vấn đã qua đào tạo tại mỗi tiểu bang cung cấp trợ giúp, thông tin và giải đáp miễn phí cho các câu hỏi về Medicare của quý vị. Tham khảo **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết tên và thông tin liên hệ của Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang tại tiểu bang của quý vị.

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

Các tư vấn viên SHIP có thể giúp quý vị nắm được các quyền lợi Medicare của quý vị, khiếu nại về dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế của quý vị và giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare của quý vị. Các tư vấn viên SHIP cũng có thể giúp quý vị giải quyết các câu hỏi hoặc vấn đề về Medicare, giúp quý vị hiểu rõ các lựa chọn chương trình Medicare và trả lời các câu hỏi về việc đổi chương trình.

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) được chỉ định phục vụ những người có Medicare ở mỗi tiểu bang. Tham khảo **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết tên và thông tin liên hệ của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng có một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Medicare trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một tổ chức độc lập. Nó không liên quan đến chương trình của chúng tôi.

Liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Quý vị có khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được. Ví dụ về các mối lo ngại về chất lượng chăm sóc bao gồm nhận sai thuốc, các xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết hoặc chẩn đoán sai.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho thời gian nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Chuyên Sâu (CORF) của quý vị sẽ kết thúc quá sớm.

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội

Sở An sinh Xã hội xác định tính đủ điều kiện tham gia Medicare và xử lý việc ghi danh Medicare. Sở An Sinh Xã Hội cũng chịu trách nhiệm xác định người phải thanh toán khoản bổ sung cho bảo hiểm thuốc Phần D vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận thư từ Sở An Sinh Xã Hội thông báo với quý vị rằng quý vị phải trả tiền thêm và có các câu hỏi về số tiền hoặc nếu thu nhập của quý vị đã đi xuống vì một sự kiện làm thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị di chuyển hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư, hãy liên hệ với Sở An sinh Xã hội để cho họ biết.

An sinh Xã hội - Thông tin Liên lạc	
GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Hoạt động từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nhận thông tin được ghi âm và thực hiện một số công việc 24 giờ mỗi ngày.
Người dùng TTY	1-800-325-0778 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Hoạt động từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG WEB	SSA.gov

PHẦN 6 Medicaid

Medicaid là một chương trình chung của chính phủ liên bang và tiểu bang giúp thanh toán chi phí y tế cho một số người với thu nhập và nguồn lực hạn chế.

Những Chương trình Tiết kiệm Medicare giúp cho người có thu nhập và nguồn lực hạn chế:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** Giúp chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và các phần chia sẻ chi phí khác (như các khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán). Quý vị cũng đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid từ chương trình Medicaid của tiểu bang.
- **Người thụ hưởng Medicare Thu nhập thấp được Chỉ định Plus (SLMB+):** Giúp chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần B và có thể là Phần A. Medicaid có thể bao trả một số chia sẻ chi phí Medicare của quý vị cho các dịch vụ y tế, tùy thuộc vào chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị. Quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid đầy đủ.
- **Hội Đủ Điều Kiện Kép Hưởng Quyền Lợi Đầy Đủ (FBDE):** Medicaid có thể bao trả một số chia sẻ chi phí Medicare của quý vị cho các dịch vụ y tế, tùy thuộc vào chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị. Quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid đầy đủ.

Nếu quý vị có thắc mắc về sự trợ giúp mà quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ với Cardinal Care.

Chương trình Thanh tra giúp những người ghi danh tham gia Medicaid giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp quý vị đệ đơn phản nản hoặc khiếu nại về chương trình của chúng tôi.

Chương trình Thanh tra LTC giúp mọi người nhận thông tin về viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề về viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình họ.

Tham khảo **Phụ Lục A** của tài liệu này để biết tên và thông tin liên hệ cho các chương trình Cardinal Care và Thanh Tra tại tiểu bang của quý vị.

PHẦN 7 Các chương trình hỗ trợ thanh toán thuốc theo toa

Trang web Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) có thông tin về các cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Các chương trình dưới đây có thể giúp những người có thu nhập hạn chế.

Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, nên quý vị đủ điều kiện nhận “Hỗ Trợ Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị không cần phải làm thêm bất cứ điều gì để nhận được “Hỗ Trợ Bổ Sung” này.

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

- 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Người dùng TTY gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048);
- Văn Phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số [1-800-772-1213](tel:1-800-772-1213), từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY gọi [1-800-325-0778](tel:1-800-325-0778); hoặc
- Văn Phòng Medicaid tại Tiểu Bang của Quý Vị (Xem **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết thông tin liên hệ).

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

Quý vị có thể gửi tài liệu bằng chứng của mình cho chúng tôi bằng bất kỳ phương thức liên hệ nào sau đây:

Bảng Chứng Tốt Nhất Có Sẵn – Thông Tin Liên Hệ	
VIẾT THU	Best Available Evidence PO Box 14076 Lexington, KY 40512
FAX	1-866-756-5522
EMAIL	BAE/LISmailbox@aetna.com

- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức đồng thanh toán phù hợp, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể thanh toán đúng số tiền đồng thanh toán khi nhận toa thuốc tiếp theo. Nếu quý vị trả quá khoản đồng thanh toán của mình, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị bằng séc hoặc tín dụng đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc không thu khoản đồng thanh toán của quý vị và quý vị nợ họ, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu một tiểu bang thanh toán thay cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang đó. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào.

Nếu quý vị có Hỗ Trợ Bổ Sung và được bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS (ADAP) thì sao?

Chương trình Trợ cấp Thuốc điều trị AIDS (ADAP) giúp những người nhiễm HIV/AIDS tiếp cận thuốc HIV cứu mạng sống. Các loại thuốc Medicare Phần D cũng nằm trong danh mục thuốc của ADAP đủ điều kiện nhận trợ giúp chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua ADAP tại tiểu bang của quý vị (số điện thoại có trong **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này).

LƯU Ý: Để hội đủ điều kiện tham gia ADAP tại tiểu bang của quý vị, mọi người phải đáp ứng những tiêu chí nhất định, bao gồm chứng nhận cư trú tại tiểu bang và chứng nhận tình trạng HIV, thu nhập thấp (theo định nghĩa của tiểu bang) và tình trạng không được bảo hiểm/được bảo hiểm dưới mức. Nếu quý vị thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận trợ giúp. Để biết thông tin về các tiêu chí đủ điều kiện, các thuốc được bao trả hoặc cách đăng ký chương trình này, hãy gọi cho người liên hệ ADAP tại tiểu bang của quý vị. (Tham khảo **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết tên và thông tin liên hệ của ADAP tại tiểu bang của quý vị.)

Medicare Prescription Payment Plan

Medicare Prescription Payment Plan là một lựa chọn thanh toán phù hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị nhằm giúp quý vị quản lý chi phí tự trả của mình cho các thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả bằng cách trả đều chúng trong **năm dương lịch** (tháng 1 – tháng 12). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình bảo hiểm y tế Medicare có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage với bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. **Tùy 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 Medicare Prescription Payment Plan và vẫn ở trong cùng một chương trình Phần D, sự tham gia của quý vị sẽ tự động được gia hạn cho năm 2027; quý vị không cần gửi yêu cầu lựa chọn mới để tiếp tục tham gia vào năm 2027.** Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) từ Medicare và trợ giúp từ SPAP và ADAP của quý vị, dành cho những người hội đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc tham gia vào Medicare Prescription Payment Plan. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) hoặc truy cập **Medicare.gov**.

Medicare Prescription Payment Plan – Thông Tin Liên Hệ	
GỌI	<u>1-855-463-0933</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần. Dịch vụ Hội viên cũng cung cấp dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói Tiếng Anh.
Người dùng TTY	<u>711</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
VIẾT THƯ	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) PO Box 7 Pittsburgh, PA 15230
TRANG WEB	<u>AetnaMedicare.com/VADSNP</u>

PHẦN 8 Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB)

Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt là một cơ quan liên bang độc lập quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho các công nhân đường sắt quốc gia và gia đình của họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua Ban Hưu trí Ngành đường sắt, hãy cho họ biết quý vị có chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình hay không. Nếu có thắc mắc về quyền lợi của quý vị từ Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt, hãy liên hệ với cơ quan này.

Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) – Thông Tin Liên Hệ	
GỌI	<u>1-877-772-5772</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Nhấn “0” để nói chuyện với đại diện RRB từ 9 giờ sáng đến 3:30 chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ Tư. Nhấn “1” để truy cập Đường Dây Trợ Giúp RRB tự động và nhận thông tin đã ghi nhận 24 giờ mỗi ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.

Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) – Thông Tin Liên Hệ	
Người dùng TTY	1-312-751-4701 Việc gọi đến số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Cuộc gọi đến số điện thoại này không được miễn phí.
TRANG WEB	https://RRB.gov

Chương 3:

Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết về việc sử dụng chương trình của chúng tôi để nhận sự chăm sóc y tế và các dịch vụ khác được bao trả.

Để biết chi tiết về những dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi bao trả, hãy xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4.

Phần 1.1 Nhà cung cấp trong mạng lưới và dịch vụ được bao trả

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

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản về chăm sóc y tế và các dịch vụ khác của quý vị được chương trình của chúng tôi bao trả

Là một chương trình bảo hiểm y tế của Medicare và Medicaid, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) phải bao trả tất cả các dịch vụ được Original Medicare bao trả và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài những dịch vụ được bao trả theo Original Medicare (Xem *Bảng Quyền Lợi Y Tế* trong Chương 4, Phần 2).

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) nói chung sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị miễn là:

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được có trong Bảng Quyền Lợi Y Tế của chương trình chúng tôi** trong Chương 4.
- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được xem là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ, vật tư y tế, thiết bị hoặc thuốc cần để phòng bệnh, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận của phòng khám y tế.
- **Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới cung cấp và giám sát việc chăm sóc quý vị.** Là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới (đi tới Phần 2.1 để biết thêm thông tin).

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới** (xem Phần 2). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không tham gia vào mạng lưới trong chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả. Điều này có nghĩa là quý vị phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp cho các dịch vụ mà quý vị nhận được. Dưới đây là 3 trường hợp ngoại lệ:
 - Chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin và để xem các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp là gì, hãy đi tới Phần 3.
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả nhưng không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới với cùng mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường thanh toán trong mạng lưới. Quý vị phải xin phép chương trình trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc. Trong tình huống này, chúng tôi sẽ bao trả các dịch vụ này như thể quý vị nhận được sự chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thêm thông tin về việc nhận phê duyệt để gặp bác sĩ ngoài mạng lưới, xin xem Phần 2.4.
 - Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận. Phần chia sẻ chi phí quý vị trả cho chương trình lọc thận của chúng tôi không bao giờ có thể cao hơn mức chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi và nhận lọc máu từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình của chúng tôi, chia sẻ chi phí của quý vị không được cao hơn chia sẻ chi phí quý vị thanh toán trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp lọc máu thông thường trong mạng lưới của quý vị tạm thời không khả dụng và quý vị chọn nhận các dịch vụ bên trong khu vực dịch vụ của chúng tôi từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình của chúng tôi, phần chia sẻ chi phí của quý vị cho việc lọc máu có thể cao hơn.

PHẦN 2 Sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Nhà cung cấp Chăm sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) để cung cấp và theo dõi dịch vụ chăm sóc của mình

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

Là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị **phải có một PCP trong mạng lưới trong hồ sơ** với chúng tôi. Điều quan trọng là quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới và cho chúng tôi biết quý vị đã chọn ai. PCP của quý vị có thể giúp quý vị luôn khỏe mạnh, điều trị bệnh tật và điều phối việc chăm sóc với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. PCP (hoặc văn phòng PCP) của quý vị sẽ xuất hiện trên thẻ ID hội viên của quý vị. Nếu thẻ ID hội viên của quý vị không hiển thị PCP (hoặc văn phòng PCP) hoặc PCP trên thẻ của quý vị không phải là PCP quý vị muốn sử dụng, vui lòng liên hệ với chúng tôi ngay lập tức. Nếu quý vị sử dụng PCP có tên (hoặc tên văn phòng) không được in trên thẻ ID hội viên của mình, yêu cầu bảo hiểm của quý vị có thể bị từ chối.

Tùy thuộc vào nơi quý vị sống, các loại nhà cung cấp sau đây có thể hoạt động với tư cách là PCP:

- Bác sĩ đa khoa
- Bác sĩ nội khoa
- Bác sĩ gia đình

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Bác sĩ nhi khoa
- Trợ lý bác sĩ (Không có sẵn ở tất cả các tiểu bang)
- Điều dưỡng điều trị (Không có sẵn ở tất cả các tiểu bang)

Vui lòng tham khảo *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại [AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider](https://www.aetna.com/medicare/vad-snp-find-provider) để xem danh sách đầy đủ các PCP trong khu vực của quý vị.

Vai trò của PCP là gì?

PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết dịch vụ chăm sóc cho quý vị, và khi quý vị cần các dịch vụ chuyên biệt hơn, họ sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị với các nhà cung cấp khác. Họ sẽ giúp quý vị tìm một bác sĩ chuyên khoa và sẽ sắp xếp các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Một số dịch vụ mà PCP sẽ điều phối bao gồm:

- Chụp X-quang
- Xét nghiệm
- Trị liệu
- Chăm sóc từ bác sĩ là bác sĩ chuyên khoa
- Nhập viện

“Điều phối” dịch vụ bao gồm tham vấn với những nhà cung cấp khác của chương trình về việc chăm sóc của quý vị và cách thức diễn ra. Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối hoạt động chăm sóc y tế của quý vị, do đó quý vị nên gửi tất cả hồ sơ y tế trước kia của mình đến văn phòng PCP.

Vai trò của PCP trong việc đưa ra quyết định hoặc nhận sự cho phép trước (PA) là gì, nếu có?

Trong một số trường hợp, PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác hoặc quý vị với tư cách là người đăng ký (hội viên) của chương trình có thể cần được Phòng Quản lý Y tế của chúng tôi chấp thuận trước đối với một số loại dịch vụ hoặc xét nghiệm (đây được gọi là được “cho phép trước”). Xin phép trước là trách nhiệm của PCP, nhà cung cấp dịch vụ điều trị, hoặc quý vị với tư cách là hội viên. Các dịch vụ và vật dụng cần cho phép trước được liệt kê trong Chương 4.

Cách chọn PCP

Quý vị có thể chọn PCP bằng cách sử dụng *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi tại [AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider](https://www.aetna.com/medicare/vad-snp-find-provider) hoặc nhờ Dịch Vụ Hội Viên hỗ trợ.

Nếu quý vị chưa chọn PCP, chúng tôi sẽ chọn PCP cho quý vị. Quý vị có thể thay đổi PCP của mình (như được giải thích sau trong phần này) vì bất kỳ lý do gì, và bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

Cách thay PCP

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ lúc nào. Cũng có khả năng PCP của quý vị có thể rời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi và quý vị cần chọn một PCP mới. Hãy liên hệ ngay với chúng tôi nếu thẻ ID hội viên của quý vị không có tên PCP quý vị muốn sử dụng. Chúng tôi sẽ cập nhật hồ sơ của quý vị và gửi cho quý vị thẻ ID hội viên mới để phản ánh sự thay đổi trong PCP.

Để thay đổi PCP của quý vị, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên **trước khi** quý vị đặt lịch hẹn với một PCP mới. Khi quý vị gọi, đảm bảo thông báo cho Dịch vụ Hội viên nếu quý vị sẽ đến gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc đang nhận các dịch vụ được bảo hiểm khác được PCP của quý vị điều phối (chẳng hạn dịch vụ sức khỏe tại nhà và thiết bị y tế lâu bền). Họ sẽ kiểm tra để đảm bảo rằng PCP mà quý vị muốn chuyển sang sẽ chấp nhận bệnh nhân

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

mới. Dịch vụ Hội viên sẽ thay đổi hồ sơ tư cách hội viên của quý vị để hiện tên PCP mới của quý vị, cho quý vị biết ngày yêu cầu thay đổi có hiệu lực, và trả lời các câu hỏi của quý vị về thay đổi.

Họ cũng sẽ gửi cho quý vị một thẻ hội viên mới có ghi tên và/hoặc số điện thoại của PCP mới của quý vị.

Phần 2.2 Dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác quý vị có thể nhận mà không cần giấy giới thiệu của PCP

Quý vị có thể được hưởng các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần có sự phê duyệt trước từ PCP của quý vị.

- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ, bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú sàng lọc (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap và khám vùng chậu miễn là quý vị nhận được từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ sức khỏe hành vi miễn là quý vị nhận được chứng từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi, hãy gọi đến số điện thoại trên thẻ ID hội viên của quý vị.
- Chích ngừa cúm, vắc-xin COVID19, vắc-xin Viêm gan B và vắc-xin viêm phổi miễn là quý vị nhận được chứng từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Các dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ được chương trình bao trả khẩn cấp là các dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu) nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc nếu không hợp lý về 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 cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Cần thiết về mặt y tế, thăm khám định kỳ (như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.
- Các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận từ cơ sở lọc thận do Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi. Nếu có thể, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) trước khi quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp thu xếp cho quý vị duy trì việc lọc máu khi quý vị ở xa.

Phần 2.3 Làm thế nào để nhận được dịch vụ chăm sóc từ các chuyên gia và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Bác sĩ chuyên khoa là một bác sĩ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe về một bệnh lý cụ thể hoặc một phần cơ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa. Ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân bị ung thư.
- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa tim cho các bệnh nhân bị bệnh tim.
- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chỉnh hình cho các bệnh nhân mắc bệnh về xương, khớp hoặc cơ.

Vai trò của PCP trong việc giới thiệu hội viên đến gặp bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác là gì?

PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết dịch vụ chăm sóc cho quý vị và sẽ giúp sắp xếp hoặc điều phối phần còn lại của các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên chương trình.

PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa, nhưng quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không cần giấy giới thiệu.

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Quy trình xin sự cho phép trước

Trong một số trường hợp, PCP của quý vị, nhà cung cấp khác hoặc quý vị với tư cách là người đăng ký (hội viên) của chương trình có thể cần được Phòng Quản lý Y tế của chúng tôi chấp thuận trước đối với một số loại dịch vụ hoặc xét nghiệm quý vị nhận trong mạng lưới (đây được gọi là “được cho phép trước”). Xin phép trước là trách nhiệm của PCP, nhà cung cấp dịch vụ điều trị, hoặc quý vị với tư cách là hội viên. Các dịch vụ và vật dụng cần sự cho phép trước được liệt kê trong *Bảng Quyền Lợi Y Tế* ở Chương 4, Phần 2.

Khi một bác sĩ chuyên khoa hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới rời khỏi chương trình của chúng tôi

Chúng tôi có thể thay đổi bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) trong mạng lưới chương trình của chúng tôi trong cả năm. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị được hưởng các quyền và biện pháp bảo vệ sau:

- Mặc dù mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare vẫn yêu cầu quý vị phải tiếp cận liên tục với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ trình độ.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp của quý vị sắp rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc chăm sóc chính của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã đến thăm nhà cung cấp đó trong 3 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, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đến gặp họ trong vòng 3 tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ điều kiện trong mạng lưới để tiếp tục chăm sóc.
- Nếu quý vị đang trải qua quá trình điều trị hoặc trị liệu y tế với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận các liệu pháp hoặc điều trị cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh có sẵn và các tùy chọn quý vị có thể có để thay đổi chương trình.
- Khi một nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị, chúng tôi sẽ sắp xếp bất kỳ quyền lợi được bao trả cần thiết về mặt y tế nào bên ngoài mạng lưới của chúng tôi với khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới.
- Nếu quý vị phát hiện bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của mình sắp rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi để được trợ giúp quý vị chọn nhà cung cấp mới để quản lý các dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nếu cho rằng chúng tôi không thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ trình độ hoặc các dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý hợp lý, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho QIO, khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho chương trình của chúng tôi hoặc cả hai (xem Chương 9).

Phần 2.4 Làm thế nào để nhận được dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới. Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc trái phép từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi có thể từ chối bảo hiểm và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Chương trình bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về vấn đề này, và để biết dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết nghĩa là gì, tham khảo Phần 3 trong chương này.
- Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình chúng tôi bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp được dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này tại một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Quý vị phải xin phép chương trình trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, nếu dịch vụ chăm sóc được chấp thuận, quý vị sẽ thanh toán số tiền như quý vị sẽ trả nếu nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới sẽ liên hệ với chúng tôi để xin phép cho quý vị thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ chạy thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở chạy thận được cấp phép bởi Medicare khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình.

Quý vị cần yêu cầu nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi hóa đơn cho chúng tôi trước. Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bao trả hoặc nếu nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị cho rằng chúng tôi nên thanh toán, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên hoặc gửi hóa đơn cho chúng tôi. Xin hãy xem Chương 7 để biết thông tin về cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được.

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ trong trường hợp cấp cứu, thảm họa hoặc nhu cầu chăm sóc khẩn cấp

Phần 3.1 Nhận dịch vụ chăm sóc nếu quý vị cần cấp cứu y tế

Cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người bình thường và thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và được phẩm tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần phải được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn chặn tử vong của quý vị (và, nếu quý vị là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất chi hoặc chức năng của một chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, thương tích, đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng chuyển biến xấu đi.

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Cần xin trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 để được trợ giúp hoặc tới phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cấp cứu nếu quý vị cần. Quý vị không cần nhận được sự phê duyệt hoặc giấy giới thiệu trước từ PCP của mình. Quý vị không cần sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp được bao trả bất cứ khi nào quý vị cần, tại bất cứ đâu ở Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp của tiểu bang, ngay cả khi họ không tham gia vào mạng lưới của chúng tôi.
- **Trong thời gian sớm nhất có thể, đảm bảo rằng chương trình của chúng tôi đã được thông báo về trường hợp cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc ai đó nên gọi cho chúng tôi báo về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thông thường trong vòng 48 giờ. Vui lòng gọi đến Dịch vụ Hội viên (số điện thoại được in trên thẻ ID hội viên của quý vị).

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

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

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau:

- Chăm sóc cấp cứu
- Chăm sóc cần thiết khẩn cấp
- Vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất

Việc vận chuyển trở về Hoa Kỳ từ một quốc gia khác không được bảo hiểm. Các thủ thuật được lên lịch trước và/hoặc tự chọn sẽ không được bao trả. Xem Bảng Quyền lợi trong Chương 4 để biết thêm thông tin. Hãy đảm bảo lấy một bản sao của tất cả hồ sơ bệnh án từ cơ sở cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp trước khi quý vị rời đi; quý vị có thể cần họ nộp đơn yêu cầu bồi thường hoặc hỗ trợ xử lý yêu cầu bồi thường. Nếu không có những hồ sơ này, chúng tôi không thể thanh toán yêu cầu bồi thường của quý vị. Quý vị có thể phải thanh toán cho nhà cung cấp tại thời điểm nhận dịch vụ và yêu cầu hoàn tiền. Quý vị sẽ được hoàn trả tới số tiền trợ cấp tối đa hàng năm trừ đi mọi khoản đồng thanh toán hoặc chia sẻ chi phí được áp dụng.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ xe cứu thương trong những trường hợp mà việc tới phòng cấp cứu theo bất kỳ cách nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng bảo hiểm cho các dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu.

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

Sau khi kết thúc cấp cứu, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để đảm bảo tình trạng của quý vị tiếp tục ổn định. Các bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi họ liên lạc với chúng tôi và lên kế hoạch chăm sóc thêm. Việc chăm sóc tiếp theo của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Nếu việc chăm sóc cấp cứu của quý vị được cung cấp bởi các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới đảm nhiệm việc chăm sóc quý vị ngay khi tình trạng bệnh lý của quý vị và các tình huống đó cho phép.

Nếu đó không phải là một cấp cứu y tế thì sao?

Đôi khi khó mà biết tình trạng của quý vị có cần được cấp cứu y tế hay không. Ví dụ, quý vị có thể đi điều trị cấp cứu do nghĩ rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng và rồi cuối cùng bác sĩ có thể nói rằng đó không phải là một trường hợp cấp cứu y tế. Nếu đó không phải là trường hợp cấp cứu, miễn là quý vị có lý do hợp lý nghĩ rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ cho biết đó không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ *chỉ* bao trả dịch vụ chăm sóc bổ sung nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc bổ sung theo một trong 2 cách sau:

- Quý vị đến một nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc bổ sung.
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được xem là dịch vụ khẩn cấp cần thiết và quý vị tuân thủ các quy định dưới đây để nhận được dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này.

Phần 3.2 Nhận dịch vụ chăm sóc khi quý vị có nhu cầu khẩn cấp về dịch vụ

Dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu) là một dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc nếu không hợp lý với thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị để nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

lưới. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các lần thăm khám nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.

Nếu quý vị cần tìm cơ sở chăm sóc khẩn cấp, quý vị có thể tìm một trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới gần quý vị bằng cách sử dụng *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi tại [AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider](https://www.aetna.com/medicare/vad-snp-find-provider) hoặc nhờ Dịch Vụ Hội Viên hỗ trợ.

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau:

- Chăm sóc cấp cứu
- Chăm sóc cần thiết khẩn cấp
- Vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất

Việc vận chuyển trở về Hoa Kỳ từ một quốc gia khác không được bảo hiểm. Các thủ thuật được lên lịch trước và/hoặc tự chọn sẽ không được bao trả. Xem Bảng Quyền lợi trong Chương 4 để biết thêm thông tin. Hãy đảm bảo lấy một bản sao của tất cả hồ sơ bệnh án từ cơ sở cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp trước khi quý vị rời đi; quý vị có thể cần họ nộp đơn yêu cầu bồi thường hoặc hỗ trợ xử lý yêu cầu bồi thường. Nếu không có những hồ sơ này, chúng tôi không thể thanh toán yêu cầu bồi thường của quý vị. Quý vị có thể phải thanh toán cho nhà cung cấp tại thời điểm nhận dịch vụ và yêu cầu hoàn tiền. Quý vị sẽ được hoàn trả tới số tiền trợ cấp tối đa hàng năm trừ đi mọi khoản đồng thanh toán hoặc chia sẻ chi phí được áp dụng.

Phần 3.3 Nhận dịch vụ chăm sóc trong thảm họa

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

Truy cập [AetnaMedicare.com/VADSNP](https://www.aetna.com/medicare/vad-snp) để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thời gian xảy ra thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong thảm họa, chương trình của chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới với chi phí chia sẻ trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong thảm họa, quý vị có thể mua thuốc kê toa tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Chuyển đến Chương 5, Phần 2.4.

PHẦN 4 Quý vị cần làm gì nếu nhận được hóa đơn tính tiền trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bao trả?

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bao trả của mình hoặc nếu quý vị nhận hóa đơn cho các dịch vụ y tế được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả. Chuyển đến Chương 7 để biết thông tin về những việc cần làm.

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Phần 4.1 Nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) bao trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả hoặc nhận các dịch vụ ngoài mạng lưới mà không có sự cho phép và các dịch vụ đó không phải là dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp, quý vị chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ. Trước khi thanh toán chi phí dịch vụ, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu xem dịch vụ đó có được bao trả hay không.

Đối với các dịch vụ được bao trả có giới hạn lợi ích, quý vị cũng phải trả toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ nào mà quý vị nhận sau khi sử dụng hết lợi ích của quý vị cho loại dịch vụ được bao trả đó. Bất kỳ số tiền nào quý vị trả cho các dịch vụ sau khi đã đạt đến giới hạn quyền lợi đều sẽ không được tính vào số tiền túi tối đa của quý vị. Quý vị có thể gọi Dịch vụ Hội viên khi muốn biết mình đã sử dụng bao nhiêu giới hạn quyền lợi rồi.

PHẦN 5 Các dịch vụ y tế trong một công trình nghiên cứu lâm sàng

Phần 5.1 Công trình nghiên cứu lâm sàng là gì?

Công trình nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là *thử nghiệm lâm sàng*) là cách các bác sĩ và các nhà khoa học thử nghiệm các phương pháp chăm sóc y tế mới, chẳng hạn như xem thuốc chữa ung thư mới hiệu quả thế nào. Một số nghiên cứu lâm sàng nhất định được Medicare chấp thuận. Các công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu tình nguyện viên tham gia vào nghiên cứu đó. Khi quý vị tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể vẫn được ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc còn lại (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến công trình nghiên cứu đó) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị tham gia vào công trình nghiên cứu được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ chi trả hầu hết các chi phí cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang tham gia thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, quý vị chỉ chịu trách nhiệm chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu quý vị đã trả nhiều hơn—ví dụ: nếu quý vị đã trả khoản chia sẻ chi phí của Original Medicare—chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Quý vị sẽ cần cung cấp tài liệu để cho chúng tôi biết số tiền quý vị đã thanh toán.

Nếu quý vị muốn tham gia vào bất kỳ công trình nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt, quý vị không cần cho chúng tôi biết hoặc nhận phê duyệt từ chúng tôi hoặc PCP của quý vị. Các nhà cung cấp cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị như một phần của công trình nghiên cứu lâm sàng không cần phải tham gia vào mạng lưới chương trình của chúng tôi. (Điều này không áp dụng cho các quyền lợi được bao trả yêu cầu thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi nhất định yêu cầu bảo hiểm với các nghiên cứu phát triển bằng chứng (NCD-CED) và miễn trừ thiết bị điều tra (IDE). Các quyền lợi này cũng có thể phải được cho phép trước và các quy định khác của chương trình.)

Mặc dù quý vị không cần sự cho phép của chương trình của chúng tôi để tham gia vào một công trình nghiên cứu lâm sàng, chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo trước cho chúng tôi khi quý vị chọn tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đủ tiêu chuẩn Medicare.

Nếu quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu không được Medicare phê duyệt, quý vị sẽ chịu trách nhiệm chi trả tất cả chi phí cho việc tham gia của quý vị trong nghiên cứu đó.

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Phần 5.2 Ai chi trả cho các dịch vụ trong công trình nghiên cứu lâm sàng

Sau khi quý vị tham gia một công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ bao trả các vật dụng và dịch vụ định kỳ mà quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu, bao gồm:

- Phòng ở và bữa ăn trong thời gian nội trú tại bệnh viện mà Medicare vẫn thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Phẫu thuật và các thủ thuật y tế khác nếu đó là một phần của cuộc nghiên cứu kiểm tra.
- Điều trị các tác dụng phụ và các biến chứng của việc chăm sóc mới.

Sau khi Medicare đã trả phần chi phí cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ trả phần còn lại. Giống với tất cả các dịch vụ được bao trả, quý vị sẽ không phải trả khoản tiền nào cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được khi tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng.

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

- Nói chung, Medicare sẽ không thanh toán cho vật dụng hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang thử nghiệm trừ khi Medicare bảo hiểm cho vật dụng hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Các hạng mục hoặc dịch vụ chỉ được cung cấp để thu thập dữ liệu và không được sử dụng trong chăm sóc sức khỏe trực tiếp của quý vị. Ví dụ: Medicare sẽ không thanh toán cho dịch vụ chụp CT hàng tháng được thực hiện như một phần của nghiên cứu nếu tình trạng bệnh lý của quý vị thường chỉ cần một lần chụp CT duy nhất.
- Các vật phẩm và dịch vụ được cung cấp bởi các nhà tài trợ nghiên cứu miễn phí cho những người trong thử nghiệm.

Nhận thêm thông tin về việc tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng

Tìm hiểu thêm thông tin về việc tham gia một công trình nghiên cứu lâm sàng trong ấn phẩm Medicare và *Các Công Trình Nghiên Cứu Lâm Sàng của Medicare*, có sẵn tại:

[Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi [1-877-486-2048](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies).

PHẦN 6 Các quy tắc về nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Phần 6.1 Viện chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc về tôn giáo là một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho tình trạng bệnh thông thường có thể được điều trị trong bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn là trái với niềm tin tôn giáo của hội viên, thay vào đó chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo không liên quan đến y tế. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho các dịch vụ bệnh nhân nội trú Phần A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Phần 6.2 Làm thế nào để nhận dịch vụ chăm sóc từ một viện chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Để được chăm sóc từ một viện chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký một văn bản pháp lý nói rằng quý vị tận tâm phản đối việc nhận điều trị **y tế không ngoại lệ**.

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

Để được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng của tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo phải hội đủ các điều kiện sau đây:

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

Có thể áp dụng giới hạn bảo hiểm Bệnh Viện Nội Trú Medicare (xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4).

PHẦN 7 Các quy tắc về quyền sở hữu thiết bị y tế lâu bền

Phần 7.1 Quý vị sẽ không sở hữu một số thiết bị y tế lâu bền sau khi chi trả một số tiền nhất định theo chương trình của chúng tôi

Thiết bị y tế lâu bền (DME) bao gồm các vật dụng như thiết bị và đồ dùng cấp khí oxy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm chạy điện, nạng, vật tư điều trị bệnh tiểu đường, thiết bị tạo giọng nói, bơm truyền đường tĩnh mạch, máy xông khí dung và giường bệnh viện do nhà cung cấp chỉ định cho các hội viên sử dụng tại nhà. Hội viên luôn sở hữu một số vật phẩm DME, như chân tay giả. Các loại DME khác quý vị phải thuê.

Là hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu một số mặt hàng DME nhất định. Trong Original Medicare, có một chính sách cho thuê lên đến giá mua cho một số loại DME nhất định sau khi thực hiện các khoản đồng thanh toán cho thời gian thuê. Thời gian thuê thường kéo dài từ 10 đến 13 tháng. Sau khi giá mua được đáp ứng, quý vị có thể sử dụng thiết bị miễn là cần thiết. Một khi thiết bị không còn cần thiết, nhà cung cấp phát hành sẽ cần phải nhận thiết bị.

Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) để tìm hiểu về các yêu cầu quý vị phải đáp ứng và tài liệu quý vị sẽ cần cung cấp.

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

Nếu quý vị không nhận được quyền sở hữu vật dụng DME đó khi ở trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp mới sau khi quý vị chuyển sang Original Medicare để sở hữu

Chương 3. Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

vật dụng DME đó. Các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện trong khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi không được tính vào 13 khoản thanh toán này.

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

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện không quá 12 khoản thanh toán liên tiếp cho vật dụng đó trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị không có quyền sở hữu vật dụng đó khi ở trong chương trình của chúng tôi. Sau đó, quý vị quay trở lại Original Medicare. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp để sở hữu vật dụng đó sau khi quý vị tham gia lại Original Medicare. Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện (dù là cho chương trình của chúng tôi hay cho Original Medicare) đều không được tính.

Phần 7.2 Các quy tắc về thiết bị oxy, vật tư và bảo trì

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm thiết bị oxy của Medicare, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) sẽ bao trả:

- Tiền thuê thiết bị oxy
- Cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- Đường ống và các phụ kiện oxy liên quan để cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- Bảo trì và sửa chữa thiết bị oxy

Nếu quý vị rời khỏi Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) hoặc không còn cần thiết bị oxy về mặt y tế, thiết bị oxy phải được trả lại.

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

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

Chương 4:

Bảng Quyền Lợi Y Tế

(những gì được bao trả)

PHẦN 1 Tìm hiểu về các dịch vụ được bao trả

Bảng Quyền lợi Y tế liệt kê các dịch vụ được bao trả của quý vị với tư cách là hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Mục này cũng cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế không được bao trả và giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ nhất định.

Phần 1.1 Quý vị không phải thanh toán gì cho các dịch vụ được đài thọ của mình

Bởi quý vị nhận trợ giúp từ Medicaid nên quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả của mình miễn là quý vị tuân thủ các quy định của chương trình chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc của mình. (Chuyển đến Chương 3 để biết thêm thông tin về các quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc của chương trình của chúng tôi).

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

Lưu ý: Vì các hội viên của chúng tôi cũng nhận được trợ giúp từ Medicaid nên rất ít hội viên từng đạt được khoản chi phí tự trả tối đa. Quý vị không chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.

Các Chương trình Medicare Advantage có giới hạn về số tiền quý vị phải tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được chương trình của chúng tôi bao trả. Giới hạn này được gọi là khoản tự chi trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. **Đối với năm dương lịch 2027, số tiền MOOP là \$9,850.**

Các khoản quý vị trả cho các đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bảo hiểm được tính vào khoản tự chi trả tối đa này. Số tiền quý vị trả cho thuốc Phần D không được tính vào khoản tự chi trả tối đa của quý vị. Nếu quý vị đạt tới khoản tự chi trả tối đa là \$9,850, quý vị sẽ không phải thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào nữa trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ được bao trả. Tuy nhiên quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B (nếu phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicare hoặc một bên thứ ba khác trả cho quý vị).

PHẦN 2 Bảng Quyền Lợi Y Tế trình bày các quyền lợi y tế và chi phí của quý vị

Bảng Quyền Lợi Y Tế ở các trang tiếp theo liệt kê các dịch vụ được Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) bao trả (bảo hiểm thuốc Phần D được trình bày trong Chương 5). Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y Tế chỉ được bao trả khi đáp ứng các yêu cầu sau:

- Các dịch vụ được Medicare bao trả của quý vị phải được cung cấp theo các hướng dẫn về bảo hiểm của Medicare.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc là cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn y tế được chấp nhận.
- Đối với những người mới ghi danh, kế hoạch chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải cung cấp giai đoạn chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó chương trình MA mới có thể không yêu cầu sự

cho phép trước cho bất kỳ quá trình điều trị đang hoạt động nào, ngay cả khi quá trình điều trị là dành cho một dịch vụ bắt đầu với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được bao trả trừ khi đó là chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trừ khi chương trình hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp cho các dịch vụ ngoài mạng lưới mà quý vị nhận được.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cung cấp và giám sát việc chăm sóc quý vị.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được sự phê duyệt trước từ chúng tôi (đôi khi gọi là sự cho phép trước). Các dịch vụ được bao trả cần được phê duyệt trước được in đậm trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.
- Nếu chương trình chăm sóc có điều phối của quý vị chấp thuận yêu cầu chấp thuận trước cho một liệu trình điều trị, thì sự chấp thuận đó phải có hiệu lực trong thời gian hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm áp dụng, tiền sử bệnh án của quý vị và khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

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

- Quý vị được cả Medicare và Medicaid bao trả. Medicare bảo hiểm chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid bao trả khoản chia sẻ chi phí của quý vị đối với các dịch vụ Medicare, bao gồm việc thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A & B, khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán tùy thuộc vào tư cách đủ điều kiện tham gia Medicare Savings Program của quý vị. Medicaid cũng bao trả các dịch vụ mà Medicare không bao trả, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng.
- Giống như tất cả các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare, chúng tôi bao trả mọi thứ mà Original Medicare bao trả. (Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay *Medicare & Quý Vị năm 2027*. Quý vị có thể xem trực tuyến sổ tay này tại [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Người dùng TTY gọi **1-877-486-2048**.)
- Đối với các dịch vụ phòng ngừa được bao trả miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả các dịch vụ đó miễn phí cho quý vị.
- Nếu Medicare thêm bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong 2027, hoặc Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả những dịch vụ đó.
- Nếu quý vị mất tư cách đủ điều kiện tham gia Cardinal Care hoặc Medicare Savings Program nhưng dự kiến có thể lấy lại tư cách đủ điều kiện trong thời hạn 6 tháng tiếp tục được coi là đủ điều kiện của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage bao trả. Khoảng thời gian xem xét bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép. Khi quý vị đang trong giai đoạn được coi là đủ điều kiện tiếp tục, quý vị vẫn là hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Tuy nhiên, trong thời gian này, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán một số chi phí tiền túi mà trước đây đã được các quyền lợi Medicaid của quý vị thanh toán. Các chi phí quý vị có thể phải trả bao gồm phí bảo hiểm Phần A hoặc B, tùy thuộc vào mức độ hội đủ điều kiện Medicaid của quý vị. Quý vị cũng có thể phải trả phí bảo hiểm Phần D hoặc chia sẻ chi phí thuốc Phần D dựa trên mức “Trợ giúp Bổ sung” của quý vị. Cuối cùng, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm về việc chia sẻ chi phí, bao gồm các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ trong thời gian xem xét. Nếu quý vị không đủ điều kiện lại nhận các quyền lợi Medicaid hoặc ghi danh vào một chương trình Medicare khác vào cuối thời hạn sáu tháng này, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Để biết thêm thông tin, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933 (TTY: 711)**.

Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm được mô tả ở trên.

Thông tin Quyền lợi Quan trọng dành cho Người ghi danh mắc các Bệnh Mạn tính

- Nếu quý vị được chẩn đoán mắc bất kỳ (các) bệnh mạn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung đặc biệt cho bệnh mạn tính.
 - Thiếu máu
 - Rối loạn tự miễn dịch giới hạn ở:
 - Viêm da
 - Viêm động mạch nút
 - Đau đa cơ do thấp khớp
 - Viêm đa cơ
 - Bệnh vẩy nến
 - Viêm khớp vẩy nến
 - Viêm khớp dạng thấp
 - Bệnh xơ cứng bì
 - Lupus ban đỏ hệ thống
 - Ung thư
 - Rối loạn tim mạch giới hạn ở:
 - Rối loạn nhịp tim
 - Bệnh động mạch vành
 - Bệnh mạch máu ngoại vi
 - Bệnh van tim
 - Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất gây nghiện khác (SUDS)
 - Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và tàn tật giới hạn ở:
 - Rối loạn lo âu
 - Rối loạn lưỡng cực
 - Rối loạn ăn uống
 - Rối loạn trầm cảm nghiêm trọng
 - Rối loạn hoang tưởng
 - Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD)
 - Tâm thần phân liệt
 - Rối loạn phân liệt
 - Tình trạng mạn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác
 - Bệnh đường tiêu hóa mạn tính giới hạn ở:
 - Bệnh gan mạn tính
 - Viêm gan siêu vi B
 - Viêm gan siêu vi C
 - Hội chứng ruột kích thích
 - Bệnh viêm ruột
 - Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD)
 - Viêm tụy
 - Suy tim mạn tính

- Tăng lipid máu mạn tính
- Tăng huyết áp mạn tính
- Bệnh thận mạn tính (CKD) Giới hạn ở:
 - CKD không cần lọc máu
 - CKD yêu cầu lọc máu/Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)
- Rối loạn phổi mạn tính giới hạn ở:
 - Bệnh hen suyễn
 - Viêm phế quản mạn tính
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)
 - Xơ nang
 - Khí thũng
 - Xơ phổi
 - Tăng áp phổi
- Đau mãn tính
- Các điều kiện liên quan đến suy giảm nhận thức giới hạn ở:
 - Bệnh Alzheimer
 - Vô hiệu hóa bệnh tâm thần liên quan đến suy giảm nhận thức
 - Khuyết tật trí tuệ và khuyết tật phát triển
 - Suy giảm nhận thức nhẹ
 - Chấn thương sọ não
- Các tình trạng đòi hỏi phải tiếp tục các dịch vụ trị liệu để các cá nhân duy trì hoặc duy trì hoạt động
- Các điều kiện với những thách thức về chức năng và yêu cầu các dịch vụ tương tự bao gồm:
 - Viêm khớp
 - Mất chân tay
 - Tê liệt
 - Chấn thương tủy sống
 - Vuốt ve
- Chứng mất trí
- Bệnh tiểu đường
- HIV/AIDS;
- Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch
- Rối loạn thần kinh giới hạn ở:
 - Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS)
 - Hội chứng mệt mỏi mãn tính
 - Động kinh
 - Liệt trên diện rộng (ví dụ: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chi, liệt một chi)
 - Đau cơ xơ hóa
 - Bệnh Huntington
 - Đa xơ cứng (MS)
 - Bệnh Parkinson
 - Viêm đa thần kinh
 - Chấn thương tủy sống

- Hẹp cột sống
 - Thiếu hụt thần kinh liên quan đến đột quỵ
 - Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa
 - Chăm sóc sau ghép tạng
 - Rối loạn huyết học nặng giới hạn ở:
 - Thiếu máu bất sản
 - Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính
 - Bệnh máu khó đông
 - Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch
 - Hội chứng loạn sinh tủy
 - Bệnh tế bào hình liềm (không bao gồm dạng tế bào liềm)
 - Vuốt ve
- Quý vị cũng phải có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc gặp các kết quả sức khỏe bất lợi khác và cần được điều phối chăm sóc chuyên sâu.
 - Tính đủ điều kiện sẽ được xác định dựa trên các yêu cầu thanh toán y tế và dược phẩm của quý vị, cùng các thông tin lâm sàng khác. Để biết thông tin về các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia để nhận quyền lợi này, hãy truy cập aetna.com/VAQualify.
 - Để biết thêm chi tiết, hãy truy cập Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Bị Bệnh Mạn Tính trong Bảng Quyền Lợi Y Tế bên dưới.
 - Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu chính xác những quyền lợi nào quý vị có thể đủ điều kiện nhận.

 Quả táo này hiển thị các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền Lợi Y Tế.

Để biết danh sách các quyền lợi Medicaid, vui lòng tham khảo *Bản Tóm Tắt Quyền Lợi* hoặc sổ tay hội viên để biết thêm thông tin về các quyền lợi Medicaid của quý vị. Quý vị có thể tìm *Bản Tóm Tắt Quyền Lợi* của chương trình trên trang web của chúng tôi tại [AetnaMedicare.com/VADSNP](https://www.aetna.com/VADSNP) hoặc gọi Dịch Vụ Hội Viên để yêu cầu một bản sao. Quý vị có thể liên hệ với cơ quan Medicaid của tiểu bang được liệt kê trong **Phụ Lục A** để xác định mức chia sẻ chi phí của quý vị đối với các quyền lợi Medicaid được bao trả cho quý vị.

Bảng Quyền Lợi Y Tế

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Sàng lọc chứng phình động mạch chủ ở bụng Siêu âm sàng lọc một lần cho người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả dịch vụ sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu cho dịch vụ này từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA), điều dưỡng điều trị (NP) hoặc điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng (CNS).	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho những hội viên đủ điều kiện sàng lọc phòng ngừa này.
Châm cứu đau thắt lưng mạn tính Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày được bao trả trong các trường hợp sau: Vì mục đích của quyền lợi này, đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là: • Kéo dài 12 tuần trở lên; • Không có nguyên nhân cụ thể, trong đó không có nguyên nhân toàn thân xác định được (tức là không liên đới đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng v.v...); • Không liên quan đến phẫu thuật • Không liên quan đến việc mang thai 8 phiên bổ sung sẽ được bao trả cho những bệnh nhân thể hiện sự cải thiện. Không quá 20 lần điều trị châm cứu sẽ được cung cấp mỗi năm. Việc điều trị phải được ngưng lại nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc nặng hơn. Các yêu cầu đối với Nhà cung cấp: Bác sĩ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Trợ lý bác sĩ (PA), điều dưỡng điều trị (NP)/điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng (CNS) và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có:	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần khám châm cứu được Medicare bao trả.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Châm cứu cho đau thắt lưng mạn tính (tiếp theo) - bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông y từ một trường được Ủy ban kiểm định về châm cứu và Đông y (ACAOM) công nhận; và - giấy phép hành nghề châm cứu hiện tại, đầy đủ, đang có hiệu lực và không bị hạn chế tại một Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Khối thịnh vượng chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Quận Columbia. Nhân sự hỗ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải được giám sát phù hợp bởi bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS như được yêu cầu trong các quy định của chúng tôi.	
Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna® Quý vị nhận được Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna để giúp thanh toán một số chi phí hàng ngày và hỗ trợ sức khỏe tổng thể cũng như thể trạng của quý vị. Trên thẻ này, quý vị có thể nhận: Ví Mua Hàng Tự Do (OTC) với số tiền quyền lợi hàng tháng (trợ cấp). Xem phần Ví Mua Hàng Tự Do (OTC) trong Chương 4 để biết thêm chi tiết. Nếu quý vị được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính đủ điều kiện và đáp ứng tất cả các tiêu chí khác, quý vị có thể đủ điều kiện sử dụng số tiền quyền lợi hàng tháng cho các hạng mục chi tiêu bổ sung. Xem phần Bảng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt trong Chương 4 để biết thêm chi tiết. Quan trọng: - Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna không thay thế thẻ ID hội viên của quý vị. - Nếu quý vị đã nhận Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna vào năm 2026 và không đổi chương trình, quý vị sẽ không nhận thẻ mới cho năm chương trình 2027. Hãy nhớ giữ thẻ của quý vị. - Nếu quý vị là hội viên mới hoặc chưa ghi danh vào một chương trình có Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna vào năm 2026, quý vị sẽ nhận được thẻ mới qua đường bưu điện. Quý vị sẽ nhận được thẻ trước khi chương trình của quý vị bắt đầu. Nó sẽ bao gồm hướng dẫn về cách kích hoạt và sử dụng thẻ.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna. Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna chỉ có thể được sử dụng tại các cửa hàng bán lẻ tham gia được ủy quyền và trực tuyến hoặc qua điện thoại thông qua CVS Flex Benefits.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna® (tiếp theo) • Nếu quý vị đã có một chương trình kèm theo Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna vào năm 2026 và đổi chương trình, quý vị có thể nhận được thẻ mới. Giữ thẻ hiện tại của quý vị và không vứt nó đi trừ khi quý vị nhận được một thẻ mới. • Quý vị có trách nhiệm bảo đảm Aetna lưu giữ địa chỉ nhận thư mới nhất của quý vị. Điều này bao gồm số căn hộ của quý vị, nếu có. Aetna không chịu trách nhiệm về thư gửi nhầm, bị mất hoặc không được gửi đến. • Giữ thẻ của quý vị an toàn và bảo mật. Aetna không chịu trách nhiệm về các khoản tiền chưa sử dụng do thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp. • Việc điều tra các trường hợp gian lận được báo cáo có thể mất khoảng 60-90 ngày để hoàn tất. Xin lưu ý rằng việc khôi phục tiền tùy thuộc vào kết quả điều tra và không được bảo đảm. • Thẻ chỉ có thể được sử dụng tại các nhà bán lẻ tham gia được ủy quyền có chấp nhận Visa®. Tìm nhà bán lẻ tham gia được ủy quyền bằng cách truy cập CVS.com/Aetna hoặc sử dụng ứng dụng CVS Flex Benefits™. • Thẻ không thể được sử dụng để thanh toán thuốc theo toa hoặc các sản phẩm như đồ uống có cồn, thuốc lá, cần sa, súng, vé số và thẻ quà tặng. • Thẻ chỉ có thể được sử dụng để thanh toán cho các sản phẩm và dịch vụ đủ điều kiện phát sinh trong thời gian quý vị ghi danh vào chương trình. • Aetna không chịu trách nhiệm đối với khoản tiền chưa sử dụng do hoàn cảnh cá nhân khiến quý vị không thể sử dụng số tiền quyền lợi của mình (ví dụ: nằm viện, đi xa). • Số tiền chưa sử dụng sẽ bị mất. Sẽ không có ngoại lệ để thay thế khoản tiền chưa sử dụng do thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp, hoàn cảnh cá nhân hoặc do quý vị không cung cấp địa chỉ nhận thư chính xác của mình cho Aetna. • Để biết thêm thông tin hoặc nếu quý vị cần yêu cầu thẻ thay thế, hãy gọi 1-844-428-8147 (TTY: 711) 7 ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương, trừ các ngày lễ liên bang. Quý vị cũng có thể sử dụng ứng dụng CVS Flex Benefits hoặc truy cập CVS.com/Aetna.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được bao trả, cho dù trong tình huống cấp cứu hay không cấp cứu, bao gồm các dịch vụ cánh cố định, cánh quay và xe cứu thương mặt đất, đến cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc nếu chúng được cung cấp cho một hội viên có tình trạng sức khỏe tốt đến mức các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình của chúng tôi cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bảo hiểm không dành cho trường hợp cấp cứu, thì phải ghi lại rằng tình trạng của hội viên đến mức các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là cần thiết về mặt y tế. Cần có sự cho phép trước đối với dịch vụ vận chuyển không cấp cứu.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ cứu thương được Medicare bảo hiểm.
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm Khám sức khỏe định kỳ hàng năm là khám sức khỏe toàn diện bao gồm thu thập bệnh sử và cũng có thể bao gồm bất kỳ nội dung nào sau đây: sinh hiệu, quan sát tổng thể, khám đầu và cổ, khám tim và phổi, khám bụng, khám thần kinh, khám da liễu và khám tứ chi. Bảo hiểm cho quyền lợi không được Medicare đài thọ này bổ sung cho thăm khám sức khỏe hàng năm được Medicare đài thọ và thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare. Quý vị có thể lên lịch khám sức khỏe định kỳ hàng năm mỗi năm một lần. Các phòng thí nghiệm phòng ngừa, sàng lọc, và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán nhận được trong thăm khám này phải tuân theo phạm vi bảo hiểm của phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán của quý vị. (Xem Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và vật tư để biết thêm thông tin.)	\$0 đồng thanh toán khám thể chất định kỳ hàng năm.
 Thăm khám sức khỏe hàng năm Nếu quý vị đã có Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể nhận dịch vụ thăm khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật chương trình phòng bệnh cho bản thân dựa trên sức khỏe hiện tại và các yếu tố nguy cơ của quý vị. Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho thăm khám sức khỏe hàng năm một lần mỗi năm dương lịch. Lưu ý: Lần thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không thể xảy ra trong vòng 12 tháng kể từ khi quý vị thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám Chào mừng đến với Medicare để được bao trả cho các lần thăm khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Đo khối lượng xương Đối với những người có trình độ (thông thường, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ loãng xương), các dịch vụ sau đây được bao trả mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật nhằm xác định khối lượng xương, phát hiện mất xương, hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm cả việc bác sĩ đọc kết quả.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc đo khối lượng xương được Medicare bảo hiểm.
 Sàng lọc ung thư vú (chụp x-quang vú) Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Một lần chụp nhũ ảnh cơ bản trong độ tuổi từ 35 đến 39 • Một lần chụp X-quang tuyến vú sàng lọc mỗi năm dương lịch cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng một lần mỗi 24 tháng Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho chụp X-quang vú sàng lọc được bảo hiểm. Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chụp nhũ ảnh chẩn đoán.
Các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch Các chương trình toàn diện về dịch vụ phục hồi tim mạch bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn được bảo hiểm cho các hội viên nào đáp ứng một số điều kiện nhất định theo chỉ định của bác sĩ. Chương trình của chúng tôi bao trả các chương trình toàn diện này nếu quý vị đã mắc ít nhất một trong các tình trạng sau: • Nhồi máu cơ tim trong 12 tháng qua • Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành • Đau thắt ngực ổn định (đau ngực) • Sửa chữa hoặc thay van tim • Tạo hình mạch vành (một thủ thuật y tế được sử dụng để mở động mạch bị tắc) hoặc đặt stent động mạch vành (một thủ thuật được sử dụng để giữ động mạch thông thoáng) • Ghép tim hoặc ghép tim và phổi • Suy tim mạn tính ổn định Các giới hạn về bảo hiểm: Quý vị có thể nhận tối đa 36 buổi phục hồi chức năng tim. Quý vị có thể có 2 buổi mỗi ngày (mỗi buổi kéo dài 1 giờ) và chương trình có thể kéo dài tối đa 36 tuần. Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể nhận thêm 36 buổi và các buổi này có thể được phân bổ trong một khoảng thời gian dài hơn.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim và phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare chi trả.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Thăm khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (liệu pháp cho bệnh tim mạch) Chúng tôi bảo hiểm một lần thăm khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh tim mạch của quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về việc sử dụng thuốc aspirin (nếu phù hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị và cung cấp cho quý vị lời khuyên để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho quyền lợi phòng bệnh tim mạch liệu pháp hành vi chuyên sâu.
 Xét nghiệm sàng lọc bệnh tim mạch Các xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các bất thường liên quan tới nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch) 5 năm một lần (60 tháng).	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho bệnh tim mạch mà được bảo hiểm 5 năm một lần.
 Sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Xét nghiệm Pap và khám vùng chậu 24 tháng một lần cho tất cả phụ nữ - Một xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng nếu có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo, hoặc nếu đang trong độ tuổi sinh con và đã có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm qua	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các kiểm tra phụ khoa và kiểm tra Pap phòng ngừa được Medicare bảo hiểm.
Dịch vụ chỉnh nắn xương Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Chúng tôi chỉ bao trả thao tác nắn chỉnh cột sống bằng tay để điều chỉnh tình trạng bán trật đốt sống	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ nắn bóp cột sống được Medicare bảo hiểm.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Sàng lọc ung thư đại trực tràng Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được bao trả: - Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả một lần mỗi 120 tháng (10 năm) đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau khi nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ ung thư đại trực tràng cao và một lần mỗi 24 tháng đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau lần nội soi sàng lọc trước đó. - Chụp CT đại tràng đối với bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên, không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, được bao trả khi đã qua ít nhất 59 tháng kể từ tháng thực hiện lần chụp CT đại tràng sàng lọc gần nhất hoặc đã qua 47 tháng kể từ tháng thực hiện lần nội soi đại tràng sigma ống mềm sàng lọc hoặc nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, chụp CT đại tràng sàng lọc được bao trả sau khi đã qua ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện lần chụp CT đại tràng sàng lọc hoặc nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. - Nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm cho bệnh nhân 45 tuổi trở lên. Một lần mỗi 120 tháng đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân đã được nội soi đại tràng sàng lọc. Mỗi lần mỗi 48 tháng đối với bệnh nhân có nguy cơ cao từ nội soi đại tràng sigma linh hoạt cuối cùng hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng. - Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân 45 tuổi trở lên. Hai lần mỗi năm lịch. - Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc dựa trên Guaiac cho bệnh nhân 45 tuổi trở lên. Hai lần mỗi năm lịch. - DNA phân đa mục tiêu dành cho bệnh nhân 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. Một lần mỗi 3 năm. - Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu cho bệnh nhân 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Một lần mỗi 3 năm. - Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp theo sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng không xâm lấn dựa trên mẫu phân được Medicare bao trả cho kết quả dương tính. - Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm sàng lọc theo kế hoạch, nội soi đại tràng sigma linh hoạt hoặc nội soi đại tràng sàng lọc liên quan đến việc loại bỏ mô hoặc các vấn đề khác, hoặc thủ tục khác được cung cấp liên quan đến, do kết quả và trong cùng một cuộc gặp gỡ lâm sàng với xét nghiệm sàng lọc.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bảo hiểm. Phương pháp này còn được gọi là nội soi đại tràng phòng ngừa.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như làm sạch, khám nha khoa định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được Original Medicare bao trả. Tuy nhiên, Medicare thanh toán cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, đặc biệt khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong điều trị cụ thể đối với tình trạng bệnh lý chính của một người. Ví dụ như tái tạo hàm sau khi gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi cấy ghép nội tạng. Ngoài ra, chúng tôi bao trả các quyền lợi không được Medicare bao trả sau đây: Dịch vụ nha khoa phòng ngừa (không được Medicare bao trả): Để biết danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bao trả, hãy xem <i>Bảng Quyền Lợi Nha Khoa</i>. Dịch vụ nha khoa toàn diện (không được Medicare bao trả): Để biết danh sách các dịch vụ toàn diện được bao trả, hãy xem <i>Bảng Quyền Lợi Nha Khoa</i>. Quý vị nhận được khoản quyền lợi hàng năm (trợ cấp) \$3,000 cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa được bao trả và các dịch vụ nha khoa toàn diện kết hợp. Các dịch vụ được bao trả sẽ được thanh toán cho nhà cung cấp tối đa bằng số tiền quyền lợi hàng năm (trợ cấp). Nếu quý vị vượt quá số tiền quyền lợi cho các dịch vụ được bảo hiểm, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả những chi phí đó và sẽ không được hoàn trả. Xem <i>Bảng Quyền Lợi Nha Khoa</i> để biết thêm chi tiết. Quyền lợi này được cung cấp thông qua DentaQuest. Nếu quý vị chọn nhà cung cấp ngoài mạng lưới, các dịch vụ sẽ không được bao trả. Để tìm nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể: 1. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên DentaQuest theo số 1-800-516-2551 (TTY: 711) Hoặc 2. Truy cập dentaquest.com và tìm kiếm bằng cách sử dụng chương trình Medicare của quý vị Quý vị cũng nhận được các quyền lợi nha khoa thông qua Medicaid ngoài bảo hiểm nha khoa trong chương trình này. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả. Dịch vụ nha khoa phòng ngừa (không được Medicare bao trả): Để biết chi tiết về khoản chia sẻ chi phí đối với các dịch vụ phòng ngừa được bao trả, hãy xem <i>Bảng Quyền Lợi Nha Khoa</i>. Dịch vụ nha khoa toàn diện (không được Medicare bao trả): Để biết chi tiết về khoản chia sẻ chi phí đối với các dịch vụ toàn diện được bao trả, hãy xem <i>Bảng Quyền Lợi Nha Khoa</i>.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Sàng lọc chứng trầm cảm Chúng tôi bảo hiểm một lần sàng lọc trầm cảm một năm. Việc sàng lọc phải được thực hiện tại môi trường thăm khám chính mà có thể cung cấp điều trị tiếp theo và/hoặc giấy giới thiệu.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần thăm khám sàng lọc chứng trầm cảm hàng năm.
 Sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi bao trả cho cuộc khám sàng lọc này (bao gồm các xét nghiệm đường glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc tiền sử đường huyết (glucose) cao. Các xét nghiệm cũng có thể được bao trả nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử bệnh tiểu đường trong gia đình. Quý vị có thể đủ điều kiện để được 2 lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường 12 tháng sau ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc tiểu đường được Medicare bao trả.
 Đào tạo tự kiểm soát tiểu đường, dịch vụ và vật tư tiểu đường Đối với tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (có hoặc không sử dụng insulin), các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Vật tư để theo dõi đường huyết: máy đo đường huyết, que thử đường huyết, dụng cụ chích máu và kim chích máu, cùng dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo • Đối với người mắc bệnh tiểu đường có bệnh bàn chân do tiểu đường nghiêm trọng, mỗi năm dương lịch được bao trả một đôi giày trị liệu đúc theo khuôn riêng (bao gồm miếng lót đi kèm với giày) và 2 cặp miếng lót bổ sung, hoặc một đôi giày có chiều sâu và 3 cặp miếng lót (không bao gồm miếng lót tháo rời không được làm riêng đi kèm với giày), bao gồm cả việc thử và điều chỉnh cho vừa • Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường trong một số điều kiện nhất định Thông Tin Quan Trọng Về Máy Đo Đường Huyết (BGM): Chúng tôi chỉ bao trả máy đo đường huyết (BGM) và que thử do Accu-Chek/Roche và TRUE/Trividia sản xuất và phân phối hiện đang có sẵn. Máy đo và que thử do các nhà sản xuất khác sản xuất có thể được bao trả nếu cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như phồng chữ lớn hoặc máy đo biết nói cho người khiếm thị. Các trường hợp ngoại lệ y tế cho người khiếm thị có thể được bao trả với sự cho phép trước đã được phê duyệt.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ đối với dịch vụ đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, giày/miếng lót dành cho người mắc bệnh tiểu đường hoặc các dịch vụ và vật tư dành cho bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư cho bệnh tiểu đường (tiếp theo) - Máy đo đường huyết (BGM) và các vật tư xét nghiệm khác (ví dụ: dụng cụ chích máu, kim chích máu và que thử) có thể được nhận theo toa từ nhà thuốc trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME). - Các vật tư y tế dành cho bệnh tiểu đường; máy đo đường huyết (BGM), kim chích máu và dung dịch kiểm soát được bao trả theo bảo hiểm y tế của quý vị. - Các vật tư cho bệnh tiểu đường của nhà thuốc (ví dụ: tấm bông, lưới chích, gạc 2x2, kim tiêm và ống tiêm) được bao trả theo bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị. Quý vị có thể tìm thấy những vật tư điều trị bệnh tiểu đường này trong hướng dẫn sử dụng danh mục thuốc của chương trình của quý vị. - Cần có sự cho phép trước nếu sử dụng nhiều hơn một máy đo đường huyết mỗi năm và/hoặc số lượng que thử vượt quá 100 que cho lượng đủ dùng trong một tháng và cũng có thể cần sự cho phép trước đối với giày và miếng lót dành cho người mắc bệnh tiểu đường. Cho phép trước là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị. Thông Tin Quan Trọng về Máy Theo Dõi Đường Huyết Liên Tục (CGM): - Chúng tôi bao trả tất cả các máy theo dõi đường huyết liên tục (CGM) tại các nhà cung cấp (DME), nhưng tại các nhà thuốc trong mạng lưới, chúng tôi chỉ bao trả Dexcom và Freestyle Libre. - Có thể cần sự cho phép trước đối với máy theo dõi đường huyết liên tục (CGM) Dexcom và Freestyle Libre tại các nhà thuốc trong mạng lưới nếu không thể xác nhận tiền sử sử dụng insulin trong 6 tháng qua tại thời điểm cấp thuốc. - Có thể cần sự cho phép trước đối với máy theo dõi đường huyết liên tục (CGM) và cảm biến tại nhà cung cấp DME nếu vượt quá giới hạn số lượng. - Nếu vượt quá giới hạn số lượng đối với máy theo dõi và cảm biến phù hợp với bảo hiểm Medicare, cần tuân theo hướng dẫn về cho phép trước. Cũng có thể cần yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Quý vị có thể tìm các nhà thuốc và nhà cung cấp DME tham gia mạng lưới cũng như các nhà cung cấp máy theo dõi đường huyết liên tục (CGMs) trên trang web của chúng tôi tại: AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan (Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, hãy chuyển đến Chương 12 và Chương 3.) Chúng tôi bao trả cho các vật dụng sau: • xe lăn • nạng • hệ thống nệm điện • vật tư cho bệnh tiểu đường • giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà • bơm truyền tĩnh mạch (IV) và cực • thiết bị tạo giọng nói • thiết bị và vật tư oxy • máy phun sương • khung tập đi • tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế • kéo giãn cổ (trên cửa) • máy kích thích xương • thiết bị chăm sóc lọc máu Có thể bao gồm các hạng mục khác. Chúng tôi bao trả tất cả DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare bảo hiểm. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không mang một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi xem họ có thể đặt hàng đặc biệt cho quý vị không. Nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp toa thuốc cho DME được bao trả và nhận sự cho phép trước nếu được yêu cầu. Trong Original Medicare, có một chính sách cho thuê lên đến giá mua cho một số loại DME nhất định sau khi thực hiện các khoản đồng thanh toán cho thời gian thuê. Thời gian thuê thường kéo dài từ 10 đến 13 tháng. Sau khi giá mua được đáp ứng, quý vị có thể sử dụng thiết bị miễn là cần thiết. Một khi thiết bị không còn cần thiết, nhà cung cấp phát hành sẽ cần phải nhận thiết bị. Trong một số tình huống giới hạn, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu DME cho quý vị. Truy cập AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider để tìm các nhà cung cấp DME trong mạng lưới. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với thiết bị y tế lâu bền và vật tư liên quan được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu là các dịch vụ mà: - Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp dịch vụ cấp cứu - Cần để đánh giá hoặc làm ổn định một bệnh trạng khẩn cấp Cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và được phẩm tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần phải được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn chặn tử vong (và, nếu quý vị là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất chi hoặc mất chức năng của một chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, thương tích, đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng chuyển biến xấu đi. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết mà quý vị nhận ngoài mạng lưới cũng giống như khi quý vị nhận các dịch vụ này trong mạng lưới. Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp: - Chăm sóc cấp cứu (trên toàn thế giới) - Dịch vụ xe cứu thương cấp cứu (trên toàn thế giới) Quyền lợi tối đa hàng năm \$250,000 cho trường hợp cấp cứu trên toàn thế giới, xe cứu thương cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp. Quý vị có thể phải thanh toán cho nhà cung cấp tại thời điểm nhận dịch vụ và yêu cầu bồi hoàn. Quý vị sẽ được bồi hoàn lên tới số tiền trợ cấp tối đa hàng năm trừ đi mọi khoản đồng thanh toán hoặc chia sẻ chi phí được áp dụng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu bên trong Hoa Kỳ. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới (tức là bên ngoài Hoa Kỳ). Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ xe cứu thương cấp cứu trên toàn thế giới (tức là bên ngoài Hoa Kỳ). Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải chăm sóc nội trú ở bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Tập thể dục: Tư cách hội viên SilverSneakers® cơ bản Quý vị được bao trả tư cách hội viên cơ bản tại bất kỳ cơ sở thể dục tham gia được SilverSneakers® ủy quyền nào. Ngoài ra, còn có các lớp học trực tuyến và bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà. Quý vị có thể đặt mua một bộ dụng cụ thể dục mỗi năm thông qua SilverSneakers. Kèm theo tư cách hội viên SilverSneakers cơ bản, quý vị cũng sẽ được tiếp cận các lớp học nâng cao trực tuyến của SilverSneakers nhằm hỗ trợ sức khỏe và thể trạng cũng như rèn luyện tinh thần của quý vị. Các lớp học về sức khỏe và thể trạng của SilverSneakers bao gồm nhưng không giới hạn ở: nấu ăn, thực phẩm và dinh dưỡng, và chánh niệm. Các lớp rèn luyện tinh thần của SilverSneakers bao gồm nhưng không giới hạn ở: kỹ năng mới, khả năng tổ chức, tự hỗ trợ và duy trì kết nối. Các lớp học này có thể được truy cập trực tuyến bằng cách truy cập SilverSneakers.com. Để bắt đầu, quý vị sẽ cần số ID SilverSneakers của mình. Truy cập SilverSneakers.com hoặc gọi cho SilverSneakers theo số 1-855-627-3795 (TTY: 711) để nhận số ID này. Sau đó, hãy mang theo số ID này khi quý vị đến một cơ sở thể dục tham gia được ủy quyền. Quý vị có thể tìm thông tin về các cơ sở tham gia được ủy quyền bằng cách sử dụng trang web SilverSneakers hoặc gọi cho SilverSneakers. Quan trọng: Quý vị nhận được tư cách hội viên cơ bản tại bất kỳ địa điểm SilverSneakers tham gia được ủy quyền nào. Tiềm năng của cơ sở có thể khác nhau tùy theo địa điểm tham gia, bao gồm nhưng không giới hạn ở giờ, ngày và loại lớp học.	\$0 đồng thanh toán cho quyền lợi thể dục khi quý vị sử dụng nhà cung cấp được ủy quyền của chúng tôi, SilverSneakers.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Các chương trình giáo dục sức khỏe và chăm sóc sức khỏe toàn diện Đường Dây Y Tá 24 Giờ Quý vị có thể trao đổi với y tá đã đăng ký 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần qua Đường Dây Y Tá 24 Giờ. Họ có thể giúp giải đáp các câu hỏi liên quan đến sức khỏe khi bác sĩ của quý vị không có mặt. Gọi 1-855-463-0933 (TTY: 711). Đội ngũ y tá được cấp phép không thể chẩn đoán, kê đơn hoặc đưa ra lời khuyên y tế. Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu, hãy gọi 911 và/hoặc bác sĩ của quý vị ngay lập tức. Mặc dù chỉ bác sĩ của quý vị mới có thể chẩn đoán, kê đơn hoặc đưa ra lời khuyên y tế, Đường Dây Y Tá 24 Giờ có thể cung cấp thông tin về nhiều chủ đề sức khỏe khác nhau. Giáo dục sức khỏe: Quý vị có thể gặp chuyên gia giáo dục sức khỏe được chứng nhận hoặc chuyên gia y tế có trình độ khác để tìm hiểu về các chủ đề sức khỏe và thể chất như: quản lý bệnh tiểu đường, tư vấn dinh dưỡng, giáo dục về bệnh hen suyễn, v.v. Quý vị có tùy chọn gặp gỡ trực tiếp, trong một nhóm hoặc ảo. Hãy hỏi nhà cung cấp thông tin về những dịch vụ này có thể giúp ích cho quý vị như thế nào.	\$0 đồng thanh toán cho quyền lợi Đường Dây Y Tá 24 Giờ. \$0 đồng thanh toán cho giáo dục về sức khỏe.
Dịch vụ thính giác Các đánh giá thính giác và cân bằng mang tính chẩn đoán được thực hiện bởi nhà cung cấp của quý vị nhằm xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không được bao trả như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận dịch vụ này từ một bác sĩ, nhà thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác. Vui lòng tham khảo Sổ Tay Hội Viên Medicaid của quý vị để biết thêm thông tin về quyền lợi.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ thính giác được Medicare bao trả.
 Sàng lọc HIV Đối với những người đề nghị xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc có nguy cơ nhiễm HIV cao, chúng tôi bao trả: - Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng Nếu quý vị đang mang thai, chúng tôi bao trả: - Lên đến 3 lần khám sàng lọc trong khi mang thai	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các hội viên hội đủ điều kiện khám sàng lọc phòng ngừa HIV được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Chăm sóc với cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải chứng nhận rằng quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và sẽ chỉ định các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà cần được cung cấp bởi một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Quý vị phải ở trong nhà, điều này có nghĩa việc rời khỏi nhà là một nỗ lực lớn. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc gián đoạn và hỗ trợ sức khỏe tại nhà (được bao trả theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ giúp sức khỏe tại nhà của quý vị kết hợp phải đạt tổng số ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm ngữ trị liệu • Các dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật dụng y tế Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc của cơ quan y tế tại nhà được Medicare bao trả. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với thiết bị và vật tư y tế lâu bền được Medicare bao trả.
Liệu pháp tiêm truyền tại nhà Điều trị tiêm truyền tại nhà liên quan đến việc tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da thuốc hoặc sinh học cho một người ở nhà. Những thành phần cần thiết để phục vụ tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm tiêm) và vật tư (ví dụ: ống và ống thông). Trước khi nhận dịch vụ truyền dịch tại nhà, các dịch vụ này phải được bác sĩ yêu cầu và đưa vào kế hoạch chăm sóc của quý vị. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm cả dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của chúng tôi • Giáo dục và đào tạo cho bệnh nhân mà không được bao trả theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Theo dõi từ xa • Các dịch vụ theo dõi cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do một nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện thực hiện	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ chuyên môn về trị liệu tiêm truyền tại nhà được Medicare bao trả (bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ truyền dịch tại nhà được chứng nhận), đào tạo, giáo dục và giám sát.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ chăm sóc cuối đời Quý vị hội đủ điều kiện nhận quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ và giám đốc y tế cuối đời cho quý vị tiên lượng giai đoạn cuối xác nhận rằng quý vị bị bệnh nan y và có không quá 6 tháng để sống nếu bệnh của quý vị diễn biến bình thường. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào có chứng nhận Medicare. Chương trình của chúng tôi có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, bao gồm các chương trình mà chúng tôi sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Các loại thuốc để kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc tạm thời ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà Khi quý vị được tiếp nhận vào dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi. Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được bao trả bởi Medicare Phần A hoặc B có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối đời của quý vị: Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và bất kỳ dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối đời của quý vị. Trong khi quý vị ở trong chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được lập hóa đơn chia sẻ chi phí Original Medicare. Đối với các dịch vụ được bao trả bởi Medicare Phần A hoặc B không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối đời của quý vị: Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không khẩn cấp được bao trả theo Medicare Phần A hoặc B mà không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối đời của quý vị, chi phí của quý vị cho những dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi hay không và tuân thủ các quy tắc của chương trình (như nếu có yêu cầu phải xin cho phép trước).	Khi quý vị ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời có chứng nhận Medicare, các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối đời của quý vị được chi trả bởi Original Medicare, chứ không phải Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Tư vấn về chăm sóc cuối đời được đưa vào dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện.
Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Chăm sóc giai đoạn cuối đời (tiếp theo) - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân thủ các quy tắc của chương trình để nhận dịch vụ, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ trong mạng lưới - Nếu quý vị nhận các dịch vụ được bao trả từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị phải trả khoản chia sẻ chi phí theo Original Medicare. Đối với các dịch vụ được bao trả bởi Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) nhưng không được bao trả bởi Medicare Phần A hoặc B: Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ được chương trình bao trả mà không được bao trả theo Phần A hoặc Phần B cho dù có hay không liên quan đến tiền lượng giai đoạn cuối đời của quý vị. Quý vị trả số tiền chia sẻ chi phí với chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ này. Đối với các thuốc có thể được bao trả bởi quyền lợi Phần D của chương trình chúng tôi: Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng cuối đời giai đoạn cuối của quý vị, quý vị phải trả khoản chia sẻ chi phí. Nếu chúng liên quan đến tình trạng cuối đời giai đoạn cuối đời của quý vị, quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của Original Medicare. Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình của chúng tôi bảo hiểm đồng thời. Để biết thêm thông tin, chuyển đến Chương 5, Phần 9.3. Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc cuối đời (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiền lượng giai đoạn cuối của quý vị), hãy liên hệ với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ. Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho người bị bệnh giai đoạn cuối chưa chọn được quyền lợi chăm sóc cuối đời.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Tiêm phòng Các dịch vụ Medicare Phần B được bao trả gồm có: - Vắc-xin phòng viêm phổi - Tiêm phòng cúm (hoặc vắc-xin cúm), một lần trong mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, cùng các mũi tiêm phòng cúm (hoặc vắc-xin cúm) bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế - Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị chưa bao giờ tiêm đủ một loạt vắc-xin, không biết tiền sử tiêm chủng của mình hoặc có bất kỳ tình trạng nào khác khiến quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc viêm gan B - Vắc-xin COVID-19 - Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B Chúng tôi cũng bao trả hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn khác theo quyền lợi về thuốc Phần D của chúng tôi. Chuyển đến Chương 6, Phần 7 để biết thêm thông tin.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với vắc-xin viêm phổi, cúm, viêm gan B và COVID-19. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho tất cả các loại vắc-xin khác được bao trả theo Medicare Phần B.
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Bao gồm các bệnh viện cấp tính nội trú, phục hồi nội trú, chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Quá trình chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện bắt đầu vào ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước ngày quý vị được xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: - Phòng bán cá nhân (hoặc một phòng cá nhân nếu cần thiết về mặt y tế) - Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn uống đặc biệt - Dịch vụ điều dưỡng thông thường - Các chi phí của các bộ phận chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như bộ phận chăm sóc chuyên sâu hoặc bộ phận chăm sóc mạch vành) - Thuốc và các dược phẩm - Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm - Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác - Các thiết bị y tế và phẫu thuật cần thiết - Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn - Chi phí phòng hồi sức và phòng phẫu thuật - Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu - Các dịch vụ điều trị lạm dụng được chất nội trú	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được ủy quyền tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp theo) - Trong một số tình trạng, các loại cấy ghép sau đây được bảo hiểm: giác mạc, thận, thận-tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc, và ruột/đa nội tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt xem xét trường hợp của quý vị để quyết định xem quý vị có phải là ứng viên cho một ca cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở tại địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài loại hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn đến địa điểm ở địa phương với điều kiện là nhà cung cấp cấy ghép địa phương sẵn sàng chấp nhận mức phí của Original Medicare. Nếu Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cung cấp dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm ngoài mô hình chăm sóc cấy ghép trong cộng đồng của quý vị và quý vị chọn cấy ghép tại địa điểm xa xôi này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc chi trả cho chi phí chỗ ở và đi lại thích hợp cho quý vị và một người đi cùng. - Máu - bao gồm quản lý và dự trữ. Bảo hiểm của máu toàn phần và các tế bào hồng cầu đóng gói bắt đầu với pint máu đầu tiên quý vị cần. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu từ pint đầu tiên. - Dịch vụ bác sĩ Lưu ý: Để là bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết giấy yêu cầu chấp nhận quý vị chính thức là một bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được xem là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Tìm hiểu thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare Các Quyền Lợi Bệnh Viện của Medicare tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị. Bảo hiểm bổ sung có thể được cung cấp theo phần Medicaid trong các quyền lợi của chương trình.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đòi hỏi phải nằm viện. Số ngày được bảo hiểm: Giới hạn suốt đời 190 ngày cho các dịch vụ nội trú ở bệnh viện tâm thần. Giới hạn 190 ngày không áp dụng đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được Medicare bao trả. Quyền lợi dành cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày mỗi khi quý vị được nhận vào trong hoặc vào một loại cơ sở cụ thể. Chuyển viện trong phạm vi hoặc đến một cơ sở bao gồm các cơ sở Phục Hồi Chức Năng Nội Trú, các cơ sở Chăm Sóc Cấp Tính Dài Hạn (LTAC), các cơ sở Chăm Sóc Cấp Tính Nội Trú, và các cơ sở Tâm Thần Nội Trú, được coi là trường hợp tiếp nhận mới.
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả quý vị nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả Nếu quý vị đã sử dụng hết các quyền lợi tại cơ sở điều dưỡng nội trú hoặc chuyên môn của mình, hoặc nếu cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc thời gian nội trú của quý vị không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không bao trả cho thời gian nội trú của quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả các dịch vụ nhất định mà quý vị nhận trong khi nằm tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Dịch vụ bác sĩ • Các xét nghiệm chẩn đoán (như các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm) • Liệu pháp X-quang, phóng xạ và đồng vị bao gồm các tài liệu kỹ thuật viên và dịch vụ • Băng bó giải phẫu • Nẹp, khuôn và các thiết bị khác được sử dụng để làm giảm gãy xương và lệch vị trí • Các thiết bị giả và chỉnh hình (trừ nha khoa) thay thế tất cả hoặc một phần của cơ quan nội tạng (bao gồm mô tiếp giáp), hoặc tất cả hoặc một phần chức năng của một cơ quan nội tạng không hoạt động vĩnh viễn hoặc bị trục trặc, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị như vậy • Nẹp chân, cánh tay, lưng và cổ; giàn và chân, cánh tay và mắt nhân tạo bao gồm các điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do gãy, mòn, mất hoặc thay đổi tình trạng thể chất của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu, và hoạt động trị liệu Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ được bao trả trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người bị bệnh tiểu đường, bệnh thận (thận) (nhưng không phải lọc máu), hoặc sau khi ghép thận khi được bác sĩ của quý vị yêu cầu. Chúng tôi bao trả 3 giờ cho các dịch vụ tư vấn riêng tư trong năm đầu tiên quý vị nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y khoa theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác, hoặc Original Medicare), và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, phương pháp điều trị, hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận số giờ điều trị nhiều hơn theo chỉ định của bác sĩ. Bác sĩ phải kê chỉ định các dịch vụ này và gia hạn chỉ định hàng năm nếu quý vị cần tiếp tục điều trị trong năm dương lịch tiếp theo. Bảo hiểm bổ sung có thể được cung cấp theo phần Medicaid trong các quyền lợi của chương trình.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho những người thụ hưởng đủ điều kiện cho các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế được Medicare bao trả.
 Các dịch vụ của Chương Trình Phòng Chống Bệnh Tiểu Đường Medicare (MDPP) được bao trả cho những người đủ điều kiện theo tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare. MDPP là một chương trình can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc, cung cấp đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức nhằm duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi MDPP.
Thuốc Medicare Phần B Những thuốc này được bảo hiểm theo Phần B của Original Medicare. Các thành viên trong chương trình của chúng tôi được bảo hiểm cho các loại thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi. Các thuốc được bảo hiểm bao gồm: • Các loại thuốc thường không do bệnh nhân tự dùng và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận các dịch vụ của bác sĩ, bệnh nhân ngoại trú hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu • Insulin được cung cấp thông qua một vật dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác quý vị dùng sử dụng thiết bị y tế lâu bền (như máy xông khí dung) được chương trình của chúng tôi cho phép	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho thuốc theo toa Phần B được Medicare bao trả. Thuốc Phần B có thể phải tuân theo các yêu cầu về Liệu Pháp Từng Bước.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Thuốc Medicare Phần B (tiếp theo) - Thuốc điều trị Alzheimer, Leqembi® (tên generic là lecanemab), được dùng qua đường tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần phải chụp chiếu và xét nghiệm thêm trước và/hoặc trong quá trình điều trị, điều này có thể làm tăng tổng chi phí. Hãy trao đổi với bác sĩ về các xét nghiệm và chụp chiếu mà quý vị có thể cần trong quá trình điều trị - Các yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị mắc bệnh loãng máu - Thuốc cấy ghép/ức chế miễn dịch: Medicare bao trả cho liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare chi trả cho việc cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm ghép tạng được bao trả và phải có Phần B tại thời điểm dùng thuốc ức chế miễn dịch. Bảo hiểm thuốc Medicare Phần D bao trả thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bao trả - Thuốc điều trị loãng xương đường tiêm, nếu quý vị ở nhà, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận có liên quan đến loãng xương sau mãn kinh và không thể tự dùng thuốc - Một số kháng nguyên: Medicare bao trả cho các kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị các kháng nguyên này và một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) dùng các kháng nguyên dưới sự giám sát thích hợp - Một số loại thuốc uống chống ung thư: Medicare bao trả cho một số loại thuốc điều trị ung thư đường uống mà quý vị dùng nếu loại thuốc đó có dạng tiêm hoặc thuốc đó là tiền chất (dạng thuốc uống, khi uống vào sẽ phân hủy thành cùng hoạt chất có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có loại thuốc điều trị ung thư miệng mới, Phần B có thể chi trả cho những loại thuốc đó. Nếu Phần B không bao gồm chúng, Phần D sẽ bao gồm chúng. - Thuốc chống buồn nôn đường uống: Medicare bao trả các loại thuốc chống buồn nôn đường uống mà quý vị sử dụng như một phần của phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu chúng được dùng trước, tại hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một liệu pháp thay thế đầy đủ cho thuốc chống buồn nôn tiêm tĩnh mạch	
Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Thuốc Medicare Phần B (tiếp theo) - Một số loại thuốc uống Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) được bao trả theo Medicare Phần B - Thuốc kết dính canxi hóa và phát phát theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar® - Một số loại thuốc để lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin khi cần thiết về mặt y tế và thuốc gây tê tại chỗ - Tác nhân kích thích tạo hồng cầu: Medicare bao trả erythropoietin bằng cách tiêm nếu quý vị bị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) - Globulin Miễn Dịch Tiêm Tĩnh Mạch để điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch tiên phát - Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa (nuôi dưỡng qua tĩnh mạch và qua ống) Liên kết này sẽ đưa quý vị đến danh sách các thuốc Phần B có thể phải tuân theo Liệu Pháp Từng Bước: AetnaMedicare.com/VADSNP-RxDrugs. Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo vắc-xin Phần B và hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn theo quyền lợi về thuốc Phần D của chúng tôi. Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa. Các khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích trong Chương 6. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	
 Sàng lọc bệnh béo phì và liệu pháp để khuyến khích giảm cân bền vững Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi bảo hiểm tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Tư vấn này được bao trả nếu quý vị nhận tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính, tại đó tư vấn có thể được kết hợp với chương trình phòng bệnh toàn diện của quý vị. Trao đổi với bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên hành nghề của quý vị để tìm hiểu thêm.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho liệu pháp và sàng lọc béo phì.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ chương trình điều trị rối loạn sử dụng Opioid Các hội viên trong chương trình của chúng tôi bị rối loạn sử dụng opioid (OUD) có thể nhận được bảo hiểm của các dịch vụ để điều trị OUD thông qua Chương Trình Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Opioid (OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Thuốc chủ vận opioid và thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc đối kháng (MAT) được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm Và Dược Phẩm (FDA) Hoa Kỳ phê duyệt • Phát và cho dùng thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn điều trị sử dụng chất gây nghiện • Liệu pháp cá nhân và theo nhóm • Kiểm tra độc chất • Các hoạt động đầu vào • Đánh giá theo giai đoạn Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ của chương trình điều trị rối loạn sử dụng opioid.
Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ cũng như vật tư chữa bệnh Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Chụp X-quang • Liệu pháp X-quang (phóng xạ và đồng vị) bao gồm các tài liệu kỹ thuật và vật tư y tế • Các vật dụng giải phẫu, như băng bó • Nẹp, khuôn và các thiết bị khác được sử dụng để làm giảm gãy xương và lệch vị trí • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Máu - bao gồm quản lý và dự trữ. Bảo hiểm của máu toàn phần và các tế bào hồng cầu đóng gói bắt đầu với pint máu đầu tiên quý vị cần. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu từ pint đầu tiên. • Các xét nghiệm chẩn đoán không trong phòng thí nghiệm như chụp CT, MRI, EKG và chụp PET khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu họ điều trị một vấn đề y tế. • Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú cũng như các dịch vụ và vật tư điều trị được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Theo dõi ngoại trú bệnh viện Các dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú bệnh viện để xác định xem quý vị có cần nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú hay có thể được cho xuất viện. Đối với các dịch vụ theo dõi ngoại trú bệnh viện được bao trả, chúng phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi được cung cấp theo y lệnh của bác sĩ hoặc người khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và quy chế của nhân viên bệnh viện để cho bệnh nhân nhập viện hoặc yêu cầu xét nghiệm ngoại trú. Lưu ý: Quý vị là bệnh nhân ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được xem là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Tìm hiểu thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare <i>Các Quyền Lợi Bệnh Viện của Medicare</i> tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ quan sát của bệnh viện ngoại trú được Medicare bao trả.
Các dịch vụ ngoại trú bệnh viện Chúng tôi bao trả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận trong khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị ốm bệnh hoặc thương tích. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và chẩn đoán được lập hóa đơn bởi bệnh viện • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả chăm sóc trong một chương trình nằm viện một phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng điều trị nội trú sẽ được yêu cầu mà không cần chăm sóc sức khỏe tâm thần	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ dịch vụ ngoại trú bệnh viện được Medicare bao trả.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ ngoại trú bệnh viện (tiếp theo) - Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác được bệnh viện ghi hóa đơn - Các vật tư y tế chẳng hạn như nẹp và khuôn - Một số loại thuốc và chất sinh học quý vị không thể tự dùng Lưu ý: Quý vị là bệnh nhân ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được xem là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên công tác xã hội lâm sàng (CSW), điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng (CNS), chuyên viên tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), chuyên viên trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), điều dưỡng điều trị (NP), trợ lý bác sĩ (PA) hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác đủ điều kiện theo Medicare, theo phạm vi được pháp luật hiện hành của tiểu bang cho phép.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú được Medicare bao trả.
Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị. Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm ngữ trị liệu Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp trong các cơ sở điều trị ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như các bộ phận ngoại trú bệnh viện, phòng khám bác sĩ trị liệu độc lập và Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF).	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ có các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ điều trị rối loạn vì lạm dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân ngoại trú Bảo hiểm của chúng tôi giống như của Original Medicare, là bảo hiểm cho các dịch vụ được cung cấp trong khoa ngoại trú của bệnh viện cho những bệnh nhân, ví dụ, là người vừa xuất viện sau khi điều trị rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện hoặc người cần điều trị nhưng không yêu cầu sự sẵn có và cường độ của các dịch vụ chỉ có trong cơ sở bệnh viện nội trú. Phạm vi bảo hiểm dành cho các dịch vụ này phải tuân theo các quy tắc tương tự thường áp dụng cho phạm vi bảo hiểm của các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • Đánh giá, thẩm định và điều trị các rối loạn liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện do nhà cung cấp đủ điều kiện tham gia Medicare thực hiện để nhanh chóng xác định mức độ nghiêm trọng của việc sử dụng chất gây nghiện và xác định mức độ điều trị phù hợp. • Những can thiệp hoặc lời khuyên ngắn gọn tập trung vào việc nâng cao hiểu biết và nhận thức về việc sử dụng chất gây nghiện cũng như động lực thay đổi hành vi. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngoại trú được Medicare bao trả.
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm cả dịch vụ được cung cấp tại cơ sở bệnh viện ngoại trú và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú Lưu ý: Nếu quý vị phẫu thuật trong một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của mình xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú, quý vị là bệnh nhân ngoại trú. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được xem là một bệnh nhân ngoại trú. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho phẫu thuật ngoại trú được Medicare bao trả được cung cấp tại cơ sở bệnh viện ngoại trú hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Ví Mua Hàng Tự Do (OTC) Quý vị nhận được Ví Mua Hàng Tự Do (OTC) với số tiền quyền lợi (khoản trợ cấp) hàng tháng là \$295 trên Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna® để giúp thanh toán cho: - Các sản phẩm sức khỏe và chăm sóc sức khỏe mua tự do (OTC) được phê duyệt bao gồm thuốc dị ứng, thuốc giảm đau, vật tư sơ cứu, v.v. Quyền lợi này bao gồm một số liệu pháp thay thế nicotine. - Các sản phẩm OTC được phê duyệt có thể được mua: - Tại cửa hàng ở các địa điểm tham gia được ủy quyền, bao gồm các địa điểm bán lẻ CVS® (không bao gồm các địa điểm nằm bên trong các cửa hàng khác) - Bằng ứng dụng CVS Flex Benefits™. Cũng có thể sử dụng các ứng dụng để tìm các cửa hàng bán lẻ tham gia được ủy quyền và xác định các sản phẩm được bao trả. - Trực tuyến tại CVS.com/Aetna - Qua điện thoại thông qua CVS Flex Benefits theo số 1-844-428-8147 (TTY: 711) - Một số sản phẩm có sẵn trực tuyến hoặc tại cửa hàng đôi khi có thể hết hàng. Nếu ngày hết hạn quyền lợi của quý vị sắp đến, hãy bảo đảm sử dụng khoản tiền của quý vị. Số dư chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang kỳ tiếp theo. Hãy sử dụng khoản trợ cấp của quý vị một cách cẩn thận vì sẽ không chấp nhận ngoại lệ sau khi kỳ quyền lợi kết thúc. Số tiền trợ cấp hàng tháng của quý vị sẽ có trên Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna vào ngày đầu tiên của mỗi tháng. Hãy chắc chắn sử dụng toàn bộ số tiền trợ cấp mỗi tháng, vì bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo cũng như không được chuyển sang năm chương trình tiếp theo. Không áp dụng ngoại lệ đối với việc cộng thêm tiền hoặc số tiền chưa sử dụng vào thẻ của quý vị. Quan trọng: Tất cả các sản phẩm và dịch vụ đều phải chịu thuế (tùy thuộc vào tiểu bang của quý vị). Số dư thẻ của quý vị sẽ được sử dụng để trang trải thuế. Nếu số tiền trên thẻ của quý vị không đủ để thanh toán tổng chi phí mua hàng, bao gồm cả thuế, quý vị có trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch bằng một hình thức thanh toán khác. Để biết thêm thông tin về Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna, hãy xem phần Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna trong Chương 4.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho Ví Mua Hàng Tự Do (OTC). Ví OTC chỉ có thể được sử dụng để mua các sản phẩm OTC được phê duyệt tại các địa điểm bán lẻ tham gia được ủy quyền, trực tuyến hoặc trên ứng dụng, hoặc qua điện thoại thông qua nhà cung cấp được ủy quyền của chúng tôi là CVS Flex Benefits.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ nằm viện một phần và dịch vụ ngoại trú chuyên sâu <i>Nằm viện một phần</i> là một chương trình có cấu trúc về điều trị tâm thần tích cực được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc bởi một trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được trong phòng khám của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc phòng khám của cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép và là một lựa chọn thay thế cho nhập viện nội trú. <i>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</i> là một chương trình có cấu trúc điều trị liệu pháp sức khỏe hành vi tích cực (tâm thần) được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ tiêu chuẩn liên bang hoặc phòng khám sức khỏe nông thôn cường độ cao hơn dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được tại bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc văn phòng cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít dữ dội hơn so với nhập viện một phần. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ nhập viện một phần được Medicare bao trả. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám ngoại trú chuyên sâu được Medicare bao trả.
Các dịch vụ bác sĩ/chuyên viên hành nghề, bao gồm thăm khám tại phòng khám bác sĩ Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Các dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại phòng khám bác sĩ, trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận, khoa ngoại trú của bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác. - Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa - Các kiểm tra độ cân bằng và thính giác cơ bản thực hiện bởi PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu kiểm tra để xem quý vị có cần điều trị y tế không - Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, miễn là nhà cung cấp của quý vị có thể cung cấp các dịch vụ này qua chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm: - Các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính - Dịch vụ bác sĩ chuyên khoa - Dịch vụ đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường - Dịch vụ giáo dục về bệnh thận - Dịch vụ sức khỏe tâm thần (buổi dành cho cá nhân) - Dịch vụ sức khỏe tâm thần (buổi theo nhóm)	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ bác sĩ/chuyên viên hành nghề được Medicare bao trả (bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, dịch vụ chuyên môn truyền dịch tại nhà, và các dịch vụ cần thiết khẩn cấp). Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Các dịch vụ Bác sĩ điều trị/Chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp) - Dịch vụ hoạt động trị liệu - Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng opioid - Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân ngoại trú (buổi dành cho cá nhân) - Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân ngoại trú (buổi theo nhóm) - Dịch vụ vật lý trị liệu và âm ngữ trị liệu - Dịch vụ tâm thần (buổi dành cho cá nhân) - Dịch vụ tâm thần (buổi theo nhóm) - Dịch vụ khẩn cấp cần thiết - Bảo hiểm này bổ sung cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được mô tả bên dưới. Để biết thêm chi tiết về bảo hiểm chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung của quý vị, vui lòng xem lại Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của Medicare Aetna của quý vị tại AetnaMedicare.com/Telehealth - Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc qua thăm khám từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này qua thăm khám từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ qua thăm khám từ xa. Không phải tất cả các nhà cung cấp đều cung cấp dịch vụ thăm khám từ xa. - Quý vị cần nên liên hệ với bác sĩ để biết thông tin về những dịch vụ khám sức khỏe từ xa mà họ cung cấp và cách lên lịch khám sức khỏe từ xa. Tùy thuộc vào vị trí, quý vị cũng có thể có tùy chọn lên lịch thăm khám chăm sóc sức khỏe từ xa hàng 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần qua Teladoc, MinuteClinic® Video Visit hoặc nhà cung cấp khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được bao trả trong chương trình của quý vị. Quý vị có thể truy cập Teladoc tại Teladoc.com/Aetna hoặc gọi 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Quý vị có thể tìm hiểu xem MinuteClinic® Video Visits có cung cấp dịch vụ tại khu vực của quý vị hay không tại CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit. - Một số dịch vụ khám sức khỏe từ xa, bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị do một bác sĩ hoặc chuyên viên hành nghề cung cấp, cho bệnh nhân ở một số khu vực nông thôn hoặc những nơi khác mà Medicare phê duyệt	
Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Các dịch vụ Bác sĩ điều trị/Chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp)	
• Các dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối cho các hội viên lọc máu tại nhà ở một trung tâm lọc máu tại bệnh viện hoặc tại bệnh viện tiếp cận trong trường hợp nguy cấp, cơ sở lọc máu hoặc tại nhà của hội viên • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ bất kể vị trí của quý vị • Các dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho hội viên bị rối loạn do lạm dụng dược chất hoặc bị rối loạn sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời, bất kể vị trí của họ • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần • Các dịch vụ khám chữa bệnh từ xa cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần do các Phòng Khám Rural Health Clinics và các Trung Tâm Y Tế Đủ Điều Kiện Liên Bang cung cấp • Các buổi trao đổi trực tuyến với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) nếu: ◦ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ◦ Việc khám sức khỏe không liên quan đến thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua và ◦ Việc khám sức khỏe không dẫn đến thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc lần hẹn sẵn có sớm nhất • Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ của quý vị và giải thích và theo dõi bởi bác sĩ của quý vị trong 24 giờ nếu: ◦ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ◦ Đánh giá không liên quan đến một lần thăm khám phòng khám trong 7 ngày qua và ◦ Việc đánh giá không dẫn đến một lần thăm khám phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn có sẵn sớm nhất • Tham vấn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet, hoặc hồ sơ bệnh án điện tử • Ý kiến thứ hai của nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước khi phẫu thuật	
Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Các dịch vụ điều trị bệnh chân Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các chấn thương và bệnh của bàn chân (như ngón chân hình búa hay cựa gót chân) - Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các hội viên có các tình trạng bệnh lý nhất định ảnh hưởng tới các chi dưới. Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp: - Các dịch vụ điều trị bệnh chân bổ sung (không được Medicare bao trả): tối đa sáu lần thăm khám mỗi năm	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ điều trị bệnh chân được Medicare bao trả. 0% tiền đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám điều trị bệnh chân bổ sung không được Medicare bao trả.
 Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng chống HIV Nếu quý vị không nhiễm HIV, nhưng bác sĩ hoặc bác sĩ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị xác định rằng quý vị có nguy cơ nhiễm HIV cao, chúng tôi bao trả thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Thuốc PrEP dạng uống hoặc tiêm được FDA phê duyệt, bao gồm phí tiêm thuốc, nếu áp dụng - Cho đến 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ HIV, giảm nguy cơ HIV và tuân thủ dùng thuốc) mỗi 12 tháng. - Lên đến 8 lần sàng lọc HIV mỗi 12 tháng. - Sàng lọc vi-rút viêm gan B một lần	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi PrEP.
 Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả bao gồm những điều sau đây một lần mỗi 12 tháng: - Khám trực tràng bằng ngón tay - Xét nghiệm Kháng Nguyên Đặc Hiệu Tuyến Tiền Liệt (PSA)	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho khám trực tràng bằng ngón tay được bao trả. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho xét nghiệm PSA hàng năm.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Thiết bị chỉnh hình và chân tay giả và các vật tư liên quan Các thiết bị (trừ nha khoa) thay thế tất cả hay một phần của một phần cơ thể hay chức năng. Bao gồm, nhưng không giới hạn ở thử nghiệm, lắp đặt hoặc đào tạo về việc sử dụng các thiết bị giả và chỉnh hình; cũng như túi hậu môn giả và các vật tư trực tiếp liên quan đến chăm sóc hậu môn giả, máy điều hòa nhịp tim, nẹp, giày phẫu thuật, chi giả và thiết bị giả ngực (bao gồm cả yếm phẫu thuật sau khi cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư liên quan đến thiết bị chỉnh hình và chân tay giả, cũng như sửa chữa và/hoặc thay thế thiết bị chỉnh hình và chân tay giả. Ngoài ra còn bao gồm một số khoản bảo hiểm sau loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – chuyển đến Chăm Sóc Nhãn Khoa ở phần sau của bảng này để biết thêm chi tiết. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các thiết bị chỉnh hình và chân tay giả cũng như các vật tư liên quan được Medicare bao trả.
Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được bao trả cho các hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở mức trung bình tới rất nặng và một giấy giới thiệu phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả.
 Sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu Chúng tôi bao trả một lần sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn (bao gồm phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu nhưng không phụ thuộc vào rượu. Nếu quý vị sàng lọc dương tính với lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận được tối đa 4 buổi tư vấn trực tiếp ngắn mỗi năm (nếu quý vị đủ khả năng và tỉnh táo trong thời gian tư vấn) được thực hiện bởi một bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên hành nghề đủ điều kiện tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với sàng lọc được Medicare bao trả và tư vấn để giảm quyền lợi phòng ngừa lạm dụng rượu.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Sàng lọc nhiễm vi-rút Viêm Gan C Chúng tôi bao trả một lần sàng lọc Viêm Gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chỉ định một lần và quý vị đáp ứng một trong các điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì quý vị sử dụng hoặc đã sử dụng thuốc tiêm chích bất hợp pháp. • Quý vị đã được truyền máu trước 1992. • Quý vị được sinh ra giữa 1945-1965. Nếu quý vị sinh trong khoảng từ năm 1945 đến năm 1965 và không được coi là có nguy cơ cao, chúng tôi bao trả một lần sàng lọc. Nếu quý vị có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị tiếp tục sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp kể từ lần xét nghiệm sàng lọc Viêm Gan C âm tính trước đó), chúng tôi bao trả cho các buổi khám sàng lọc hàng năm.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho khám sàng lọc Vi-rút Viêm Gan C được Medicare bao trả.
 Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp liều thấp (LDCT) Đối với những người đủ điều kiện, LDCT được bao trả mỗi 12 tháng. Các hội viên hội đủ điều kiện là những người ở độ tuổi 50–77 không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong 15 năm qua, người nhận được đơn đặt hàng LDCT trong khi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và thăm khám ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho những lần thăm khám đó và được cung cấp bởi một bác sĩ hoặc chuyên viên hành nghề đủ điều kiện không phải là bác sĩ. <i>Đối với sàng lọc ung thư phổi LDCT sau lần sàng lọc LDCT ban đầu:</i> hội viên phải có chỉ định sàng lọc ung thư phổi LDCT, chỉ định này có thể được cung cấp trong bất kỳ lần thăm khám thích hợp nào với bác sĩ hoặc chuyên viên hành nghề đủ điều kiện không phải là bác sĩ. Nếu bác sĩ hoặc chuyên viên hành nghề đủ điều kiện không phải là bác sĩ lựa chọn cung cấp buổi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và thăm khám ra quyết định chung cho các lần sàng lọc ung thư phổi sau này bằng LDCT, lần thăm khám phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare đối với các lần thăm khám đó.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với thăm khám ra quyết định chung và tư vấn được Medicare bao trả hoặc đối với LDCT.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Sàng lọc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) và tư vấn để phòng tránh STI Chúng tôi bảo hiểm cho các lần sàng lọc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) đối với bệnh chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai và Viêm gan B. Những sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ có thai và cho một số người nhất định có nguy cơ nhiễm STI cao khi các xét nghiệm được yêu cầu bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này một lần trong mỗi 12 tháng hoặc vào những lúc nào đó trong thai kỳ. Chúng tôi cũng bao trả lên đến 2 buổi tư vấn hành vi trực tiếp có tính chuyên sâu cao từ cá nhân 20 đến 30 phút mỗi năm đối với người lớn đang hoạt động tình dục có nguy cơ cao đối với STI. Chúng tôi chỉ bao trả cho các buổi tư vấn này như là dịch vụ phòng ngừa nếu chúng được cung cấp bởi một nhà cung cấp chăm sóc chính và diễn ra trong cơ sở chăm sóc chính, như là phòng khám của bác sĩ.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với sàng lọc STI được Medicare bao trả và tư vấn cho các quyền lợi phòng ngừa STI.
Dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ điều trị bệnh thận và lọc máu bao gồm: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn cách chăm sóc thận và giúp các hội viên đưa ra các quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của họ. Đối với các hội viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ giới thiệu, chúng tôi bao trả tối đa 6 buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận trọn đời • Điều trị lọc máu ngoại trú (bao gồm điều trị lọc máu khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận) • Điều trị lọc máu nội trú (nếu quý vị nhập viện nội trú để được chăm sóc đặc biệt) • Tập huấn tự lọc máu (bao gồm tập huấn cho quý vị và bất cứ ai giúp quý vị trong các điều trị lọc máu tại nhà) • Thiết bị và vật dụng lọc máu tại nhà • Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà nhất định (như khi cần thiết, các lần ghé thăm của các nhân viên lọc máu được đào tạo để kiểm tra việc lọc máu tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong các trường hợp khẩn cấp và kiểm tra nguồn nước và các thiết bị lọc máu của quý vị) Một số thuốc để lọc máu được bao trả theo Medicare Phần B. Để biết thông tin về bảo hiểm cho Thuốc Phần B, xem Thuốc Medicare Phần B trong bảng này. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ được Medicare bao trả để điều trị bệnh và tình trạng bệnh thận. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ lọc máu ngoại trú, tập huấn tự lọc máu, một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà cũng như thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà được Medicare bao trả. Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được ủy quyền tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chuyển đến Chương 12. Cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi được gọi là SNF.) Số ngày được bao trả: tối đa 100 ngày cho mỗi kỳ quyền lợi. Không cần phải nằm viện trước đó. Chúng tôi sẽ chỉ bao trả cho thời gian nằm viện của quý vị nếu quý vị đáp ứng một số nguyên tắc nhất định của Medicare và thời gian nằm viện của quý vị là cần thiết về mặt y tế. Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: - Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) - Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt - Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn - Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm ngữ trị liệu - Thuốc được dùng cho quý vị trong khuôn khổ kế hoạch chăm sóc của chúng tôi (bao gồm các chất hiện diện tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu) - Máu - bao gồm quản lý và dự trữ. Bảo hiểm của máu toàn phần và các tế bào hồng cầu đóng gói bắt đầu với pint máu đầu tiên quý vị cần. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu từ pint đầu tiên. - Vật tư y tế và phẫu thuật thường do SNF cung cấp - Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được thực hiện bởi các SNF - Các dịch vụ X-quang và phóng xạ khác thường được thực hiện bởi các SNF - Việc sử dụng các thiết bị như xe lăn thường được cung cấp bởi các SNF - Dịch vụ bác sĩ/chuyên viên hành nghề Nói chung, quý vị nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Theo một số điều kiện nhất định được liệt kê dưới đây, quý vị có thể thanh toán chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận thanh toán số tiền trong chương trình của chúng tôi. - Một viện dưỡng lão hay cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục là nơi quý vị đang sống ngay trước khi nhập viện (miễn là cơ sở này cung cấp chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn) - Một SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện. Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) được Medicare bao trả. Một kỳ quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Kỳ quyền lợi kết thúc khi quý vị chưa nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú nào (hoặc chăm sóc chuyên môn trong SNF) trong 60 ngày liên tục. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi kỳ quyền lợi đã chấm dứt thì một kỳ quyền lợi mới sẽ bắt đầu được tính. Không có hạn chế về số lượng các thời kỳ quyền lợi quý vị có thể có.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Ngừng hút thuốc và sử dụng thuốc lá (tư vấn để ngừng hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá) Tư vấn cai thuốc lá và cai thuốc lá được bao trả cho bệnh nhân ngoại trú và nhập viện đáp ứng các tiêu chí sau: - Sử dụng thuốc lá, bất kể họ có 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 - Một bác sĩ hoặc chuyên viên hành nghề đủ điều kiện khác được Medicare công nhận cung cấp dịch vụ tư vấn Chúng tôi bao trả 2 lần nỗ lực cai thuốc mỗi năm (mỗi lần thử có thể bao gồm tối đa 4 buổi tư vấn trung gian hoặc chuyên sâu, với bệnh nhân nhận được tối đa 8 buổi mỗi năm.) Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp: - Các buổi tư vấn trung gian hoặc chuyên sâu bổ sung (không được Medicare bao trả) cho cá nhân và nhóm: thăm khám không giới hạn mỗi năm	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với các quyền lợi phòng ngừa ngừng hút thuốc và sử dụng thuốc được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám cai hút thuốc và sử dụng thuốc lá bổ sung không được Medicare bao trả.
Quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người bị bệnh mạn tính Quý vị có thể đủ điều kiện để nhận các quyền lợi bổ sung. Xem Bảng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt sau Bảng Quyền Lợi Y Tế để biết thông tin về các quyền lợi và yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia.	Xem Bảng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt để biết thông tin.
Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) SET được bao trả cho những hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD). Lên đến 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần được bao trả nếu đáp ứng tất cả các yêu cầu SET. Chương trình SET phải: - Bao gồm các buổi kéo dài 30-60 phút, bao gồm một chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu cho PAD ở những bệnh nhân bị khuyết khiếm - Thực hiện tại bệnh viện ngoại trú hoặc phòng khám bác sĩ - Được cung cấp bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo lợi ích vượt quá tác hại và những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD - Chịu sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA) hoặc điều dưỡng điều trị (NP)/điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng (CNS), là người phải được đào tạo cả về các kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao SET có thể được bao trả ngoài 36 buổi trong 12 tuần đối với 36 buổi bổ sung trong thời gian gia hạn nếu cần thiết về y tế do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thực hiện.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) được Medicare bao trả.

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
Dịch vụ vận chuyển (không cấp cứu) Vui lòng tham khảo Sổ Tay Hội Viên Medicaid của quý vị để biết thêm thông tin về quyền lợi.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ.
Dịch vụ khẩn cấp cần thiết Dịch vụ được bao trả theo chương trình yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ khẩn cấp cần thiết nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc, ngay cả khi quý vị đang ở trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý về thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Chương trình của chúng tôi phải bao trả cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết và chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Cần thiết về mặt y tế, thăm khám định kỳ (như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động. Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp: Chăm sóc khẩn cấp (toàn thế giới) Quyền lợi tối đa hàng năm \$250,000 cho chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới, xe cứu thương cấp cứu và chăm sóc cần thiết khẩn cấp. Quý vị có thể phải thanh toán cho nhà cung cấp tại thời điểm nhận dịch vụ và yêu cầu bồi hoàn. Quý vị sẽ được bồi hoàn lên tới số tiền trợ cấp tối đa hàng năm trừ đi mọi khoản đồng thanh toán hoặc chia sẻ chi phí được áp dụng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp tại Hoa Kỳ. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới (tức là bên ngoài Hoa Kỳ).

Dịch vụ được bao trả	Khoản quý vị cần thanh toán
 Chăm sóc nhãn khoa Các dịch vụ được bao trả bao gồm: - Dịch vụ bác sĩ ngoại trú chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương về mắt, bao gồm cả điều trị tình trạng thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. Original Medicare không bao trả cho khám mắt định kỳ (đeo mắt) để đeo kính/kính áp tròng. - Đối với những người có nguy cơ cao đối với bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi bao trả một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên. - Đối với những người bị tiểu đường, sàng lọc bệnh võng mạc do tiểu đường được bao trả một lần mỗi năm. - Một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm đặt kính nội nhãn. Nếu quý vị có 2 ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng rẽ, quý vị không thể bảo lưu quyền lợi này sau ca phẫu thuật đầu tiên và mua 2 kính mắt sau ca phẫu thuật thứ hai. Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp: - Khám mắt theo dõi do bị tiểu đường Vui lòng tham khảo Sổ Tay Hội Viên Medicaid của quý vị để biết thêm thông tin về quyền lợi.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với các lần khám mắt, sàng lọc bệnh tăng nhãn áp hoặc kính mắt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho lần khám mắt ban đầu do bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám lại mắt do bệnh tiểu đường.
 Thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare Chương trình của chúng tôi bao trả thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare một lần. Lần thăm khám này bao gồm một đánh giá sức khỏe của quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ ngăn ngừa mà quý vị cần (bao gồm cả khám sàng lọc và các mũi chích ngừa nhất định (hoặc vắc-xin)), và giới thiệu cho dịch vụ chăm sóc khác nếu cần thiết. Quan trọng: Chúng tôi chỉ bao trả cho thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho phòng khám của bác sĩ biết quý vị muốn lên lịch thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho khám sàng lọc EKG được Medicare bao trả sau khi thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare.
Tóc giả vì rụng tóc liên quan đến hóa trị Quý vị nhận được một khoản tiền quyền lợi \$400 (trợ cấp) hàng năm cho những bộ tóc giả được bao trả cần thiết cho bệnh rụng tóc do hóa trị. Để được hỗ trợ mua tóc giả, vui lòng gọi đến số điện thoại trên thẻ ID hội viên của quý vị để trao đổi với Dịch Vụ Hội Viên hoặc Người Quản Lý Dịch Vụ Chăm Sóc của quý vị.	Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho tóc giả vì chứng rụng tóc liên quan đến hóa trị.

Bảng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt

Các hội viên ghi danh vào chương trình này có thể hội đủ điều kiện để nhận các quyền lợi bổ sung. Bảng dưới đây mô tả các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia và các quyền lợi có thể có sẵn.

Ví hỗ trợ bổ sung**Yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia:**

Nếu quý vị được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính được liệt kê dưới đây và đáp ứng tất cả các tiêu chí khác, quý vị có thể đủ điều kiện nhận thêm các quyền lợi theo chương trình của chúng tôi để giúp quản lý sức khỏe và thể trạng tổng thể của quý vị.

1. Quý vị phải được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính đủ điều kiện được liệt kê dưới đây†
2. Quý vị có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc gặp các kết quả sức khỏe bất lợi khác.
3. Quý vị cần được điều phối chăm sóc chuyên sâu.

†Các bệnh mạn tính đủ điều kiện:

- Thiếu máu
- Rối loạn tự miễn dịch giới hạn ở:
 - Viêm da
 - Viêm động mạch nút
 - Đau đa cơ do thấp khớp
 - Viêm đa cơ
 - Bệnh vẩy nến
 - Viêm khớp vẩy nến
 - Viêm khớp dạng thấp
 - Bệnh xơ cứng bì
 - Lupus ban đỏ hệ thống
- Ung thư
- Rối loạn tim mạch giới hạn ở:
 - Rối loạn nhịp tim
 - Bệnh động mạch vành
 - Bệnh mạch máu ngoại vi
 - Bệnh van tim
- Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất gây nghiện khác (SUDS)
- Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và tàn tật giới hạn ở:
 - Rối loạn lo âu
 - Rối loạn lưỡng cực
 - Rối loạn ăn uống
 - Rối loạn trầm cảm nghiêm trọng
 - Rối loạn hoang tưởng
 - Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD)
 - Tâm thần phân liệt
 - Rối loạn phân liệt
- Tình trạng mạn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác
- Bệnh đường tiêu hóa mạn tính giới hạn ở:
 - Bệnh gan mạn tính

Phần này được tiếp tục trên trang tiếp theo.

Bảng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt

Yêu cầu về tính đủ điều kiện (tiếp)

- Viêm gan siêu vi B
- Viêm gan siêu vi C
- Hội chứng ruột kích thích
- Bệnh viêm ruột
- Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD)
- Viêm tụy
- Suy tim mạn tính
- Tăng lipid máu mạn tính
- Tăng huyết áp mạn tính
- Bệnh thận mạn tính (CKD) Giới hạn ở:
 - CKD không cần lọc máu
 - CKD yêu cầu lọc máu/Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)
- Rối loạn phổi mạn tính giới hạn ở:
 - Bệnh hen suyễn
 - Viêm phế quản mạn tính
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)
 - Xơ nang
 - Khí thũng
 - Xơ phổi
 - Tăng áp phổi
- Đau mãn tính
- Các điều kiện liên quan đến suy giảm nhận thức giới hạn ở:
 - Bệnh Alzheimer
 - Vô hiệu hóa bệnh tâm thần liên quan đến suy giảm nhận thức
 - Khuyết tật trí tuệ và khuyết tật phát triển
 - Suy giảm nhận thức nhẹ
 - Chấn thương sọ não
- Các tình trạng đòi hỏi phải tiếp tục các dịch vụ trị liệu để các cá nhân duy trì hoặc duy trì hoạt động
- Các điều kiện với những thách thức về chức năng và yêu cầu các dịch vụ tương tự bao gồm:
 - Viêm khớp
 - Mất chân tay
 - Tê liệt
 - Chấn thương tủy sống
 - Vuốt ve
- Chứng mất trí
- Bệnh tiểu đường
- HIV/AIDS;
- Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch

Phần này được tiếp tục trên trang tiếp theo.

Bảng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt**Yêu cầu về tính đủ điều kiện (tiếp)**

- Rối loạn thần kinh giới hạn ở:
 - Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS)
 - Hội chứng mệt mỏi mãn tính
 - Động kinh
 - Liệt trên diện rộng (ví dụ: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chi, liệt một chi)
 - Đau cơ xơ hóa
 - Bệnh Huntington
 - Đa xơ cứng (MS)
 - Bệnh Parkinson
 - Viêm đa thần kinh
 - Chấn thương tủy sống
 - Hẹp cột sống
 - Thiếu hụt thần kinh liên quan đến đột quỵ
- Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa
- Chăm sóc sau ghép tạng
- Rối loạn huyết học nặng giới hạn ở:
 - Thiếu máu bất sản
 - Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính
 - Bệnh máu khó đông
 - Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch
 - Hội chứng loạn sinh tủy
 - Bệnh tế bào hình liềm (không bao gồm dạng tế bào liềm)
- Vuốt ve

Tính đủ điều kiện sẽ được xác định dựa trên các yêu cầu thanh toán y tế và được phẩm của quý vị, cùng các thông tin lâm sàng khác. Thông tin này phải hỗ trợ kỳ vọng hợp lý rằng quyền lợi sẽ giúp duy trì hoặc cải thiện sức khỏe hoặc chức năng tổng thể của quý vị.

Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của mình nộp bản xác nhận có chữ ký của nhà cung cấp để xác nhận rằng quý vị đáp ứng tất cả các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia. Nếu quý vị cần mẫu xác nhận của nhà cung cấp, hãy gọi số của Dịch Vụ Hội Viên trên thẻ ID hội viên của quý vị.

Quý vị có thể liên hệ với Người Quản Lý Dịch Vụ Chăm Sóc của mình theo số **1-855-463-0933** (TTY: **711**) 8 giờ sáng đến 8 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu và họ sẽ làm việc với quý vị để xác định tư cách đủ điều kiện tham gia của quý vị.

Việc ghi danh vào chương trình không đảm bảo đủ điều kiện. Quý vị sẽ nhận được các Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt sau khi xác định rằng quý vị đáp ứng các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia được liệt kê ở trên. Tuy nhiên, quý vị sẽ không nhận được quyền lợi cho bất kỳ khoảng thời gian nào trước khi tính đủ điều kiện của quý vị được xác định. Nếu quý vị có thắc mắc về các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện tham gia để nhận quyền lợi này, hãy truy cập aetna.com/VAQualify.

Quyền lợi	Những gì quý vị phải trả khi quý vị nhận được các dịch vụ này
Ví hỗ trợ bổ sung Nếu quý vị đủ điều kiện, số tiền quyền lợi hàng tháng \$295 trong Ví Mua Hàng Tự Do (OTC) sẽ chuyển thành Ví Hỗ Trợ Bổ Sung với các hạng mục chi tiêu bổ sung. Các hội viên đủ điều kiện có thể sử dụng ví này để giúp thanh toán cho: • Thực phẩm lành mạnh bao gồm thịt, sản phẩm, các sản phẩm từ sữa, v.v. ◦ Thực phẩm lành mạnh được phê duyệt có thể được mua tại các cửa hàng bán lẻ tham gia được ủy quyền, trực tuyến tại CVS.com/Aetna, bằng ứng dụng CVS Flex Benefits™ và qua điện thoại theo số 1-844-428-8147 (TTY: 711). ◦ Ví dụ về các sản phẩm không đủ điều kiện bao gồm thuốc lá, rượu, kẹo, nước ngọt và các sản phẩm không phải thực phẩm. • Các sản phẩm chăm sóc sức khỏe không kê toa (OTC) được chấp thuận bao gồm thuốc dị ứng, thuốc giảm đau, đồ sơ cứu, v.v. Quyền lợi này bao gồm một số liệu pháp thay thế nicotine. ◦ Các sản phẩm OTC được phê duyệt có thể được mua tại các cửa hàng bán lẻ tham gia được ủy quyền, bao gồm các địa điểm bán lẻ CVS® (không bao gồm các địa điểm nằm bên trong các cửa hàng khác), trực tuyến tại CVS.com/Aetna, bằng ứng dụng CVS Flex Benefits và qua điện thoại theo số 1-844-428-8147 (TTY: 711). • Vận chuyển bao gồm xăng tại máy bơm, phương tiện giao thông công cộng và một số dịch vụ chia sẻ chuyến đi nhất định. ◦ Phải mua xăng tại máy bơm bằng cách quét thẻ và chọn hình thức thanh toán là tín dụng. ◦ Thẻ này không thể được sử dụng để mua xăng hoặc các sản phẩm bên trong cửa hàng tại trạm xăng. ◦ Việc mua khí đốt có thể bị giữ lại và tiền có thể không có sẵn trong khi giao dịch đó đang được xử lý. ◦ Đối với các dịch vụ đi chung xe, chẳng hạn như Uber và Lyft, quý vị cần tải xuống ứng dụng tương ứng và thêm Thẻ Quyền Lợi Bổ Sung của Medicare Aetna làm phương thức thanh toán. • Các tiện ích bao gồm gas, điện, nước, cống rãnh, điện thoại cố định, điện thoại di động và dịch vụ internet. ◦ Nhà cung cấp dịch vụ tiện ích phải chấp nhận Visa® và là nhà cung cấp dịch vụ tiện ích được công nhận. Chi phí dịch vụ tiện ích phải được thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp bằng thẻ. Lưu ý: Không phải tất cả các nhà cung cấp dịch vụ tiện ích đều chấp nhận Extra Benefits Card.	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho Ví hỗ trợ thêm. Ví Hỗ Trợ Bổ Sung chỉ có thể được sử dụng tại các cửa hàng bán lẻ tham gia được ủy quyền và trực tuyến hoặc qua điện thoại thông qua CVS Flex Benefits.
<i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i>	

Quyền lợi	Những gì quý vị phải trả khi quý vị nhận được các dịch vụ này
Ví Hỗ Trợ Bổ Sung (tiếp theo) - Các sản phẩm chăm sóc cá nhân bao gồm khăn giấy, dầu gội, xà phòng, v.v. - Các sản phẩm chăm sóc cá nhân được phê duyệt có thể được mua tại các cửa hàng bán lẻ tham gia được ủy quyền, bao gồm các địa điểm bán lẻ CVS® (không bao gồm các địa điểm nằm bên trong các cửa hàng khác), trực tuyến tại CVS.com/Aetna, bằng ứng dụng CVS Flex Benefits và qua điện thoại theo số 1-844-428-8147 (TTY: 711). Tính đủ điều kiện của quý vị cho ví này phải được xác định trước ngày thứ 15 của tháng để nhận được số tiền quyền lợi cho tháng đó. Nếu điều kiện hội đủ được xác định sau ngày thứ 15 của tháng, số tiền trợ cấp sẽ có sẵn vào tháng tiếp theo. Tiếp theo đó, với mỗi tháng quý vị hội đủ điều kiện, số tiền quyền lợi sẽ có sẵn trên Thẻ Quyền lợi Bổ sung Aetna Medicare vào ngày đầu tiên của mỗi tháng. Hãy chắc chắn sử dụng toàn bộ số tiền trợ cấp mỗi tháng, vì bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo cũng như không được chuyển sang năm chương trình tiếp theo. Không áp dụng ngoại lệ đối với việc cộng thêm tiền hoặc số tiền chưa sử dụng vào thẻ của quý vị. Quan trọng: Aetna không chịu trách nhiệm về các khoản phí liên quan đến việc thanh toán tiện ích trễ. Tất cả các sản phẩm và dịch vụ đều phải chịu thuế (tùy thuộc vào tiểu bang của quý vị). Số dư thẻ của quý vị sẽ được sử dụng để trang trải thuế. Nếu số tiền trên thẻ của quý vị không đủ để thanh toán tổng chi phí mua hàng, bao gồm cả thuế, quý vị có trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch bằng một hình thức thanh toán khác. Để biết thêm thông tin về Thẻ Quyền lợi Bổ Sung của Medicare Aetna, hãy xem phần Thẻ Quyền lợi Bổ Sung của Medicare Aetna trong Chương 4.	

2027 DentaQuest Enhanced Wrap VA
Bảng Quyền Lợi Nha Khoa

Chương trình của chúng tôi hợp tác với DentaQuest Dental để cung cấp các quyền lợi nha khoa của quý vị. Xin lưu ý rằng một số dịch vụ yêu cầu đánh giá lâm sàng để được cho phép trước trước khi điều trị. Các dịch vụ này được đánh giá lâm sàng để xác định xem chúng có được chỉ định và phù hợp dựa trên các tiêu chuẩn ngành hay không và chúng có đáp ứng các Tiêu chí và Hướng dẫn Lâm sàng của DentaQuest hay không. Bất kỳ điều trị nào, theo ý kiến của Giám đốc Nha khoa của DentaQuest, là không cần thiết hoặc không đáp ứng các tiêu chí của chương trình sẽ không được bao trả. Nếu sự cho phép trước bị từ chối, dịch vụ sẽ không được bao trả và quý vị sẽ chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí liên quan. Các thủ thuật nha khoa vì lý do thẩm mỹ sẽ không được bao trả. Bảo hiểm chỉ dành cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi. Nếu một dịch vụ không được liệt kê nghĩa là dịch vụ đó không được bao gồm và không

được bao trả. Để tìm nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên của DentaQuest theo số **1-800-516-2551** (TTY: **711**) hoặc tìm kiếm danh mục nhà cung cấp trực tuyến của DentaQuest tại <https://www.dentaquest.com/en/find-a-dentist>. Quý vị nên làm việc với nha sĩ trong mạng lưới của mình để kiểm tra bảo hiểm quyền lợi trước khi nhận các dịch vụ nha khoa. Nếu quý vị chọn sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, các dịch vụ quý vị nhận được sẽ không được bảo hiểm. Các giới hạn và loại trừ bổ sung được liệt kê bên dưới Bảng Quyền Lợi.

**Quyền Lợi Tối Đa Hàng Năm \$3,000
 \$0 Khoản Khấu Trừ**

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D0160	đánh giá răng miệng chi tiết và rộng rãi – tập trung vào vấn đề, bằng báo cáo	\$0	Không	Hai lần mỗi năm dương lịch (D0160, D0180)
D0171	đánh giá lại – thăm khám tại phòng mạch sau phẫu thuật	\$0	Không	Không áp dụng
D0180	đánh giá nha chu toàn diện – bệnh nhân mới hoặc bệnh nhân lâu năm	\$0	Không	Hai lần mỗi năm dương lịch (D0160, D0180)
D0190	khám sàng lọc bệnh nhân	\$0	Không	Không áp dụng
D0191	đánh giá bệnh nhân	\$0	Không	Không áp dụng
D0273	cánh cản – ba hình ảnh X quang	\$0	Không	Một bộ D0270-D0274, D0277 hoặc D0373 mỗi năm dương lịch
D0277	cánh cản dọc – 7 đến 8 hình ảnh X quang	\$0	Không	Một bộ D0270-D0274, D0277 hoặc D0373 mỗi năm dương lịch
D0310	chụp X quang tuyến nước bọt	\$0	Không	Không áp dụng
D0320	chụp khớp thái dương hàm, bao gồm tiêm	\$0	Không	Không áp dụng
D0321	hình ảnh X quang khớp thái dương hàm khác, theo báo cáo	\$0	Không	Không áp dụng
D0322	khảo sát chụp cắt lớp	\$0	Không	Không áp dụng
D0340	hình ảnh X quang sọ mặt 2D – thu nhận, đo lường và phân tích	\$0	Không	Không áp dụng
D0350	hình ảnh chụp miệng/mặt 2D thu được trong miệng hoặc ngoài miệng	\$0	Không	Không áp dụng
D0364	chụp và diễn giải CT chùm tia hình nón với trường nhìn hạn chế – ít hơn một hàm toàn bộ	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D0365	chụp và giải thích CT chùm hình nón với trường nhìn của một vòm răng đầy đủ – bắt buộc	\$0	Không	Không áp dụng
D0366	chụp và giải thích CT chùm hình nón với trường nhìn của một vòm răng đầy đủ – xương hàm trên, có hoặc không có hộp sọ	\$0	Không	Không áp dụng
D0367	chụp và giải thích CT chùm hình nón với trường nhìn của cả hai hàm; có hoặc không có hộp sọ	\$0	Không	Không áp dụng
D0368	chụp và giải thích CT chùm hình nón cho loạt TMJ bao gồm hai hoặc nhiều lần phơi sáng	\$0	Không	Không áp dụng
D0369	chụp và giải thích MRI hàm mặt	\$0	Không	Không áp dụng
D0370	chụp và giải thích siêu âm hàm mặt	\$0	Không	Không áp dụng
D0371	chụp và giải thích nội soi tuyến nước bọt	\$0	Không	Không áp dụng
D0380	chụp ảnh CT chùm tia hình nón với trường nhìn hạn chế – ít hơn một hàm	\$0	Không	Không áp dụng
D0381	chụp ảnh CT chùm hình nón với trường nhìn của một vòm răng đầy đủ – bắt buộc	\$0	Không	Không áp dụng
D0382	chụp ảnh CT chùm tia hình nón với trường nhìn của một vòm răng đầy đủ – xương hàm trên, có hoặc không có hộp sọ	\$0	Không	Không áp dụng
D0383	chụp ảnh CT chùm hình nón với trường nhìn của cả hai hàm; có hoặc không có hộp sọ	\$0	Không	Không áp dụng
D0384	chụp ảnh CT chùm hình nón cho loạt TMJ bao gồm hai hoặc nhiều phơi sáng	\$0	Không	Không áp dụng
D0385	chụp ảnh MRI hàm mặt	\$0	Không	Không áp dụng
D0386	chụp ảnh siêu âm hàm mặt	\$0	Không	Không áp dụng
D0387	chụp cắt lớp trong miệng – loạt hình ảnh X quang toàn diện – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0388	chụp cắt lớp trong miệng – chụp X quang chân răng – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0389	chụp cắt lớp trong miệng – Hình ảnh X quang quanh đỉnh – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0391	giải thích hình ảnh chẩn đoán của một người hành nghề không liên quan đến việc chụp ảnh, bao gồm cả báo cáo	\$0	Không	Không áp dụng
D0393	mô phỏng xử lý ảo bằng cách sử dụng 3khối lượng hình ảnh D hoặc quét bề mặt	\$0	Không	Không áp dụng
D0394	xóa nền kỹ thuật số của hai hoặc nhiều hình ảnh hoặc khối lượng hình ảnh có cùng phương thức	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D0395	hợp nhất hai tập ảnh 3D trở lên của một hoặc nhiều phương thức	\$0	Không	Không áp dụng
D0396	in 3D của quét bề mặt nha khoa 3D	\$0	Không	Không áp dụng
D0411	HbA1c tại văn phòng điểm dịch vụ xét nghiệm	\$0	Không	Không áp dụng
D0412	kiểm tra mức đường huyết – tại văn phòng bằng máy đo đường huyết	\$0	Không	Không áp dụng
D0414	xử lý mẫu vi sinh vật trong phòng thí nghiệm bao gồm nuôi cấy và nghiên cứu độ nhạy, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0	Không	Không áp dụng
D0415	thu thập vi sinh vật để nuôi cấy và độ nhạy	\$0	Không	Không áp dụng
D0416	nuôi cấy vi-rút	\$0	Không	Không áp dụng
D0417	thu thập và chuẩn bị mẫu nước bọt để phân tích trong phòng thí nghiệm	\$0	Không	Không áp dụng
D0418	phân tích mẫu nước bọt – phòng thí nghiệm	\$0	Không	Không áp dụng
D0419	đánh giá lưu lượng nước bọt bằng cách đo	\$0	Không	Không áp dụng
D0422	thu thập và chuẩn bị vật liệu mẫu di truyền để phân tích và báo cáo trong phòng thí nghiệm	\$0	Không	Không áp dụng
D0423	phân tích vật liệu mẫu di truyền để xác định tính nhạy cảm với bệnh – phòng xét nghiệm	\$0	Không	Không áp dụng
D0425	xét nghiệm độ nhạy cảm sâu răng	\$0	Không	Không áp dụng
D0431	xét nghiệm tiền chẩn đoán hỗ trợ phát hiện các bất thường về niêm mạc bao gồm tổn thương tiền ác tính và ác tính, không bao gồm các thủ thuật tế bào học hoặc sinh thiết	\$0	Không	Không áp dụng
D0460	xét nghiệm tử	\$0	Không	Không áp dụng
D0470	phôi chẩn đoán	\$0	Không	Không áp dụng
D0472	nhận mô, kiểm tra tổng thể, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0	Không	Không áp dụng
D0473	nhận mô, kiểm tra tổng thể và dưới kính hiển vi, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0	Không	Không áp dụng
D0474	nhận mô, kiểm tra tổng thể và dưới kính hiển vi, bao gồm đánh giá biên độ phẫu thuật cho sự hiện diện của bệnh, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0	Không	Không áp dụng
D0475	quy trình khử vôi	\$0	Không	Không áp dụng
D0476	nhuộm đặc biệt cho vi sinh vật	\$0	Không	Không áp dụng
D0477	nhuộm đặc biệt, không dành cho vi sinh vật	\$0	Không	Không áp dụng
D0478	nhuộm hóa mô miễn dịch	\$0	Không	Không áp dụng
D0479	lai mô tại chỗ, bao gồm cả diễn giải	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D0480	nhận xét nghiệm tế bào học phết mẫu bong tróc, kiểm tra bằng kính hiển vi, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0	Không	Không áp dụng
D0481	kính hiển vi điện tử	\$0	Không	Không áp dụng
D0482	miễn dịch huỳnh quang trực tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D0483	miễn dịch huỳnh quang gián tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D0484	tham vấn về các slide được chuẩn bị ở nơi khác	\$0	Không	Không áp dụng
D0485	tham vấn, bao gồm chuẩn bị các slide từ tài liệu sinh thiết được cung cấp bởi nguồn giới thiệu	\$0	Không	Không áp dụng
D0486	nhận mẫu tế bào học xuyên biểu mô phòng thí nghiệm, kiểm tra bằng kính hiển vi, chuẩn bị và truyền báo cáo bằng văn bản	\$0	Không	Không áp dụng
D0502	các thủ thuật bệnh lý răng miệng khác, theo báo cáo	\$0	Không	Không áp dụng
D0600	quy trình chẩn đoán không ion hóa có khả năng định lượng, theo dõi và ghi lại những thay đổi về cấu trúc của men răng, ngà răng và xương răng	\$0	Không	Không áp dụng
D0601	đánh giá rủi ro sâu răng và tài liệu, với phát hiện rủi ro thấp	\$0	Không	Không áp dụng
D0602	đánh giá rủi ro sâu răng và tài liệu, với phát hiện rủi ro vừa phải	\$0	Không	Không áp dụng
D0603	đánh giá rủi ro sâu răng và tài liệu, với phát hiện về rủi ro cao	\$0	Không	Không áp dụng
D0604	xét nghiệm kháng nguyên đối với mầm bệnh liên quan đến sức khỏe cộng đồng, bao gồm cả vi-rút corona	\$0	Không	Không áp dụng
D0605	xét nghiệm kháng thể đối với mầm bệnh liên quan đến sức khỏe cộng đồng, bao gồm cả vi-rút corona	\$0	Không	Không áp dụng
D0701	hình ảnh X quang toàn cảnh – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0702	hình ảnh X quang đo lường sọ mặt 2-D – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0703	hình ảnh chụp ảnh miệng/mặt 2-D thu được trong miệng hoặc ngoài miệng – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0705	hình ảnh X quang nha khoa sau ngoài miệng – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0706	hình ảnh X quang trong miệng – cắn – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D0707	hình ảnh X quang trong miệng – quanh đỉnh – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0708	hình ảnh X quang trong miệng – cắn – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0709	loạt hình ảnh X quang trong miệng – toàn diện – chỉ chụp ảnh	\$0	Không	Không áp dụng
D0801	chụp bề mặt trong miệng 3D – trực tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D0802	chụp bề mặt răng 3D – gián tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D0803	chụp bề mặt khuôn mặt 3D – trực tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D0804	chụp bề mặt khuôn mặt 3D – gián tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D1301	tư vấn tiêm chủng	\$0	Không	Không áp dụng
D1310	tư vấn dinh dưỡng để kiểm soát bệnh răng miệng	\$0	Không	Không áp dụng
D1320	tư vấn thuốc lá để kiểm soát và phòng ngừa bệnh răng miệng	\$0	Không	Không áp dụng
D1321	tư vấn để kiểm soát và phòng ngừa các ảnh hưởng xấu đến sức khỏe răng miệng, hành vi và hệ thống liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện có nguy cơ cao	\$0	Không	Không áp dụng
D1330	hướng dẫn vệ sinh răng miệng	\$0	Không	Không áp dụng
D1353	sửa chữa keo – mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D1354	bôi thuốc làm ngừng tiến triển sâu răng mà không can thiệp phẫu thuật – mỗi răng	\$0	Không	
D1355	bôi thuốc – phòng ngừa ban đầu hoặc tái khoáng hóa mà không can thiệp phẫu thuật; mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D2410	lá vàng – một bề mặt	\$0	Không	Không áp dụng
D2420	lá vàng – hai bề mặt	\$0	Không	Không áp dụng
D2430	lá vàng – ba bề mặt	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D2510	dát – kim loại – một bề mặt	\$0	Không	Một lần mỗi răng trong mỗi 5 năm Mã D2510-D2664
D2520	dát – kim loại – hai bề mặt	\$0	Không	
D2530	dát – kim loại – ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D2542	lớp phủ – kim loại – hai bề mặt	\$0	Không	
D2543	lớp phủ – kim loại – ba bề mặt	\$0	Không	
D2544	lớp phủ – kim loại – bốn bề mặt trở lên	\$0	Không	
D2610	dát – sứ/gốm – một bề mặt	\$0	Không	
D2620	dát – sứ/gốm – hai bề mặt	\$0	Không	
D2630	dát – sứ/gốm – ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D2642	lớp phủ – sứ/gốm – hai bề mặt	\$0	Không	
D2643	lớp phủ – sứ/gốm – ba bề mặt	\$0	Không	
D2644	lớp phủ – sứ/gốm – bốn bề mặt trở lên	\$0	Không	
D2650	lớp phủ – composite gốc nhựa – một bề mặt	\$0	Không	
D2651	lớp phủ – composite gốc nhựa – hai bề mặt	\$0	Không	
D2652	lớp phủ – composite gốc nhựa – ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D2662	lớp phủ – composite gốc nhựa – hai bề mặt	\$0	Không	
D2663	lớp phủ – composite gốc nhựa – ba bề mặt	\$0	Không	
D2664	lớp phủ – composite gốc nhựa – bốn bề mặt trở lên	\$0	Không	
D2710	mão răng – Composite gốc nhựa (gián tiếp)	\$0	Không	Một lần mỗi răng trong mỗi 5 năm Mã D2710-D2722, D2753-D2783
D2712	mão răng – 3/4 hỗn hợp gốc nhựa (gián tiếp)	\$0	Không	
D2720	mão răng – nhựa có kim loại quý cao	\$0	Không	
D2721	mão răng – nhựa với chủ yếu là kim loại cơ bản	\$0	Không	
D2722	mão răng – nhựa với kim loại quý	\$0	Không	Một lần mỗi răng trong mỗi 5 năm Mã D2710-D2722, D2753-D2783
D2753	mão răng – sứ bọc hợp kim titan và titan	\$0	Không	
D2780	mão răng – 3/4 đúc kim loại quý cao	\$0	Không	
D2781	mão răng – 3/4 đúc chủ yếu là kim loại cơ bản	\$0	Không	
D2782	mão răng – 3/4 đúc kim loại quý	\$0	Không	
D2783	mão răng – 3/4 sứ/gốm sứ	\$0	Không	Không áp dụng
D2799	mão răng tạm thời – điều trị thêm hoặc hoàn thành chẩn đoán cần thiết trước khi lấy dấu sau cùng	\$0	Không	
D2910	gắn lại hoặc cố định lại dát, lớp phủ, veneer hoặc phục hồi lớp phủ một phần	\$0	Không	Một lần cho mỗi răng trong mỗi năm dương lịch Mã D2910-D2915
D2915	gắn lại hoặc cố định lại trụ và lõi được chế tạo gián tiếp hoặc đúc sẵn	\$0	Không	

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D2921	gắn lại mảnh răng, cạnh răng cửa hoặc đỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D2949	nền tảng phục hồi cho một sự phục hồi gián tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D2953	mỗi chốt phục hình gián tiếp bổ sung – cùng một răng	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi năm năm
D2955	gỡ trụ	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi năm năm
D2956	loại bỏ một phục hồi gián tiếp trên một răng tự nhiên	\$0	Không	Không áp dụng
D2957	mỗi trụ đúc sẵn bổ sung – cùng một răng	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi năm năm
D2960	veneer phía môi (nhựa laminate) – trực tiếp	\$0	Không	Một lần cho mỗi răng trong mỗi năm năm Mã D2960-D5962
D2961	veneer phía môi (nhựa laminate) – gián tiếp	\$0	Không	
D2962	veneer phía môi (laminate sứ) – gián tiếp	\$0	Không	
D2971	các thủ thuật bổ sung để tùy chỉnh mào răng cho phù hợp với khung răng giả một phần hiện có	\$0	Không	Không áp dụng
D2975	chốt lấy dấu	\$0	Không	Không áp dụng
D2976	ổn định band niềng răng – mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D2980	sửa chữa mào răng cần thiết do hỏng hóc vật liệu phục hồi	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi năm
D2981	sửa chữa dát cần thiết do hỏng hóc vật liệu phục hồi	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi năm
D2982	sửa chữa lớp phủ cần thiết do hỏng hóc vật liệu phục hồi	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi năm
D2983	sửa chữa veneer cần thiết do hỏng hóc vật liệu phục hồi	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi năm
D2989	nhổ răng dẫn đến việc xác định không thể phục hồi	\$0	Không	Không áp dụng
D2990	thẩm thấu nhựa của các tổn thương bề mặt nhẵn mới chớm	\$0	Không	Không áp dụng
D3220	phẫu thuật cắt bỏ tủy điều trị (không bao gồm phục hồi cuối cùng) – loại bỏ vành tủy đến đường giao xi măng-ngà và áp dụng thuốc	\$0	Không	Không áp dụng
D3222	cắt bỏ một phần tủy để kích tạo chóp – răng vỉnh viễn có chân răng phát triển chưa hoàn chỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D3331	điều trị tắc nghẽn ống chân răng; tiếp cận không phẫu thuật	\$0	Không	Không áp dụng
D3332	điều trị nội nha không đầy đủ; răng không thể phẫu thuật, không thể phục hồi hoặc răng gãy	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D3333	sửa chữa chân răng bên trong của các khiếm khuyết do đục thủng	\$0	Không	Không áp dụng
D3346	điều trị lại liệu pháp ống tủy trước đó – răng trước	\$0	Không	Một lần cho mỗi răng trong suốt đời Mã D3346-D3348
D3347	điều trị lại liệu pháp ống tủy trước đó – răng tiền hàm	\$0	Không	
D3348	điều trị lại liệu pháp ống tủy trước đó – răng hàm	\$0	Không	
D3351	đóng chóp/bù vôi – thăm khám ban đầu (đóng đỉnh/sửa chữa canxi hóa các lỗ thủng, tái hấp thu chân răng, v.v.)	\$0	Không	Không áp dụng
D3352	đóng chóp/bù vôi – thay thế thuốc tạm thời	\$0	Không	Không áp dụng
D3353	tạo chóp/tái vôi hóa – lần thăm khám cuối cùng (bao gồm hoàn tất điều trị ống tủy – đóng chóp/sửa chữa vôi hóa các lỗ thủng, tiêu chân răng, v.v.)	\$0	Không	Không áp dụng
D3355	tái tạo tủy – thăm khám ban đầu	\$0	Không	Không áp dụng
D3356	tái tạo tủy – thay thế thuốc tạm thời	\$0	Không	Không áp dụng
D3357	tái tạo tủy – hoàn thành điều trị	\$0	Không	Không áp dụng
D3410	phẫu thuật cắt cuống răng – phía trước	\$0	Không	Không áp dụng
D3421	phẫu thuật cắt cuống răng – răng tiền hàm (ống tủy đầu tiên)	\$0	Không	Không áp dụng
D3425	phẫu thuật cắt cuống răng – răng hàm (ống tủy đầu tiên)	\$0	Không	Không áp dụng
D3426	phẫu thuật cắt cuống răng (mỗi ống tủy bổ sung)	\$0	Không	Không áp dụng
D3428	ghép xương kết hợp với phẫu thuật quanh chân răng – mỗi răng, một vị trí	\$0	Không	Không áp dụng
D3429	ghép xương kết hợp với phẫu thuật quanh chân răng – mỗi răng liền kề bổ sung trong cùng một vị trí phẫu thuật	\$0	Không	Không áp dụng
D3430	trám ngược – mỗi ống tủy	\$0	Không	Không áp dụng
D3431	vật liệu sinh học để hỗ trợ tái tạo mô mềm và xương kết hợp với phẫu thuật quanh chân răng	\$0	Không	Không áp dụng
D3432	tái tạo mô có hướng dẫn, hàng rào có thể tái hấp thu, mỗi vị trí, kết hợp với phẫu thuật quanh chân răng	\$0	Không	Không áp dụng
D3450	cắt chân răng – mỗi ống tủy	\$0	Không	Không áp dụng
D3470	cấy lại có chủ đích (bao gồm cả nẹp cần thiết)	\$0	Không	Không áp dụng
D3471	phẫu thuật sửa chữa tái hấp thu ống tủy – phía trước	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D3472	phẫu thuật sửa chữa tái hấp thu ống tủy – răng tiền hàm	\$0	Không	Không áp dụng
D3473	phẫu thuật sửa chữa tái hấp thu ống tủy – răng hàm	\$0	Không	Không áp dụng
D3501	phẫu thuật làm lộ bề mặt chân răng mà không cần cắt bỏ cuống chân răng hoặc sửa chữa tái hấp thu ống tủy – phía trước	\$0	Không	Không áp dụng
D3502	phẫu thuật làm lộ bề mặt chân răng mà không cần cắt bỏ cuống chân răng hoặc sửa chữa tái hấp thu ống tủy – răng tiền hàm	\$0	Không	Không áp dụng
D3503	phẫu thuật làm lộ bề mặt chân răng mà không cần cắt bỏ cuống chân răng hoặc sửa chữa tái hấp thu ống tủy – răng hàm	\$0	Không	Không áp dụng
D3910	thủ thuật phẫu thuật cách ly răng bằng đập cao su	\$0	Không	Không áp dụng
D3920	cắt một nửa (bao gồm cả nhổ chân răng), không bao gồm điều trị ống chân răng	\$0	Không	Không áp dụng
D3921	cắt thân răng hoặc nhấn chìm răng nhú	\$0	Không	Không áp dụng
D3950	chuẩn bị ống tủy răng và lấp chốt hoặc trụ được tạo hình sẵn	\$0	Không	Không áp dụng
D4212	phẫu thuật cắt bỏ mô nướu hoặc phẫu thuật nướu để cho phép tiếp cận với thủ thuật phục hồi, trên mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D4230	làm lộ mào răng – bốn hoặc nhiều răng liền kề nhau hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D4231	làm lộ mào răng – một đến ba răng hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D4240	thủ thuật vạt nướu, bao gồm nạo chân răng – bốn hoặc nhiều răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D4241	thủ thuật vạt nướu, bao gồm nạo chân răng – một đến ba răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D4245	vạt được định vị ở đỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D4249	làm dài thân răng lâm sàng – mô cứng	\$0	Không	Không áp dụng
D4260	phẫu thuật xương (bao gồm cả độ cao của vạt và đóng khoảng có độ dày đầy đủ) – bốn hoặc nhiều răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D4261	phẫu thuật xương (bao gồm cả độ cao của vạt và đóng khoảng có độ dày đầy đủ) – một đến ba răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D4263	ghép thay thế xương – răng tự nhiên được giữ lại – vị trí đầu tiên ở góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D4264	ghép thay thế xương – răng tự nhiên được giữ lại – mỗi vị trí bổ sung trong góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D4265	vật liệu sinh học để hỗ trợ tái tạo mô mềm và xương, trên mỗi vị trí	\$0	Không	Không áp dụng
D4266	tái tạo mô có hướng dẫn, răng tự nhiên – hàng rào có thể tái hấp thu, trên mỗi vị trí	\$0	Không	Không áp dụng
D4267	tái tạo mô có hướng dẫn, răng tự nhiên – hàng rào không thể tái hấp thu, trên mỗi địa điểm	\$0	Không	Không áp dụng
D4268	thủ thuật chỉnh sửa phẫu thuật, mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D4270	thủ thuật ghép mô mềm cuống nhỏ	\$0	Không	Không áp dụng
D4273	thủ thuật ghép mô liên kết tự sinh (bao gồm cả vị trí phẫu thuật của người cho và người nhận) răng đầu tiên, răng implant, hoặc vị trí răng bị mất trong ghép	\$0	Không	Không áp dụng
D4274	thủ thuật nệm trung bình/xạ, răng đơn (khi không được thực hiện cùng với các thủ thuật phẫu thuật trong cùng một khu vực giải phẫu)	\$0	Không	Không áp dụng
D4275	ghép mô liên kết không tự sinh (bao gồm cả vị trí người nhận và vật liệu của người cho) răng đầu tiên, răng implant, hoặc vị trí răng bị mất trong ghép	\$0	Không	Không áp dụng
D4276	mô liên kết kết hợp và ghép cuống, mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D4277	thủ thuật ghép mô mềm miễn phí (bao gồm cả vị trí phẫu thuật của người nhận và người cho) răng đầu tiên, răng implant hoặc vị trí răng bị mất trong ghép	\$0	Không	Không áp dụng
D4278	thủ thuật ghép mô mềm miễn phí (bao gồm cả vị trí phẫu thuật của người nhận và người cho) mỗi vị trí răng liền kề, răng implant hoặc vị trí răng bị mất bổ sung trong cùng một vị trí ghép	\$0	Không	Không áp dụng
D4283	thủ thuật ghép mô liên kết tự sinh (bao gồm các vị trí phẫu thuật của người cho và người nhận) – mỗi vị trí răng liền kề, răng implant hoặc vị trí răng bị mất bổ sung trong cùng một vị trí ghép	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D4285	thủ thuật ghép mô liên kết không tự sinh (bao gồm cả vị trí phẫu thuật của người nhận và vật liệu của người hiến) – mỗi vị trí răng liền kề, răng implant hoặc vị trí răng bị mất bổ sung trong cùng một vị trí ghép	\$0	Không	Không áp dụng
D4286	loại bỏ hàng rào không thể tái hấp thu	\$0	Không	Không áp dụng
D4322	nẹp – trong vành nhậ hoa; răng tự nhiên hoặc mảo răng giả	\$0	Không	Không áp dụng
D4323	nẹp – ngoài vành nhậ hoa; răng tự nhiên hoặc mảo răng giả	\$0	Không	Không áp dụng
D4324	sửa chữa nẹp cố định – ngoài vành nhậ hoa; răng tự nhiên hoặc mảo răng giả	\$0	Không	Không áp dụng
D4325	sửa chữa nẹp cố định – ngoài vành nhậ hoa; răng tự nhiên hoặc mảo răng giả	\$0	Không	Không áp dụng
D4326	tháo nẹp cố định – trong thân răng; răng tự nhiên hoặc mảo răng giả; không bao gồm sửa chữa các khiếm khuyết phát sinh	\$0	Không	Không áp dụng
D4327	tháo nẹp cố định – ngoài thân răng; răng tự nhiên hoặc mảo răng giả	\$0	Không	Không áp dụng
D4381	phân phối cục bộ các chất kháng khuẩn thông qua một phương tiện giải phóng có kiểm soát vào mô rãnh nướu bị bệnh, trên mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D4920	thay băng đột xuất (bởi người nào đó không phải là nha sĩ điều trị hoặc nhân viên của họ)	\$0	Không	Không áp dụng
D4921	tưới nướu bằng một tác nhân thuốc – mỗi góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D5221	răng giả một phần hàm trên tức thì – nhựa resin (bao gồm vật liệu chăm sóc/kẹp, phần tựa và răng)	\$0	Không	Một lần cho mỗi cung hàm trong vòng năm năm. Mã D5221-D5226, D5282-D5286
D5222	răng giả một phần hàm dưới tức thì – nhựa resin (bao gồm cả vật liệu chăm sóc/kẹp, phần tựa và răng)	\$0	Không	
D5223	răng giả một phần hàm trên tức thì – khung kim loại đúc với đế răng giả nhựa (bao gồm vật liệu chăm sóc/kẹp, phần tựa và răng)	\$0	Không	
D5224	răng giả một phần hàm dưới tức thì – khung kim loại đúc với đế răng giả bằng nhựa (bao gồm vật liệu chấp/kẹp, phần tựa và răng)	\$0	Không	
D5225	răng giả một phần hàm trên – để linh hoạt (bao gồm vật liệu chấp/kẹp, phần tựa và răng)	\$0	Không	
D5226	răng giả bán phần hàm dưới – để linh hoạt (bao gồm vật liệu chấp/kẹp, phần tựa và răng)	\$0	Không	

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D5227	răng giả một phần hàm trên tức thì – để linh hoạt (bao gồm bất kỳ móc cài, phần tựa và răng)	\$0	Không	Không áp dụng
D5228	hàm giả bán phần hàm dưới tức thì – nền mềm dẻo (bao gồm mọi móc, tựa và răng)	\$0	Không	Không áp dụng
D5282	hàm giả bán phần tháo lắp một bên – kim loại đúc nguyên khối (bao gồm vật liệu lưu giữ/ móc, tựa và răng), hàm trên	\$0	Không	Một lần cho mỗi cung hàm trong vòng năm năm. Mã D5221-D5226, D5282-D5286
D5283	hàm giả bán phần tháo lắp một bên – kim loại đúc nguyên khối (bao gồm vật liệu lưu giữ/ móc, tựa và răng), hàm dưới	\$0	Không	
D5284	hàm giả bán phần tháo lắp một bên – nền mềm dẻo nguyên khối (bao gồm vật liệu lưu giữ/móc, tựa và răng) – mỗi góc phần tư	\$0	Không	
D5286	răng giả một phần một phía có thể tháo rời – nhựa một mảnh (bao gồm vật liệu chấp lại/ kẹp, phần tựa và răng) – mỗi góc phần tư	\$0	Không	
D5410	Điều chỉnh răng giả toàn bộ – hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5411	điều chỉnh răng giả toàn bộ – hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5421	điều chỉnh răng giả một phần – hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5422	điều chỉnh răng giả một phần – hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5611	sửa chữa nhựa để răng giả một phần, hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5612	sửa chữa nhựa để răng giả một phần, hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5621	sửa chữa khuôn đúc một phần, hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5622	sửa chữa khuôn đúc một phần, hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5630	sửa chữa hoặc thay thế vật liệu kẹp răng bị hỏng – mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D5660	thêm móc cài vào răng giả một phần hiện có – mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D5670	thay thế tất cả các răng và acrylic trên khung kim loại đúc (hàm trên)	\$0	Không	Không áp dụng
D5671	thay thế tất cả răng và acrylic trên khung kim loại đúc (hàm dưới)	\$0	Không	Không áp dụng
D5710	phục hình răng giả hàm trên hoàn chỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D5711	phục hình răng giả hàm dưới hoàn chỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D5720	phục hình răng giả một phần hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5721	phục hình răng giả một phần hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5725	phục hình lại	\$0	Không	Không áp dụng
D5740	lót lại hàm trên răng giả một phần (trực tiếp)	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D5741	lót lại hàm dưới răng giả bán phần (trực tiếp)	\$0	Không	Không áp dụng
D5760	lót lại hàm trên răng giả một phần (gián tiếp)	\$0	Không	Không áp dụng
D5761	lót lại hàm dưới răng giả bán phần (gián tiếp)	\$0	Không	Không áp dụng
D5765	lớp lót mềm cho răng giả tháo lắp hoàn toàn hoặc một phần – gián tiếp	\$0	Không	Không áp dụng
D5810	răng giả toàn bộ tạm thời (hàm trên)	\$0	Không	Không áp dụng
D5811	răng giả toàn bộ tạm thời (hàm dưới)	\$0	Không	Không áp dụng
D5820	hàm giả bán phần tạm thời (bao gồm vật liệu lưu giữ/móc, tựa và răng), hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5821	hàm giả bán phần tạm thời (bao gồm vật liệu lưu giữ/móc, tựa và răng), hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5850	ổn định mô, hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5851	ổn định mô, hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5859	Đặt Trụ Đỡ Bán Chính Xác – Răng Tự Nhiên	\$0	Không	Không áp dụng
D5862	mẫu chỉnh nha kim loại, theo báo cáo	\$0	Không	Không áp dụng
D5863	hàm tháo lắp – hàm trên hoàn chỉnh – răng tự nhiên	\$0	Không	Không áp dụng
D5864	hàm tháo lắp – hàm trên một phần – răng tự nhiên	\$0	Không	Không áp dụng
D5865	hàm tháo lắp – hàm dưới hoàn chỉnh – răng tự nhiên	\$0	Không	Không áp dụng
D5866	hàm tháo lắp – hàm dưới một phần – răng tự nhiên	\$0	Không	Không áp dụng
D5867	thay thế bộ phận có thể thay thế của mẫu chỉnh nha kim loại hoặc nhựa của bộ phận giả do răng tự nhiên, cho mỗi mẫu chỉnh nha	\$0	Không	Không áp dụng
D5876	thêm cấu trúc phụ kim loại vào răng giả hoàn chỉnh acrylic – mỗi cung	\$0	Không	Không áp dụng
D5991	chất dẫn thuốc cho bệnh mụn nước	\$0	Không	Không áp dụng
D5992	điều chỉnh thiết bị giả hàm mặt, theo báo cáo	\$0	Không	Không áp dụng
D5993	làm sạch phục hình hàm mặt (ngoài miệng hoặc trong miệng), theo báo cáo	\$0	Không	Không áp dụng
D5995	khay mang thuốc có viên kín ngoại vi – xử lý tại phòng xét nghiệm – hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D5996	khay mang thuốc có viên kín ngoại vi – xử lý tại phòng xét nghiệm – hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D5998	Sửa Chữa Phục Hình Hàm Mặt, Theo Báo Cáo	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D6205	cầu răng – hỗn hợp nhựa gián tiếp	\$0	Không	Một lần cho mỗi răng trong mỗi năm năm Mã D6205-D6252
D6210	cầu răng – đúc kim loại quý cao	\$0	Không	
D6211	cầu răng – đúc chủ yếu là kim loại cơ bản	\$0	Không	
D6212	cầu răng – kim loại quý đúc	\$0	Không	
D6214	cầu răng – hợp kim titan và titan	\$0	Không	
D6240	cầu răng – sứ bọc kim loại quý cao	\$0	Không	
D6241	cầu răng – sứ bọc kim loại cơ bản chủ yếu	\$0	Không	
D6242	cầu răng – sứ bọc kim loại quý	\$0	Không	
D6243	cầu răng – sứ bọc hợp kim titan và titan	\$0	Không	
D6245	cầu răng – sứ/gốm	\$0	Không	
D6250	cầu răng – nhựa có kim loại quý cao	\$0	Không	
D6251	cầu răng – nhựa với kim loại cơ bản chủ yếu	\$0	Không	
D6252	cầu răng – nhựa với kim loại quý	\$0	Không	
D6253	cầu răng tạm thời – điều trị thêm hoặc hoàn thành chẩn đoán cần thiết trước khi lấy dấu sau cùng	\$0	Không	Không áp dụng
D6545	hàm giữ – kim loại đúc cho bộ phận giả cố định ngoại quan bằng nhựa	\$0	Không	Một lần mỗi răng trong mỗi 5 năm Mã D6545, D6548 hoặc D6720-D6792
D6548	hàm giữ – sứ/gốm cho bộ phận giả cố định ngoại quan bằng nhựa	\$0	Không	
D6549	hàm giữ – bộ phận giả cố định liên kết nhựa	\$0	Không	Không áp dụng
D6600	hàm giữ inlay – sứ/gốm, hai bề mặt	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D6601	hàm giữ inlay – sứ/gốm, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	Một lần cho mỗi răng trong mỗi năm năm Mã D6601-D6634
D6602	hàm giữ inlay – đúc kim loại quý cao, hai bề mặt	\$0	Không	
D6603	hàm giữ inlay – đúc kim loại quý cao, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D6604	hàm giữ inlay – đúc chủ yếu là kim loại cơ bản, hai bề mặt	\$0	Không	
D6605	hàm giữ inlay – đúc chủ yếu là kim loại cơ bản, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D6606	hàm giữ inlay – đúc kim loại quý, hai bề mặt	\$0	Không	
D6607	hàm giữ inlay – đúc kim loại quý, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D6608	hàm giữ onlay – sứ/gốm, hai bề mặt	\$0	Không	
D6609	hàm giữ onlay – sứ/gốm, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D6610	hàm giữ onlay – đúc kim loại quý cao, hai bề mặt	\$0	Không	
D6611	hàm giữ onlay – đúc kim loại quý cao, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D6612	hàm giữ onlay – đúc chủ yếu là kim loại cơ bản, hai bề mặt	\$0	Không	
D6613	hàm giữ onlay – đúc chủ yếu là kim loại cơ bản, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D6614	hàm giữ onlay – đúc kim loại quý, hai bề mặt	\$0	Không	
D6615	hàm giữ onlay – đúc kim loại quý, ba bề mặt trở lên	\$0	Không	
D6624	hàm giữ inlay – titan	\$0	Không	Không áp dụng
D6634	hàm giữ onlay – titan	\$0	Không	
D6710	hàm giữ mão răng – composite nhựa gián tiếp	\$0	Không	

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D6720	hàm giữ mào răng – nhựa có kim loại quý cao	\$0	Không	Một lần mỗi răng trong mỗi 5 năm Mã D6545, D6548 hoặc D6720-D6792
D6721	hàm giữ mào răng – nhựa với kim loại cơ bản chủ yếu	\$0	Không	
D6722	hàm giữ mào răng – nhựa với kim loại quý	\$0	Không	
D6740	hàm giữ mào răng – sứ/gốm	\$0	Không	
D6750	hàm giữ mào răng – sứ bọc kim loại quý cao	\$0	Không	
D6751	hàm giữ mào răng – sứ bọc kim loại cơ bản chủ yếu	\$0	Không	
D6752	hàm giữ mào răng – sứ bọc kim loại quý	\$0	Không	
D6753	hàm giữ mào răng – sứ bọc hợp kim titan và titan	\$0	Không	
D6780	hàm giữ mào răng – 3/4 đúc kim loại quý cao	\$0	Không	
D6781	hàm giữ mào răng – 3/4 đúc chủ yếu là kim loại cơ bản	\$0	Không	
D6782	hàm giữ mào răng – 3/4 đúc kim loại quý	\$0	Không	
D6783	hàm giữ mào răng – 3/4 sứ/gốm	\$0	Không	
D6784	hàm giữ mào răng 3/4 – hợp kim titan và titan	\$0	Không	
D6790	hàm giữ mào răng – kim loại quý cao đúc hoàn toàn	\$0	Không	
D6791	hàm giữ mào răng – kim loại cơ bản chủ yếu đúc hoàn toàn	\$0	Không	
D6792	hàm giữ mào răng – kim loại quý đúc hoàn toàn	\$0	Không	
D6793	hàm giữ mào răng tạm thời – điều trị thêm hoặc hoàn thành chẩn đoán cần thiết trước khi lấy dấu sau cùng	\$0	Không	Không áp dụng
D6794	hàm giữ mào răng – hợp kim titan và titan	\$0	Không	Không áp dụng
D6920	thanh kết nối	\$0	Không	Không áp dụng
D6940	thiết bị giải stress	\$0	Không	Không áp dụng
D6950	mẫu chỉnh nha kim loại	\$0	Không	Không áp dụng
D6980	sửa chữa răng giả một phần cố định cần thiết do hỏng vật liệu phục hồi	\$0	Không	Không áp dụng
D6985	răng giả bán phần nhi khoa, cố định	\$0	Không	Không áp dụng
D7111	nhổ răng, phần còn lại của thân răng – răng chính	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi đời Mã D7111, D7251
D7251	cắt bỏ thân răng – nhổ một phần răng có chủ ý, chỉ răng mọc ngầm	\$0	Không	Một lần mỗi răng mỗi đời Mã D7111, D7251
D7272	cấy ghép răng (bao gồm cấy ghép lại từ vị trí này sang vị trí khác và nẹp và/hoặc ổn định)	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D7280	tút lợi răng chưa mọc	\$0	Không	Không áp dụng
D7282	di chuyển răng mọc hoặc răng mọc lệch để hỗ trợ mọc răng	\$0	Không	Không áp dụng
D7283	đặt thiết bị để tạo điều kiện cho răng mọc ngầm mọc lên	\$0	Không	Không áp dụng
D7290	tái định vị răng bằng phẫu thuật	\$0	Không	Không áp dụng
D7291	cắt dây chằng quanh răng xuyên vách/cắt dây chằng quanh răng siêu mào xương, theo báo cáo	\$0	Không	Không áp dụng
D7292	đóng lỗ thủng xoang chính	\$0	Không	Không áp dụng
D7293	đặt thiết bị neo tạm thời yêu cầu vật	\$0	Không	Không áp dụng
D7294	đặt thiết bị neo tạm thời không có vật	\$0	Không	Không áp dụng
D7298	tháo thiết bị neo tạm thời [screw retained plate], yêu cầu vật	\$0	Không	Không áp dụng
D7299	tháo thiết bị neo tạm thời, yêu cầu vật	\$0	Không	Không áp dụng
D7300	tháo thiết bị neo tạm thời không có vật	\$0	Không	Không áp dụng
D7340	thủ thuật tạo hình tiền đình miệng – mở rộng xương hàm (biểu mô thứ cấp)	\$0	Không	Không áp dụng
D7350	thủ thuật tạo hình tiền đình miệng – mở rộng xương hàm (bao gồm ghép mô mềm, gắn lại cơ, sửa đổi gắn mô mềm và quản lý mô phi đại và tăng sản)	\$0	Không	Không áp dụng
D7485	giảm u xương	\$0	Không	Không áp dụng
D7921	thu thập và ứng dụng sản phẩm cô đặc máu tự thân	\$0	Không	Không áp dụng
D7922	đặt băng sinh học trong socket để hỗ trợ cầm máu hoặc ổn định cục máu đông, mỗi vị trí	\$0	Không	Không áp dụng
D7939	lập chỉ mục cho phẫu thuật cắt xương bằng cách sử dụng điều hướng động hoặc hỗ trợ robot động hoặc điều hướng động	\$0	Không	Không áp dụng
D7953	ghép thay thế xương để bảo tồn xương hàm – mỗi vị trí	\$0	Không	Không áp dụng
D7956	tái tạo mô có định hướng, vùng không có răng – hàng rào có thể tái hấp thu, mỗi vị trí	\$0	Không	Không áp dụng
D7957	tái tạo mô có định hướng, vùng không có răng – hàng rào không thể tái hấp thu, mỗi vị trí	\$0	Không	Không áp dụng
D7961	phẫu thuật cắt bỏ môi / má (phẫu thuật cắt mô liên kết)	\$0	Không	Không áp dụng
D7962	phẫu thuật cắt bỏ lưỡi (phẫu thuật cắt mô liên kết)	\$0	Không	Không áp dụng
D7963	phẫu thuật phanh môi	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D7970	cắt bỏ mô tăng sản – mỗi cung	\$0	Không	Không áp dụng
D7971	cắt bỏ nướu quanh chóp	\$0	Không	Không áp dụng
D7972	phẫu thuật giảm u xơ xương	\$0	Không	Không áp dụng
D7979	thủ thuật loại bỏ sỏi nước bọt không phẫu thuật	\$0	Không	Không áp dụng
D7998	đặt thiết bị cố định trong miệng không kết hợp với gãy xương	\$0	Không	Không áp dụng
D9120	cắt răng giả một phần cố định	\$0	Không	Không áp dụng
D9130	rối loạn chức năng khớp thái dương hàm – liệu pháp vật lý không xâm lấn – mỗi khoảng 15 phút hoặc một phần của khoảng thời gian đó	\$0	Không	Không áp dụng
D9210	gây tê cục bộ không kết hợp với các thủ thuật phẫu thuật hoặc phẫu thuật	\$0	Không	Không áp dụng
D9211	gây tê cục bộ	\$0	Không	Không áp dụng
D9212	gây mê khối chia sinh ba	\$0	Không	Không áp dụng
D9215	gây tê cục bộ kết hợp với các thủ thuật phẫu thuật hoặc phẫu thuật	\$0	Không	Không áp dụng
D9311	tham vấn với chuyên gia chăm sóc sức khỏe y tế	\$0	Không	Không áp dụng
D9410	gọi tại nhà/cơ sở chăm sóc mở rộng	\$0	Không	Không áp dụng
D9430	thăm khám tại văn phòng để quan sát (trong giờ theo lịch trình thường xuyên) – không thực hiện các dịch vụ khác	\$0	Không	Không áp dụng
D9440	thăm khám tại văn phòng – sau giờ làm việc theo lịch trình thường xuyên	\$0	Không	Không áp dụng
D9450	trình bày ca bệnh, sau khi lập kế hoạch điều trị chi tiết và mở rộng	\$0	Không	Không áp dụng
D9612	thuốc tiêm điều trị, hai hoặc nhiều loại thuốc, các loại thuốc khác nhau	\$0	Không	Không áp dụng
D9613	thâm nhiễm thuốc điều trị phóng thích bền vững, theo góc phần tư	\$0	Không	Không áp dụng
D9910	bôi thuốc giảm ê buốt – mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D9911	áp dụng nhựa khử mẫn cảm cho bề mặt cổ răng và/hoặc chân răng, trên mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D9932	tẩy trắng và kiểm tra răng giả toàn bộ có thể tháo lắp, hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng
D9933	tẩy trắng và kiểm tra răng giả toàn bộ có thể tháo lắp, hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D9934	tẩy trắng và kiểm tra răng giả một phần có thể tháo rời, hàm trên	\$0	Không	Không áp dụng

Mã CDT	Mô tả	Hội viên trả	Yêu cầu cho phép trước	Tần suất
D9935	tẩy trắng và kiểm tra răng giả một phần có thể tháo rời, hàm dưới	\$0	Không	Không áp dụng
D9941	chế tạo miếng bảo vệ miệng thể thao	\$0	Không	Không áp dụng
D9942	sửa chữa và/hoặc lột lại thiết bị đeo bảo vệ khác	\$0	Không	Không áp dụng
D9943	điều chỉnh thiết bị đeo bảo vệ khác	\$0	Không	Không áp dụng
D9944	thiết bị đeo bảo vệ khác – thiết bị cứng, cung tròn	\$0	Không	Không áp dụng
D9945	thiết bị đeo bảo vệ khác – thiết bị mềm, cung tròn	\$0	Không	Không áp dụng
D9946	thiết bị đeo bảo vệ khác – thiết bị cứng, cung một phần	\$0	Không	Không áp dụng
D9947	chế tạo và đặt thiết bị cho người ngưng thở khi ngủ tùy chỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D9948	điều chỉnh thiết bị cho người ngưng thở khi ngủ tùy chỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D9949	sửa chữa thiết bị cho người ngưng thở khi ngủ tùy chỉnh	\$0	Không	Không áp dụng
D9950	phân tích khớp cắn – đã gắn	\$0	Không	Không áp dụng
D9951	điều chỉnh khớp cắn – giới hạn	\$0	Không	Không áp dụng
D9952	điều chỉnh khớp cắn – hoàn thành	\$0	Không	Không áp dụng
D9953	lột lại thiết bị cho người ngưng thở khi ngủ tùy chỉnh (gián tiếp)	\$0	Không	Không áp dụng
D9954	chế tạo và cung cấp liệu pháp thiết bị uống (OAT) thiết bị tái định vị buổi sáng	\$0	Không	Không áp dụng
D9955	liệu pháp thiết bị uống (OAT) thăm khám chuẩn độ	\$0	Không	Không áp dụng
D9970	mài mòn lớp men mỏng	\$0	Không	Không áp dụng
D9971	tạo hình răng – mỗi răng	\$0	Không	Không áp dụng
D9993	quản lý hồ sơ nha khoa, phỏng vấn tạo động lực	\$0	Không	Không áp dụng
D9997	quản lý hồ sơ nha khoa – bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt	\$0	Không	Không áp dụng
D9998	Quản Lý Ca Nha Khoa-Dịch Vụ Chuyển Tiếp Từ Chăm Sóc Nhi Khoa Sang Chăm Sóc Người Lớn, Bệnh Nhân Có Nhu Cầu Chăm Sóc Sức Khỏe Đặc Biệt	\$0	Không	Một lần trong đời

Chi phí tự chi trả

Quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các dịch vụ và phí do nhà cung cấp lập hóa đơn vượt quá giới hạn bảo hiểm. Quý vị cũng có thể được yêu cầu thanh toán chia sẻ chi phí của quý vị tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Thỏa thuận thanh toán là giữa quý vị và nhà cung cấp.

Các Giới Hạn & Trường Hợp Ngoại Lệ

1. Bảo hiểm giới hạn ở các dịch vụ và tần suất dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi. Nếu một dịch vụ không được liệt kê, nó sẽ không được bao trả.
2. Bất kỳ dịch vụ nha khoa nào nhận được bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ đều không được bao trả theo quyền lợi nha khoa bổ sung.
3. Các khoản phí liên quan đến việc bỏ lỡ các cuộc hẹn, chuẩn bị hoặc sao chép báo cáo nha khoa, sao chép X quang, hóa đơn chi tiết hoặc mẫu yêu cầu bồi thường không được bao trả.
4. Việc điều trị các thương tích hoặc tình trạng được bảo hiểm bởi luật Bồi thường cho Người Lao động hoặc trách nhiệm của chủ lao động và việc điều trị được cung cấp miễn phí cho quý vị bởi bất kỳ thành phố, quận hoặc phân khu chính trị nào khác không được bao trả.
5. Điều trị do nổi dậy dân sự, nghĩa vụ với tư cách là thành viên của lực lượng vũ trang của bất kỳ bang hoặc quốc gia nào, tham gia vào hành động chiến tranh được tuyên bố hoặc không tuyên bố, vụ nổ hạt nhân có chủ ý hoặc vô ý hoặc giải phóng năng lượng hạt nhân khác, dù trong thời bình hay thời chiến, đều không được bảo hiểm.
6. Bất kỳ phương pháp điều trị nào được bao trả theo chương trình y tế cá nhân hoặc nhóm, bảo hiểm ô tô, bảo hiểm ô tô không tính lỗi hoặc hợp đồng bảo hiểm cho người lái xe không có bảo hiểm, trong phạm vi được luật liên bang hoặc tiểu bang cho phép, đều không được bao trả.
7. Chỉnh răng và tất cả các dịch vụ liên quan đến chỉnh răng không được bao trả
8. Cấy ghép implant và tất cả các dịch vụ liên quan đến cấy ghép implant không được bao trả
9. Bộ phận giả hàm mặt không được bao trả
10. Các dịch vụ nha khoa được thực hiện vì lý do thẩm mỹ và/hoặc thẩm mỹ không được bao trả
11. Các dịch vụ tẩy trắng răng và/hoặc mài mòn lớp men răng mỏng không được bao trả
12. Các dịch vụ không xác định theo báo cáo (Mã nha khoa: D##99) không được bao trả
13. Các dịch vụ nha khoa liên quan đến hội chứng khớp thái dương hàm (TMJ) không được bao trả, trừ khi mã nha khoa liên quan được liệt kê trong bảng quyền lợi
14. Các dịch vụ tự chọn không được bao trả
15. Gây mê toàn thân hoặc gây mê ý thức không phải là dịch vụ được bao trả trừ khi dịch vụ này dựa trên đánh giá lâm sàng tài liệu do nha sĩ hoặc bác sĩ chăm sóc sức khỏe cung cấp và quản lý cùng với các thủ thuật phẫu thuật vùng miệng được bao trả, các thủ thuật phẫu thuật nha chu và xương hàm, hoặc các thủ thuật phẫu thuật quanh khớp cho các dịch vụ được bao trả.
16. Thay đổi kích thước dọc của răng, hoặc phục hồi/duy trì tắc bao gồm đăng ký khớp cắn hoặc phân tích khớp cắn không được bao trả.
17. Nẹp răng, bao gồm nhiều trụ cầu, hoặc bất kỳ dịch vụ nào để ổn định răng bị suy yếu do nha chu đều không được thanh toán.
18. Việc thay thế các cấu trúc răng bị mất do mài mòn, tiêu hao, xói mòn hoặc khúc xạ không được bảo hiểm.
19. Các giới hạn tần suất của chương trình sẽ vẫn được áp dụng khi có sự thay thế của một thiết bị hoặc thiết bị bị mất, thiếu, bị đánh cắp hoặc bị hư hỏng do lạm dụng, sử dụng sai hoặc bỏ bê.
20. Thủ thuật nha khoa chỉ được bao trả khi được thực hiện bởi nha sĩ được cấp phép tại Hoa Kỳ hoặc bất kỳ lãnh thổ nào của Hoa Kỳ.
21. Duy trì quanh răng không được bao trả trừ khi có tiền sử lấy cao răng và nạo chân răng hoặc liệu pháp nha chu bằng phẫu thuật.
22. Điều chỉnh răng giả được thực hiện trong vòng 6 tháng sau khi đặt/lắp đặt, lót lại hoặc làm lại răng giả không được bảo hiểm.
23. Lót lại và làm lại răng giả, nếu được liệt kê là được bao trả trong biểu quyền lợi của quý vị, được thực hiện trong vòng 6 tháng sau khi đặt răng giả hoàn chỉnh hoặc ngay lập tức sẽ không được bao trả.
24. Điều hòa mô được thực hiện trong vòng 6 tháng sau khi lắp răng giả, lót lại hoặc làm lại răng giả không được bao trả.

25. Đối với các thủ thuật nha khoa được bao trả được liệt kê trong lịch quyền lợi của quý vị, ngày điều trị cho mục đích lập hóa đơn được xác định bằng việc hoàn thành các thủ thuật cụ thể.
Đối với răng giả tháo lắp (toàn bộ và một phần), đây là ngày giao hàng. Đối với dát, lớp phủ, mão răng, veneer và cầu, đó là ngày xi măng cuối cùng. Đối với các kênh gốc, đó là ngày điền cuối cùng được đặt.
26. Các thủ tục được coi là thử nghiệm, nghiên cứu hoặc chưa được chứng minh sẽ không được bao trả. Điều này bao gồm các phác đồ được lý không được chấp nhận bởi Hội đồng Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ về trị liệu nha khoa.
27. Nếu hợp đồng bảo hiểm này bị chấm dứt hoặc các dịch vụ nha khoa được bao trả cho chương trình này thay đổi, chương trình này sẽ không bao trả cho việc chăm sóc hoặc điều trị liên tục. Điều này bao gồm tất cả các thủ tục nhiều cuộc hẹn.
28. Các dịch vụ và vật tư được cung cấp liên quan đến điều trị hoặc chăm sóc mà không được bao trả theo chương trình sẽ không được bao trả.

Sự Cần Thiết Về Y Tế

Chương trình của quý vị bao trả các dịch vụ chăm sóc nha khoa phù hợp về mặt lâm sàng. Đây là yêu cầu để quý vị nhận được quyền lợi được bao trả theo chương trình này. Các dịch vụ chăm sóc nha khoa mà chúng tôi xác định là nhà cung cấp sử dụng phán đoán lâm sàng thận trọng sẽ cung cấp cho bệnh nhân nhằm mục đích phòng ngừa, đánh giá, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, thương tích, bệnh tật hoặc các triệu chứng của bệnh tật và chúng tôi xác định là:

1. Phù hợp về mặt lâm sàng, về loại, tần suất, mức độ, vị trí và thời gian, và được coi là có hiệu quả đối với bệnh tật, thương tích hoặc bệnh tật của bệnh nhân
2. Không phải chủ yếu vì sự thuận tiện của bệnh nhân, nha sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
3. Không tốn kém hơn một dịch vụ thay thế hoặc một chuỗi các dịch vụ ít nhất là có khả năng tạo ra cùng một lợi ích hoặc kết quả chẩn đoán cho việc chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, thương tích hoặc bệnh tật của bệnh nhân đó.

Sự cần thiết về y tế được xác định bằng cách sử dụng các tiêu chí đó là:

- *Phù hợp với các tiêu chuẩn được chấp nhận chung về thực hành y tế và nha khoa*
- *Dựa trên bằng chứng từ các tài liệu được bình duyệt và các hướng dẫn lâm sàng*
- *Áp dụng thống nhất và không liên quan đến cân nhắc chi phí*

PHẦN 3 Các dịch vụ được bao trả bên ngoài Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Các quyền lợi được bao trả bên ngoài Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Đối với các dịch vụ và quyền lợi không được Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) bao trả nhưng được cung cấp thông qua Medicaid, vui lòng xem Sổ Tay Hội Viên Medicaid hoặc Bản Tóm Tắt Quyền Lợi của quý vị.

PHẦN 4 Các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả (ngoại lệ)

Mục này sẽ cho quý vị biết những dịch vụ nào được Medicare loại trừ.

Bảng dưới đây liệt kê các dịch vụ và vật dụng không được chương trình của chúng tôi bao trả trong bất kỳ trường hợp nào hoặc chỉ được chương trình của chúng tôi bao trả trong các điều kiện cụ thể.

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

Các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm	Chỉ được bảo hiểm dưới những điều kiện cụ thể
Châm cứu	Có sẵn cho những người bị đau thắt lưng mạn tính trong những trường hợp nhất định.
Thủ thuật hoặc phẫu thuật thẩm mỹ	Được bảo hiểm trong trường hợp chấn thương bất ngờ hoặc cho việc cải thiện chức năng của hội viên có cơ thể dị hình. Được bảo hiểm cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như cho bên vú không bị ảnh hưởng nhằm tạo nên hình thức cân đối.
Chăm sóc giám hộ Chăm sóc trông nom là chăm sóc cá nhân không cần sự chăm sóc liên tục của nhân viên y tế hoặc phụ tá y khoa được đào tạo, như dịch vụ chăm sóc giúp quý vị với các sinh hoạt hàng ngày, chẳng hạn như tắm hoặc mặc quần áo.	Được chi trả bởi phần Medicaid trong quyền lợi của chương trình bảo hiểm của quý vị.
Thuốc, dụng cụ và thủ thuật phẫu thuật và y tế thử nghiệm Các thủ thuật và hạng mục thử nghiệm là những hạng mục và thủ thuật được Original Medicare xác định là nhìn chung không được cộng đồng y khoa chấp nhận.	Có thể được bảo hiểm bởi Original Medicare theo nghiên cứu khổ sát lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc bởi chương trình của chúng tôi. (Chuyển đến Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về các công trình nghiên cứu lâm sàng).
Các khoản phí trả cho việc chăm sóc của họ hàng thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình quý vị	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào.
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào.
Bữa ăn Giao tới Nhà	Được chi trả bởi phần Medicaid trong quyền lợi của chương trình bảo hiểm của quý vị.

Các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm	Chỉ được bảo hiểm dưới những điều kiện cụ thể
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà	Medicare bao trả dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc không liên tục cần thiết về mặt y tế.
Các dịch vụ nội trợ bao gồm giúp việc gia đình cơ bản, bao gồm dọn phòng nhẹ hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào.
Các dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng các biện pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào.
Dịch vụ chăm sóc nha khoa không định kỳ	Chăm sóc nha khoa nhằm điều trị bệnh hoặc vết thương có thể được bảo hiểm như là chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.
Giày chỉnh hình hoặc các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân	Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp. Giày điều trị hoặc chỉnh hình cho những người có bệnh về chân do tiểu đường.
Các vật dụng cá nhân trong phòng bệnh của quý vị ở bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi.	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào.
Phòng riêng trong bệnh viện	Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.
Ngược lại với các quy trình khử trùng và hoặc vật tư tránh thai không kê toa	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào.
Chăm sóc chỉnh nha định kỳ	Nắn bóp cột sống bằng tay để điều chỉnh trật khớp sẽ được bảo hiểm.
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như làm sạch, trám răng hoặc làm răng giả	Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho các dịch vụ nha khoa như được mô tả trong <i>Bảng Quyền Lợi Y Tế</i> .
Khám mắt định kỳ, kính mắt, cắt giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác	Một cặp kính mắt có gọng tiêu chuẩn (hoặc một bộ kính áp tròng) được bao trả sau mỗi cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể để cấy ghép thấu kính nội nhãn. Được chi trả bởi phần Medicaid trong quyền lợi của chương trình bảo hiểm của quý vị.
Chăm sóc bàn chân định kỳ	Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc chân định kỳ như được mô tả trong <i>Bảng Quyền Lợi Y Tế</i> .

Các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm	Chỉ được bảo hiểm dưới những điều kiện cụ thể
Khám thính lực định kỳ, máy trợ thính, hoặc kiểm tra độ vừa vặn của máy trợ thính	Medicare bao trả khám chẩn đoán thính lực và khám thặng bằng nếu được bác sĩ chỉ định. Được chi trả bởi phần Medicaid trong quyền lợi của chương trình bảo hiểm của quý vị.
Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào.

Chương 5:

Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc Phần D

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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ điều kiện nhận và đang nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho các chi phí chương trình thuốc theo toa của mình. Vì quý vị tham gia chương trình Hỗ Trợ Bổ Sung, **một số thông tin trong Chứng Từ Bảo Hiểm này về chi phí thuốc theo toa Phần D không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phần riêng biệt, được gọi là *Phụ Lục Chứng Từ Bảo Hiểm Cho Những Người Nhận Trợ Cấp Đặc Biệt Để Thanh Toán Cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Phụ Lục Trợ Cấp Thu Nhập Thấp* hay *Phụ Lục LIS*), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ này, gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) và yêu cầu *Phụ Lục LIS*. (Bìa sau của tài liệu này có in các số điện thoại của Dịch Vụ hội viên).

PHẦN 1 Các quy tắc cơ bản đối với bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi

Chuyển đến Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 để biết các quyền lợi thuốc và quyền lợi thuốc chăm sóc cuối đời của Medicare Phần B.

Ngoài các thuốc được Medicare bao trả, một số thuốc theo toa được bao trả theo các quyền lợi Medicaid của quý vị. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết cách tìm hiểu về bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị.

Nói chung, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các thuốc của quý vị miễn là quý vị tuân thủ những quy định sau:

- Quý vị phải được nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê đơn khác) viết cho quý vị một toa thuốc hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị không được liệt kê trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Loại Trừ Của Medicare.
- Thông thường quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa của mình. (Chuyển đến Phần 2) hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa của mình thông qua dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình của chúng tôi.
- Thuốc của quý vị phải nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi (Chuyển đến Phần 3.)
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng cho một chỉ dẫn được chấp nhận về mặt y tế. “Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là việc sử dụng thuốc được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định. (Chuyển đến Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế).
- Thuốc của quý vị có thể yêu cầu phê duyệt từ chương trình của chúng tôi dựa trên các tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đồng ý bao trả. (Chuyển đến Phần 4 để biết thêm thông tin.)

PHẦN 2 Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua thư của chương trình chúng tôi

Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị *chỉ* được bao trả nếu chúng được mua tại các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình của chúng tôi. (Chuyển đến Phần 2.4 để biết thông tin về thời điểm chúng tôi bao trả cho các thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới).

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để cung cấp các loại thuốc được bao trả của quý vị. Thuật ngữ “các thuốc được bao trả” có nghĩa là tất cả các thuốc Phần D trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi.

Phần 2.1 Các nhà thuốc trong mạng lưới

Tìm một nhà thuốc trong mạng lưới tại khu vực của quý vị

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, hãy xem *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi ([AetnaMedicare.com/VAASNP-find-provider](https://www.aetna.com/VAASNP-find-provider)) và/hoặc gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).

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

Nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của quý vị, hãy nhận hỗ trợ từ Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) hoặc sử dụng *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thông tin trên trang web của chúng tôi tại [AetnaMedicare.com/VAASNP-find-provider](https://www.aetna.com/VAASNP-find-provider).

Nhà thuốc chuyên biệt

Một số toa thuốc phải được mua tại nhà thuốc chuyên biệt. Các hiệu thuốc đặc hiệu bao gồm:

- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp truyền thuốc tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho người sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thông thường, LTC (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thuốc Phần D tại một cơ sở LTC, hãy gọi cho Dịch Vụ hội viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho Chương Trình Sức Khỏe Người Da Đỏ Đô Thị / Bộ Lạc / Dịch Vụ Sức Khỏe Người Da Đỏ (không sẵn có ở Puerto Rico). Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, chỉ người Mỹ và người Alaska bản địa mới có quyền tiếp cận với các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Các nhà thuốc phân phối thuốc bị FDA hạn chế ở một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, sự phối hợp của nhà cung cấp hoặc hướng dẫn về việc sử dụng thuốc. Để tìm một nhà thuốc chuyên biệt, hãy xem *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* [AetnaMedicare.com/VAASNP-find-provider](https://www.aetna.com/VAASNP-find-provider) hoặc gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).

Phần 2.2 Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình của chúng tôi

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình của chúng tôi. Nói chung, các loại thuốc được cung cấp thông qua đặt mua qua bưu điện là các loại thuốc quý vị dùng một cách thường xuyên, cho một tình trạng bệnh lý mãn tính hoặc lâu dài. Những loại thuốc này được đánh dấu là “**MO**” trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng **lượng thuốc dùng trong tối đa 100 ngày**.

Để nhận các mẫu đơn đặt hàng và thông tin về việc mua thuốc theo toa qua bưu điện, hãy truy cập trang web của chúng tôi ([AetnaMedicare.com/VAASNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/VAASNP-drug-formulary)) hoặc liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên. **Lưu ý:** quý vị phải có phương thức thanh toán trong hồ sơ.

Thông thường, đơn đặt hàng qua bưu điện của nhà thuốc sẽ được giao cho quý vị trong tối đa 10 ngày. Nếu nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện dự đoán đơn hàng sẽ bị trì hoãn, họ sẽ thông báo cho quý vị về sự chậm trễ đó. Nếu quý vị cần yêu cầu đặt hàng gấp vì đặt hàng qua bưu điện bị chậm trễ, quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Hội viên để thảo luận về các lựa chọn có thể bao gồm mua hàng tại nhà thuốc bán lẻ địa phương hoặc đẩy nhanh phương thức vận chuyển. Cung cấp cho người đại diện số ID và (các) số đơn thuốc của quý vị. Nếu quý vị muốn giao thuốc vào ngày thứ hai hoặc ngày hôm sau, quý vị có thể yêu cầu đại diện Dịch vụ Hội viên về việc này kèm một khoản phụ phí.

Toa thuốc mới nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng khám bác sĩ của quý vị.

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

- Trước đây quý vị đã sử dụng các dịch vụ đặt hàng qua bưu điện với chương trình này, hoặc
- Quý vị đăng ký giao tự động tất cả các đơn thuốc mới đã nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu giao tự động tất cả các thuốc theo toa mới ngay bây giờ hoặc bất cứ lúc nào bằng cách tiếp tục yêu cầu bác sĩ gửi thuốc kê toa của quý vị cho chúng tôi. Không cần yêu cầu đặc biệt. Hoặc quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Hội viên để bắt đầu lại việc giao hàng tự động nếu trước đó quý vị đã dừng việc giao hàng tự động.

Nếu quý vị nhận được toa thuốc tự động qua thư mà quý vị không muốn và quý vị không được liên hệ để xem quý vị có muốn thuốc trước khi giao hay không, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn lại tiền.

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động mua và giao mỗi toa thuốc mới, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ giao hàng qua bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng mua thuốc tự động cho các toa thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị mỗi khi nhận được toa thuốc mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem quý vị có muốn mua và vận chuyển thuốc ngay lập tức hay không. Điều quan trọng là phải trả lời mỗi khi quý vị được nhà thuốc liên hệ để cho họ biết liệu nên giao, trì hoãn hay hủy toa thuốc mới.

Để không nhận việc giao hàng tự động các toa thuốc mới nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

Mua thêm thuốc theo toa đặt mua qua bưu điện. Để mua thêm thuốc, quý vị có thể đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi bắt đầu tự động xử lý lần mua thuốc tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước khi vận chuyển mỗi lần mua thuốc để đảm bảo quý vị cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy các lần mua thêm thuốc theo lịch trình nếu quý vị có đủ thuốc hoặc thuốc đã thay đổi.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình mua thêm thuốc tự động của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện gửi toa thuốc cho quý vị, hãy liên hệ với nhà thuốc của quý vị 15 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn đặt hàng của quý vị được chuyển đến quý vị kịp thời.

Để chọn không tham gia chương trình tự động chuẩn bị nạp tiền đặt qua bưu điện của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch Vụ hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

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

Phần 2.3 Làm thế nào để có được lượng thuốc dùng dài hạn

Khi quý vị nhận lượng thuốc sử dụng dài hạn, phần chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn. Chương trình của chúng tôi cung cấp 2 cách để nhận lượng thuốc duy trì dùng dài hạn (còn được gọi là lượng thuốc kéo dài) trên Danh Sách Thuốc của chương trình (đối với các bậc 1-4). (Thuốc duy trì là các thuốc quý vị dùng thường xuyên, dành cho tình trạng bệnh lý mạn tính hoặc kéo dài).

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị có một nguồn cung cấp dài hạn về thuốc điều trị duy trì. *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* [AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider](https://www.aetna.com/VADSNP-find-provider) cho quý vị biết những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp lượng thuốc duy trì dùng dài hạn cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể mua thuốc duy trì thông qua chương trình đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi. Đi tới Phần 2.2 để biết thêm thông tin.

Phần 2.4 Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi

Nói chung, chúng tôi *chỉ* bao trả các loại thuốc được bán tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi cũng có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi mà quý vị có thể mua các thuốc theo toa với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. **Kiểm tra trước với Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-855-463-0933 (Người dùng TTY gọi 711)** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó không.

Chúng tôi bao trả các toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong những trường hợp sau:

- Đơn thuốc dùng cho trường hợp cấp cứu y tế hoặc chăm sóc khẩn cấp.
- Quý vị không thể nhận thuốc được bảo hiểm vào thời gian quý vị cần bởi không có nhà thuốc 24 giờ trong mạng lưới mà quý vị có thể lái xe tới.
- Toa thuốc dành cho thuốc đã hết hàng tại nhà thuốc bán lẻ hoặc nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện trong mạng lưới để tiếp cận (bao gồm cả các loại thuốc chi phí cao và thuốc độc đáo).
- Nếu quý vị được sơ tán hoặc được đưa khỏi nhà theo cách khác do thảm họa Liên bang hoặc trường hợp ban bố khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng khác.

Nếu quý vị thực sự cần đến nhà thuốc ngoài mạng lưới vì bất kỳ lý do nào được liệt kê ở trên, chương trình sẽ bao trả cho tối đa lượng thuốc dùng trong 10 ngày.

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí (chứ không phải là chia sẻ chi phí thông thường của quý vị) tại thời điểm quý vị mua thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. (Chuyển đến Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho quý vị). Quý vị có thể phải thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị thanh toán cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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

Phần 3.1 Danh Sách Thuốc cho biết những thuốc Phần D nào được bao trả

Chương trình của chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (danh mục thuốc). Trong *Chứng Từ Bảo Hiểm này*, chúng tôi gọi đó là **Danh Sách Thuốc**.

Thuốc trong danh sách này được chương trình của chúng tôi lựa chọn với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare chấp thuận.

Danh Sách Thuốc chỉ hiển thị các thuốc được Medicare Phần D bao trả. Ngoài các thuốc được Medicare bao trả, một số thuốc theo toa được bao trả theo các quyền lợi Medicaid của quý vị. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết cách tìm hiểu về bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị.

Nhìn chung, chúng tôi bao trả một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc bảo hiểm khác được giải thích trong chương này và việc sử dụng thuốc là cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng thuốc *hoặc*:

- Được FDA chấp thuận cho chẩn đoán hoặc tình trạng mà nó được kê toa, hoặc
- Được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo, chẳng hạn như Thông tin về Thuốc của Dịch vụ Danh mục thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống thông tin DRUGDEX của Micromedex.

Một số loại thuốc nhất định có thể được bao trả cho một số tình trạng y tế nhưng được coi là không nằm trong danh mục thuốc cho các tình trạng y tế khác. Những thuốc này sẽ được xác định trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi và trên [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), cùng với các tình trạng bệnh lý cụ thể mà chúng bao trả.

Danh mục thuốc bao gồm thuốc chính, thuốc gốc và các sản phẩm sinh học (có thể bao gồm thuốc sinh học tương tự).

Thuốc thương hiệu là thuốc theo toa được bán dưới tên nhãn hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Sản phẩm sinh học là loại thuốc phức tạp hơn so với thuốc thông thường. Trong Danh mục thuốc, khi chúng ta nhắc đến thuốc, điều này có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là thuốc theo toa có thành phần hoạt tính giống với thuốc thương hiệu. Các sản phẩm sinh học có các sản phẩm thay thế được gọi là sản phẩm sinh học tương tự. Nhìn chung, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có hiệu quả tương đương với thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có chi phí thấp hơn. Có nhiều loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc chính hiệu và các loại thuốc sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể thay thế cho nhau và tùy thuộc vào luật của tiểu bang, có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể thay thế cho thuốc thương hiệu.

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

Các thuốc không có trong Danh Sách Thuốc

Chương trình của chúng tôi không bao trả tất cả các loại thuốc theo toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả một số loại thuốc nhất định. (Để biết thêm thông tin, chuyển đến Phần 7).
- Trong các trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một thuốc cụ thể vào Danh Sách Thuốc.
- Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được một loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. (Để biết thêm thông tin, chuyển đến Chương 9.)

Phần 3.2 5 bậc chia sẻ chi phí cho các thuốc trong Danh Sách Thuốc

Mọi thuốc trên Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc cao hơn thì chi phí cho thuốc của quý vị cũng cao hơn:

- **Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu Tiên**
Nhiều loại thuốc gốc phổ biến chi phí thấp hơn.
- **Bậc 2: Thuốc gốc**
Thuốc gốc chi phí cao hơn.
- **Bậc 3: Thuốc thương hiệu được ưu tiên**
Nhiều thuốc thương hiệu phổ biến và một số thuốc gốc chi phí cao hơn.
- **Bậc 4: Thuốc Không Được Ưu tiên**
Thuốc thương hiệu có chi phí cao hơn và các loại thuốc gốc thường có sẵn một sản phẩm thay thế chi phí thấp hơn.
- **Bậc 5: Biệt dược**
Thuốc thương hiệu và thuốc gốc giá cao hơn đáp ứng định nghĩa của Medicare về một loại thuốc biệt dược.

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tìm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. Số tiền quý vị trả cho thuốc ở mỗi bậc chia sẻ chi phí được trình bày trong Chương 6.

Phần 3.3 Cách tìm xem một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc không

Để tìm hiểu xem một loại thuốc có nằm trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hay không, quý vị có các tùy chọn sau:

- Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi đã cung cấp bằng phương tiện điện tử.
- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi ([AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/medicare/vad-snp-drug-formulary)).
Danh sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách mới nhất.
- Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) để tìm xem một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hay không hoặc yêu cầu một bản sao danh sách này.
- Sử dụng “Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực” của chương trình chúng tôi ([AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/medicare/vad-snp-drug-formulary)) để tìm thuốc trong Danh Sách Thuốc, ước tính số tiền quý vị sẽ trả và xem có thuốc thay thế nào trong Danh Sách Thuốc có thể điều trị cùng tình trạng hay không. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).

PHẦN 4 Thuốc bị hạn chế về bảo hiểm

Phần 4.1 Tại sao một số thuốc có các hạn chế

Đối với một số loại thuốc theo toa nhất định, có các quy định đặc biệt hạn chế cách thức và thời gian chương trình của chúng tôi bao trả chúng. Một nhóm các bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng các quy định này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để biết có bất kỳ hạn chế nào trong số những hạn chế này áp dụng cho loại thuốc quý vị sử dụng hoặc muốn sử dụng hay không, kiểm tra Danh sách Thuốc.

Nếu một loại thuốc an toàn, chi phí thấp hơn có tác dụng tốt tương đương về mặt y tế so với một loại thuốc có chi phí cao hơn, các quy định trong chương trình của chúng tôi được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của mình sử dụng tùy chọn chi phí thấp hơn đó.

Lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều hơn một lần trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Lý do là vì các loại thuốc giống nhau có thể khác nhau dựa trên độ mạnh, số lượng hoặc dạng thuốc được kê toa bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và các hạn chế hoặc chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản khác nhau của thuốc (ví dụ, 10 mg so với 100 mg; một lần một ngày so với 2 lần mỗi ngày; viên nén so với dung dịch).

Phần 4.2 Các loại hạn chế

Nếu thuốc của quý vị có hạn chế, điều này thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bao trả thuốc đó. Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) để tìm hiểu những gì quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể làm để nhận được bảo hiểm cho thuốc. **Nếu quý vị muốn chúng tôi bãi bỏ hạn chế đối với quý vị, quý vị cần sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ.** Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý bỏ hạn chế cho quý vị. (Chuyển đến Chương 9.)

Xin chương trình chấp thuận trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần được chương trình của chúng tôi phê duyệt dựa trên các tiêu chí cụ thể trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc cho quý vị. Điều này được gọi là **sự cho phép trước**. Đây là yêu cầu để đảm bảo an toàn thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng hợp lý một số loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không nhận được sự phê duyệt này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình của chúng tôi bao trả. Quý vị có thể nhận các tiêu chí cho phép trước của chương trình bằng cách gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) hoặc trên trang web của chúng tôi tại AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary.

Thử dùng một loại thuốc khác trước đã

Yêu cầu này khuyến khích quý vị thử loại thuốc giá rẻ hơn nhưng thường có hiệu quả tương đương trước khi chương trình của chúng tôi bao trả một loại thuốc khác. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một tình trạng bệnh lý và Thuốc A ít tốn kém hơn, chương trình của chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không có hiệu quả đối với quý vị, thì chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho Thuốc B. Yêu cầu thử một loại thuốc khác này được gọi là **liệu pháp từng bước**. Quý vị có thể nhận các tiêu chí liệu pháp từng bước của chương trình bằng cách gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) hoặc trên trang web của chúng tôi tại AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary.

Giới hạn về số lượng

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

PHẦN 5 Những việc quý vị có thể làm nếu một trong các thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn

Có những trường hợp mà một thuốc theo toa mà quý vị dùng, hoặc quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng, không có trên Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc có các hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc có thể không được bao trả. Hoặc một phiên bản thuốc gốc của thuốc đó có thể được bao trả nhưng phiên bản thuốc thương hiệu mà quý vị muốn dùng không được bao trả.
- Thuốc được bao trả, nhưng có thêm các quy định hoặc hạn chế về bảo hiểm.
- Thuốc được bao trả, nhưng ở bậc chia sẻ chi phí khiến cho phần chia sẻ chi phí của quý vị đắt hơn so với suy nghĩ của quý vị.

Nếu thuốc của quý vị thuộc một bậc chia sẻ chi phí khiến chi phí của quý vị cao hơn mức quý vị cho là hợp lý, hãy xem Phần 5.1 để tìm hiểu quý vị có thể làm gì.

Nếu thuốc của quý vị không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc bị hạn chế, dưới đây là các tùy chọn cho những việc quý vị có thể làm:

- Quý vị có thể nhận được lượng thuốc tạm thời.
- Quý vị có thể đổi sang một loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu một **ngoại lệ** và yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả thuốc hoặc bỏ các hạn chế khỏi thuốc đó.

Quý vị có thể nhận nguồn cung cấp tạm thời

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

Để hội đủ điều kiện nhận lượng thuốc tạm thời, thuốc mà quý vị dùng **phải không còn nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi HOẶC hiện bị hạn chế về một số mặt.**

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên quý vị có tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi năm ngoái**, chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên của năm dương lịch.
- Lượng thuốc tạm thời này sẽ được tối đa 30 ngày. Nếu thuốc theo toa của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thuốc nhiều lần để cung cấp tới tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày. Toa thuốc phải được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với số lượng ít hơn mỗi lần để tránh lãng phí).
- **Đối với các hội viên đã ở trong chương trình của chúng tôi quá 90 ngày và sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần được cung cấp ngay:** Chúng tôi sẽ bao trả lượng thuốc khẩn cấp dùng trong 31 ngày đối với một loại thuốc cụ thể hoặc ít hơn nếu thuốc theo toa của quý vị được kê cho số ngày ít hơn. Đây là phần bổ sung cho lượng thuốc tạm thời ở trên.
- Nếu quý vị gặp sự thay đổi trong môi trường chăm sóc (chẳng hạn như được xuất viện hoặc nhập viện vào cơ sở chăm sóc dài hạn), bác sĩ hoặc nhà thuốc của quý vị có thể yêu cầu cung cấp thuốc tạm thời. Lượng thuốc tạm thời này (tối đa 31 ngày) sẽ cho quý vị thời gian trao đổi với bác sĩ về sự thay đổi trong bảo hiểm.

Nếu quý vị có thắc mắc về lượng thuốc tạm thời, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).

Trong thời gian quý vị sử dụng lượng thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của mình để quyết định những việc cần làm khi hết lượng thuốc tạm thời. Quý vị có 2 tùy chọn:

Tùy chọn 1. Quý vị có thể đổi sang một loại thuốc khác

Nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về việc liệu một loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi bao trả có thể có tác dụng tốt tương đương cho quý vị hay không. Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) để yêu cầu cung cấp danh sách các loại thuốc được bao trả dùng để điều trị tình trạng bệnh lý tương tự. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp tìm được loại thuốc được bảo hiểm có thể phù hợp với quý vị.

Tùy chọn 2. Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi áp dụng ngoại lệ và bao trả thuốc theo cách quý vị muốn. Nếu nhà cung cấp của quý vị cho biết quý vị có lý do về mặt y khoa hợp lý để đề nghị chúng tôi trao cho một ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả một loại thuốc ngay cả thuốc đó không có trên Danh Sách Thuốc của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi áp dụng ngoại lệ và bao trả thuốc mà không có hạn chế.

Nếu quý vị hiện là hội viên và một loại thuốc quý vị dùng sẽ bị loại khỏi danh mục thuốc hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó cho năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi nào trước năm mới. Quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ trước năm tới và chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc bằng kê hồ trợ từ người kê toa của quý vị). Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho phép bao trả thuốc đó trước khi thay đổi có hiệu lực.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu ngoại lệ, chuyển đến Chương 9, Phần 7.4 để tìm hiểu những việc cần làm. Mục này giải thích các thủ tục và hạn chót do Medicare đặt ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý kịp thời và công bằng.

Phần 5.1 Những việc cần làm nếu thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẽ chi phí mà quý vị nghĩ là quá cao

Nếu thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẽ chi phí mà quý vị nghĩ là quá cao, sau đây là những việc quý vị có thể làm:

Quý vị có thể đổi sang một loại thuốc khác

Nếu thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẽ chi phí mà quý vị nghĩ là quá cao, hãy nói chuyện với nhà cung cấp của mình. Có thể có một loại thuốc khác thuộc bậc chia sẽ chi phí thấp hơn có thể có tác dụng tốt tương đương cho quý vị. Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) để yêu cầu cung cấp danh sách các loại thuốc được bao trả dùng để điều trị tình trạng bệnh lý tương tự. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp tìm được loại thuốc được bảo hiểm có thể phù hợp với quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi áp dụng ngoại lệ về bậc chia sẽ chi phí đối với thuốc đó để quý vị phải trả ít hơn. Nếu nhà cung cấp của quý vị cho biết quý vị có lý do về mặt y khoa hợp lý để đề nghị chúng tôi trao cho một ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ đối với quy định.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu ngoại lệ, chuyển đến Chương 9, Phần 7.4 để biết những việc cần làm. Mục này giải thích các thủ tục và hạn chót do Medicare đặt ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý kịp thời và công bằng.

Thuốc thuộc (Bậc 5) Thuốc Biệt Dược của chúng tôi không đủ điều kiện cho loại ngoại lệ này. Chúng tôi không hạ thấp khoản chia sẻ chi phí cho các thuốc thuộc bậc này.

PHẦN 6 Danh Sách Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm

Hầu hết các thay đổi trong bảo hiểm thuốc diễn ra vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng 1). Tuy nhiên, trong cả năm, chương trình của chúng tôi có thể thực hiện một số thay đổi đối với Danh sách Thuốc. Ví dụ: chương trình của chúng tôi có thể:

- **Bổ sung hoặc loại bỏ các loại thuốc khỏi Danh Sách Thuốc.**
- **Chuyển một thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thấp hơn.**
- **Thêm hoặc xóa hạn chế bảo hiểm cho một loại thuốc.**
- **Thay thế thuốc chính hiệu bằng phiên bản gốc của thuốc.**
- **Thay thế sản phẩm sinh học gốc bằng phiên bản tương tự sinh học có thể hoán đổi cho nhau của sản phẩm sinh học.**

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

Thông tin về các thay đổi về bảo hiểm thuốc

Khi có những thay đổi đối với Danh sách Thuốc, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của chúng tôi về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng thường xuyên cập nhật Danh sách thuốc trực tuyến. Đôi khi quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng.

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

- **Thêm thuốc mới vào Danh Sách Thuốc và ngay lập tức loại bỏ hoặc thay đổi một thuốc tương tự trên Danh Sách Thuốc.**
 - Chúng tôi có thể loại bỏ ngay lập tức một loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển thuốc tương tự sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản mới của thuốc sẽ có cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn và có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này ngay lập tức nếu chúng tôi thêm phiên bản thuốc gốc mới của tên thương hiệu hoặc thêm một số phiên bản sinh học tương tự mới của một sản phẩm sinh học ban đầu đã có trong Danh sách Thuốc.
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và thông báo cho quý vị sau, ngay cả khi quý vị dùng thuốc mà chúng tôi loại bỏ hoặc thay đổi. Nếu quý vị dùng loại thuốc tương tự vào thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi cụ thể nào chúng tôi đã thực hiện.
- **Thêm thuốc vào Danh Sách Thuốc và loại bỏ hay thay đổi một thuốc tương tự trên Danh Sách Thuốc.**
 - Khi thêm phiên bản khác của một loại thuốc vào Danh sách thuốc, chúng tôi có thể xóa một loại thuốc tương tự khỏi Danh sách thuốc, chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản thuốc mà chúng tôi thêm vào sẽ nằm trên cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn và có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi thêm phiên bản thuốc gốc mới của thuốc thương hiệu hoặc thêm một số phiên bản sinh học tương tự mới của một sản phẩm sinh học ban đầu đã có trong Danh sách Thuốc.
 - Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi hoặc cho quý vị biết về sự thay đổi và bao trả cho phiên bản thuốc quý vị đang dùng trong 30 ngày.

- **Loại bỏ các loại thuốc không an toàn và các loại thuốc khác có trong Danh Sách Thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.**
 - Đôi khi một loại thuốc có thể bị coi là không an toàn hoặc bị loại khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ thuốc đó khỏi Danh sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
- **Thực hiện những thay đổi khác đối với các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác sau khi năm bắt đầu ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng. Ví dụ, dựa trên mục cảnh báo của FDA hoặc hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
 - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện những thay đổi này hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và bao trả thêm một lần cấp thuốc đủ dùng trong 30 ngày đối với loại thuốc quý vị đang dùng.

Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào trong số này đối với bất kỳ loại thuốc nào quý vị dùng, hãy nói chuyện với người kê toa của quý vị về các lựa chọn phù hợp nhất với quý vị, bao gồm đổi sang một loại thuốc khác để điều trị tình trạng của quý vị hoặc yêu cầu quyết định bảo hiểm để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với thuốc quý vị đang dùng. Quý vị hoặc người kê toa có thể yêu cầu chúng tôi cho phép ngoại lệ để tiếp tục chi trả cho loại thuốc hoặc phiên bản thuốc mà quý vị đang dùng. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ, chuyển đến Chương 9.

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

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

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

- Chúng tôi chuyển thuốc của quý vị sang bậc chia sẽ chi phí cao hơn.
- Chúng tôi đưa ra một hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi xóa thuốc của quý vị khỏi Danh sách Thuốc.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với một thuốc quý vị dùng (ngoại trừ việc rút khỏi thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc chính hiệu hoặc thay đổi khác được nêu trong các phần trên), thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị hoặc những gì quý vị phải trả làm phần chia sẽ chi phí của mình cho đến ngày 1 tháng 1 của năm tiếp theo.

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

PHẦN 7 Các loại thuốc chúng tôi không bao trả

Một số loại thuốc theo toa bị loại trừ. Điều này có nghĩa là Medicare không thanh toán cho những thuốc này.

Nếu quý vị kháng nghị và thuốc được yêu cầu được phát hiện là không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả cho thuốc đó. (Để biết thông tin về cách kháng nghị một quyết định, chuyển đến Chương 9.) Nếu thuốc bị chương trình loại trừ cũng bị Medicaid loại trừ, thì quý vị phải tự thanh toán cho nó.

Sau đây là 3 quy định chung về các thuốc mà các chương trình thuốc Medicare sẽ không bao trả theo Phần D:

- Bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi không thể bao trả một loại thuốc được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho việc sử dụng thuốc *không theo chỉ định* khi việc sử dụng đó không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Thuốc – Dịch Vụ Trong Danh Mục Thuốc của Bệnh Viện Hoa Kỳ và Hệ Thống Thông Tin Micromedex DRUGDEX. Sử dụng thuốc *không theo chỉ định* là bất kỳ việc sử dụng nào của thuốc khác với được chỉ định trên nhãn của thuốc như được FDA chấp thuận.

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc trong danh sách dưới đây không được Medicare bao trả. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được bảo hiểm cho quý vị theo bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết cách tìm hiểu về bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị.

- Thuốc không theo đơn (còn gọi là các thuốc không cần kê đơn)
- Thuốc được sử dụng để thúc đẩy khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm ho hoặc các triệu chứng cảm lạnh
- Thuốc được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy sự phát triển của tóc
- Các sản phẩm khoáng chất hoặc các vitamin theo đơn, ngoại trừ các vitamin dùng khi mang thai và các chế phẩm florua
- Thuốc dùng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc được sử dụng để điều trị chứng biếng ăn, giảm cân, hoặc tăng cân
- Các loại thuốc ngoại trú mà nhà sản xuất yêu cầu các xét nghiệm hoặc dịch vụ theo dõi liên quan chỉ được mua từ nhà sản xuất như một điều kiện bán hàng

Nếu quý vị nhận Hỗ Trợ Bổ Sung để thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị, Hỗ Trợ Bổ Sung sẽ không thanh toán cho các thuốc thường không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, chương trình Medicaid tiểu bang của quý vị có thể bao trả một số thuốc theo toa thường không được bảo hiểm trong chương trình thuốc Medicare. Hãy liên hệ với chương trình Medicaid của tiểu bang để xác định bảo hiểm thuốc nào có thể dành cho quý vị. (Tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Medicaid trong **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này.)

PHẦN 8 Cách mua toa thuốc

Để mua thuốc theo toa của quý vị, hãy cung cấp thông tin hội viên chương trình của chúng tôi (có thể tìm thấy trên thẻ hội viên của quý vị) tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động gửi hóa đơn tới chương trình của chúng tôi cho phần chia sẻ chi phí thuốc của quý vị. Quý vị sẽ cần trả cho nhà thuốc phần chia sẻ chi phí *của quý vị* khi quý vị mua thuốc theo toa.

Nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình của chúng tôi để lấy thông tin hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa khi mua.** Sau đó quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi.** Chuyển đến Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi bồi hoàn.

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

Phần 9.1 Trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian được bao trả bởi chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị được tiếp nhận vào một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong khoảng thời gian được bao trả bởi chương trình của chúng tôi, nói chung chúng tôi sẽ bao trả chi phí cho các thuốc theo toa của quý vị trong thời gian đó. Sau khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn này, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả các thuốc theo toa của quý vị miễn là chúng đáp ứng tất cả các quy định bảo hiểm của chúng tôi được mô tả trong chương này.

Phần 9.2 Là một cư dân trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng hoặc sử dụng nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người nội trú. Nếu quý vị nội trú tại một cơ sở LTC, quý vị có thể nhận thuốc theo toa của mình thông qua nhà thuốc của cơ sở đó hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng, miễn là nhà thuốc đó tham gia mạng lưới của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* [AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider](https://www.aetna.com/VADSNP-find-provider) để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở LTC của quý vị hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu nhà thuốc đó không thuộc mạng lưới, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc trợ giúp, vui lòng gọi cho Dịch Vụ hội viên theo số **1-855-463-0933** (người dùng TTY gọi **711**). Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể nhận được các quyền lợi Phần D của mình một cách thường xuyên thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Nếu quý vị lưu trú tại một cơ sở LTC và cần một loại thuốc không có trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo cách nào đó, xin xem Phần 5 để biết thông tin về việc nhận lượng thuốc tạm thời hoặc khẩn cấp.

Phần 9.3 Nếu quý vị đang trong chương trình chăm sóc cuối đời có chứng nhận Medicare

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

Trong trường hợp quý vị hủy bỏ lựa chọn chăm sóc cuối đời của mình hoặc rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm cho các loại thuốc của quý vị như được giải thích trong tài liệu này. Để tránh mọi sự chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời từ Medicare của quý vị kết thúc, hãy mang giấy tờ đến nhà thuốc để xác minh việc hủy bỏ hoặc xuất viện của quý vị.

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

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

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

- Các lỗi thuốc có thể xảy ra
- Các thuốc có thể không cần thiết vì quý vị dùng một loại thuốc tương tự khác để điều trị tình trạng tương tự
- Các thuốc có thể không an toàn hoặc thích hợp với độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- Một số loại thuốc có thể gây tổn hại cho quý vị nếu sử dụng cùng lúc
- Đơn thuốc cho thuốc có thành phần quý vị bị dị ứng
- Các lỗi có thể xảy ra về số lượng (liều lượng) của thuốc quý vị dùng
- Lượng thuốc giảm đau nhóm opioid không an toàn

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

Phần 10.1 Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP) để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

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

- Yêu cầu quý vị mua tất cả các đơn thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ một (số) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị phải lấy tất cả đơn thuốc cho thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một hoặc nhiều người kê đơn nhất định
- Hạn chế số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi có kế hoạch giới hạn cách quý vị nhận các loại thuốc này hoặc số tiền quý vị có thể nhận được, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi sẽ giới hạn bảo hiểm các loại thuốc này cho quý vị hay quý vị sẽ được yêu cầu nhận đơn thuốc cho các loại thuốc này chỉ từ một người kê đơn hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng thuốc kê toa hay nhà thuốc nào và về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị nghĩ là quan trọng để chúng tôi biết. Sau khi quý vị đã có cơ hội trả lời, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm của quý vị cho các loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận giới hạn đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi phạm sai lầm hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn, quý vị và bác sĩ kê toa của quý vị có quyền kháng nghị. Nếu quý vị kháng nghị, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến các hạn chế áp dụng đối với việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một người đánh giá độc lập bên ngoài chương trình. Chuyển đến Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu kháng nghị.

Quý vị sẽ không được đưa vào DMP của chúng tôi nếu quý vị có một số điều kiện y tế nhất định, chẳng hạn như đau liên quan đến ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, quý vị đang được chăm sóc cuối đời, giảm nhẹ hoặc cuối đời, hoặc sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Phần 10.2 Chương trình Quản Lý Liệu Pháp Dược Phẩm (MTM) giúp các hội viên quản lý dược phẩm

Chúng tôi có các chương trình có thể giúp các hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Một chương trình được gọi là chương trình Quản Lý Liệu pháp Thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Một nhóm các dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình này cho chúng tôi nhằm giúp đảm bảo các hội viên của chúng tôi nhận được nhiều quyền lợi nhất từ những thuốc họ dùng.

Một số hội viên mắc một số bệnh mạn tính nhất định và dùng thuốc vượt quá một số chi phí thuốc cụ thể hoặc đang ở trong DMP để giúp họ sử dụng opioid một cách an toàn, có thể nhận dịch vụ thông qua chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, một dược sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe khác sẽ đánh giá toàn diện tất cả thuốc của quý vị. Trong quá trình xem xét, quý vị có thể nói về các loại thuốc, chi phí của mình và bất kỳ vấn đề hoặc câu hỏi nào quý vị có về thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn của mình. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt trong đó có danh sách việc cần làm được đề xuất bao gồm các bước quý vị nên thực hiện để thu được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, liều lượng quý vị dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng chúng. Ngoài ra, các hội viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc thải bỏ an toàn các loại thuốc theo toa là các chất được kiểm soát.

Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được đề xuất. Mang theo bản tóm tắt khi đến khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Luôn cập nhật danh sách thuốc của quý vị và mang theo cùng quý vị (ví dụ: kèm theo ID của quý vị) trong trường hợp quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi tên quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, hãy thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút tên của quý vị. Nếu có thắc mắc về chương trình này, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**).

Chương 6:

Các khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc Phần D

PHẦN 1 Các khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc Phần D

Trong chương này, “thuốc” có nghĩa là thuốc theo toa Phần D. Không phải tất cả thuốc đều là thuốc Phần D. Một số thuốc không thuộc bảo hiểm Phần D theo quy định của pháp luật. Một số thuốc bị loại khỏi bảo hiểm Phần D được bao trả theo Medicare Phần A hoặc Phần B.

Để hiểu thông tin thanh toán, quý vị cần biết những loại thuốc nào được bảo hiểm, nơi mua thuốc theo toa của quý vị và những quy định cần tuân theo khi quý vị nhận thuốc được bảo hiểm. Chương 5 giải thích các quy tắc này. Khi quý vị sử dụng “Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực” của chương trình chúng tôi để tra cứu bảo hiểm thuốc [AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary](https://www.aetna.com/VADSNP-drug-formulary), chi phí hiển thị là ước tính chi phí tự trả mà quý vị dự kiến phải thanh toán. Quý vị cũng có thể nhận thông tin được cung cấp trong “Công Cụ Quyền lợi Theo Thời Gian Thực” bằng cách gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ điều kiện nhận và đang nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để thanh toán cho các chi phí chương trình thuốc theo toa của mình. Vì quý vị có Hỗ Trợ Bổ Sung, **một số thông tin trong Chứng Từ Bảo Hiểm này về chi phí thuốc theo toa Phần D không áp dụng cho quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phần riêng biệt, được gọi là *Phụ Lục Chứng Từ Bảo Hiểm Cho Những Người Nhận Trợ Cấp Đặc Biệt Để Thanh Toán Cho Thuốc Theo Toa* (còn được gọi là *Phụ Lục Trợ Cấp Thu Nhập Thấp* hay *Phụ Lục LIS*), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ này, gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) và yêu cầu *Phụ Lục LIS*.

Phần 1.1 Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể chi trả cho các thuốc được bao trả

Có 3 loại chi phí tự trả khác nhau cho các thuốc Phần D được bao trả mà quý vị có thể được yêu cầu thanh toán:

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

Phần 1.2 Cách Medicare tính toán các chi phí tự trả của quý vị

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

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

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

- Số tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc khi quý vị đang ở trong các giai đoạn thanh toán thuốc sau đây:
 - Giai đoạn khấu trừ
 - Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu
- Mọi khoản thanh toán quý vị đã thực hiện trong năm dương lịch này với tư cách là hội viên của một chương trình thuốc khác của Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi
- 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 bằng Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare, các chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch vụ Y tế cho Người Da đỏ, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS và hầu hết các tổ chức từ thiện.

Chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương:

Khi quý vị (hoặc những người thanh toán đại diện cho quý vị) đã chi trả tổng cộng \$2,400 trong các chi phí tự trả trong năm dương lịch đó, quý vị chuyển từ Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

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

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

- Thuốc quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ
- Thuốc không được chương trình của chúng tôi bao trả
- Thuốc quý vị mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng yêu cầu của chương trình chúng tôi về bảo hiểm ngoài mạng lưới.
- Thuốc không thuộc Phần D, bao gồm cả thuốc theo toa được bao trả bởi Phần A hoặc Phần B và các thuốc khác bị Medicare loại trừ khỏi khoản bao trả.
- Các khoản thanh toán của quý vị đối với các thuốc thường không được bao trả trong Chương Trình Thuốc Medicare.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi một số chương trình bảo hiểm và chương trình y tế do chính phủ tài trợ, chẳng hạn như TRICARE và Cơ quan Quản lý Sức khỏe Cựu chiến binh (VA)
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi bên thứ ba có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán chi phí thuốc kê toa (ví dụ: Bồi thường cho Người lao động.)
- Các khoản thanh toán do nhà sản xuất thuốc chi trả theo Chương trình Giảm giá của Nhà sản xuất

Nhắc nhở: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác tương tự như các tổ chức được liệt kê phía trên thanh toán cho một phần hoặc toàn bộ các chi phí xuất túi đối với thuốc của quý vị, quý vị bắt buộc phải cho chương trình của chúng tôi biết bằng cách gọi cho Dịch Vụ hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:1-855-463-0933)).

Theo dõi tổng chi phí tự trả của quý vị

- **Bản Giải Thích Quyền Lợi Phần D (EOB)** quý vị nhận được bao gồm tổng các chi phí tự trả hiện tại của quý vị. Khi số tiền này đạt đến \$2,400, *EOB Phần D* sẽ cho quý vị biết rằng quý vị đã rời khỏi Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.
- **Đảm bảo chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Đến Phần 3.1 để tìm hiểu những việc quý vị có thể làm để giúp đảm bảo hồ sơ của chúng tôi về những gì quý vị đã chi tiêu là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 2 Các giai đoạn thanh toán thuốc cho các hội viên Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Có **3 giai đoạn thanh toán thuốc** cho bảo hiểm thuốc của quý vị theo Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Số tiền quý vị thanh toán cho mỗi toa thuốc tùy thuộc vào giai đoạn quý vị đang ở khi quý vị mua hoặc mua thêm toa thuốc. Chi tiết của từng giai đoạn được giải thích trong chương này. Các giai đoạn là:

Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm

Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Giai đoạn 3: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

PHẦN 3 Bản Giải Thích Quyền Lợi Phần D của quý vị cho biết quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào

Chương trình của chúng tôi theo dõi các chi phí thuốc theo toa của quý vị và các khoản thanh toán quý vị thực hiện khi quý vị nhận thuốc theo toa tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể cho quý vị biết khi quý vị chuyển từ một giai đoạn thanh toán thuốc sang giai đoạn tiếp theo. Chúng tôi theo dõi 2 loại chi phí:

- **Chi Phí Tự Trả:** đây là số tiền quý vị đã thanh toán. Điều này bao gồm những gì quý vị đã trả khi quý vị nhận thuốc Phần D được bao trả, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện và bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện cho thuốc của quý vị bằng Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare, các chương trình bảo hiểm y tế của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch vụ Y tế cho Người Da đỏ, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS và các tổ chức từ thiện.
- **Tổng Chi Phí Thuốc:** đây là tổng số tất cả các khoản thanh toán được thực hiện cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Nó bao gồm những gì chương trình của chúng tôi đã trả, những gì quý vị đã trả và những gì các chương trình hoặc tổ chức khác đã trả cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

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

- **Thông tin cho tháng đó.** Báo cáo này cung cấp chi tiết thanh toán về các toa thuốc quý vị đã mua trong tháng trước. Thông tin này thể hiện tổng các chi phí thuốc, những khoản mà chương trình của chúng tôi đã thanh toán, và những gì quý vị và người khác đã thanh toán thay cho quý vị.
- **Tổng cộng cho cả năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Thông tin này thể hiện tổng chi phí thuốc và tổng các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông báo này hiển thị tổng giá thuốc và thông tin về những thay đổi về giá từ lần mua đầu tiên cho mỗi yêu cầu kê toa có cùng số lượng.

- **Các toa thuốc thay thế có chi phí thấp hơn.** Điều này thể hiện thông tin về các loại thuốc có sẵn khác có chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu kê toa, nếu có.

Phần 3.1 Giúp chúng tôi cập nhật thông tin về các khoản thanh toán thuốc của quý vị

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

- **Xuất trình thẻ hội viên mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.** Điều này giúp đảm bảo rằng chúng tôi biết về các toa thuốc mà quý vị mua và những gì quý vị chi trả.
- **Đảm bảo chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Có những thời điểm quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí của một loại thuốc theo toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận thông tin chúng tôi cần để theo dõi các chi phí xuất túi của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị. **Ví dụ về thời điểm quý vị nên đưa cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc của quý vị:**
 - Khi quý vị mua một loại thuốc được bao trả tại một nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi chương trình của chúng tôi.
 - Khi quý vị trả khoản đồng thanh toán cho thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
 - Bất cứ lúc nào quý vị mua thuốc được bao trả tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc thanh toán toàn bộ giá cho một thuốc được bao trả trong những trường hợp đặc biệt.
 - Nếu quý vị được ghi hóa đơn cho một loại thuốc được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện việc này, chuyển đến Chương 7, Phần 2.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thực hiện cho quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số cá nhân và tổ chức khác cũng được tính vào các chi phí xuất túi của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán của chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch vụ Y tế cho Người Da đỏ và các tổ chức từ thiện được tính vào các chi phí xuất túi của quý vị. Lưu hồ sơ các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.
- **Hãy kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận *EOB Phần D*, hãy xem kỹ để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có thông tin bị thiếu hoặc có thắc mắc, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**). Hãy nhớ giữ các báo cáo này.

PHẦN: 4 Giai Đoạn Khấu Trừ

Vì hầu hết các hội viên của chúng tôi đều nhận Hỗ trợ Bổ sung cho chi phí thuốc kê toa của họ nên Giai đoạn Khấu trừ không áp dụng cho hầu hết các hội viên. Nếu quý vị nhận Hỗ Trợ Bổ Sung, giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

Nếu quý vị không nhận Hỗ trợ Bổ sung, Giai đoạn Khấu trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho bảo hiểm thuốc của quý vị. Khoản khấu trừ không áp dụng cho các sản phẩm insulin được bao trả và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm cả bệnh zona, uốn ván và vắc-xin du lịch. Quý vị sẽ phải trả một khoản khấu trừ hàng năm \$700 với các loại thuốc Bạc 3, Bạc 4 và Bạc 5. **Quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc Bạc 3, Bạc 4 và Bạc 5 cho đến khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ trong chương trình của chúng tôi.** Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ không phải thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào. **Tổng chi phí** thường thấp hơn giá đầy đủ thông thường của thuốc vì chương trình của chúng tôi thương lượng chi phí thấp hơn cho hầu hết các loại thuốc tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Toàn bộ chi phí không

được vượt quá giá hợp lý tối đa cộng với phí cấp phát cho các thuốc có giá thương lượng theo Chương Trình Thương Lượng Giá Thuốc của Medicare. Sau khi quý vị thanh toán \$700 cho các thuốc Bậc 3, Bậc 4 và Bậc 5, quý vị sẽ kết thúc Giai Đoạn Khấu Trừ và chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.

PHẦN: 5 Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Phần 5.1 Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc tùy thuộc vào thuốc đó và nơi quý vị mua thuốc theo toa

Trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chương trình và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị (khoản đồng thanh toán *hoặc* đồng bảo hiểm của quý vị). Khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi phụ thuộc vào thuốc và nơi quý vị mua thuốc theo toa.

Chương trình của chúng tôi có 5 bậc chia sẻ chi phí

Mọi thuốc trên Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chi phí chia sẻ càng cao, chi phí thuốc của quý vị càng cao:

- **Bậc 1: Thuốc Gốc Ưu Tiên**
Nhiều loại thuốc gốc phổ biến chi phí thấp hơn.
- **Bậc 2: Thuốc gốc**
Thuốc gốc chi phí cao hơn.
- **Bậc 3: Thuốc thương hiệu được ưu tiên**
Nhiều thuốc thương hiệu phổ biến và một số thuốc gốc chi phí cao hơn.
- **Bậc 4: Thuốc Không Được Ưu tiên**
Thuốc thương hiệu có chi phí cao hơn và các loại thuốc gốc thường có sẵn một sản phẩm thay thế chi phí thấp hơn.
- **Bậc 5: Biệt dược**
Thuốc thương hiệu và thuốc gốc giá cao hơn đáp ứng định nghĩa của Medicare về một loại thuốc biệt dược.
- **Insulin:** Bất kể bậc nào, quý vị phải trả không quá \$35 mỗi tháng cho lượng cung cấp mỗi sản phẩm insulin được bao trả.

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tìm trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi.

Các lựa chọn về nhà thuốc của quý vị

Việc quý vị trả bao nhiêu tiền thuốc phụ thuộc vào việc quý vị có hay không nhận thuốc từ:

- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới.
- Nhà thuốc không nằm trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Chúng tôi bao trả cho các toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong các tình huống hạn chế. Chuyển đến Chương 5, Phần 2.4 để tìm hiểu khi nào chúng tôi sẽ bao trả cho toa thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện của chương trình của chúng tôi.

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn nhà thuốc này và việc mua thuốc theo toa, hãy xem Chương 5 và *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc của chương trình chúng tôi* ([AetnaMedicare.com/VAHDSNP-find-provider](https://www.aetna.com/VAHDSNP-find-provider)).

Phần 5.2 Chi phí của quý vị cho lượng thuốc được bao trả dùng trong *một tháng*

Trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chia sẻ chi phí thuốc được bảo hiểm của quý vị sẽ là đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

Số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí.

Đôi khi chi phí của thuốc thấp hơn khoản đồng thanh toán của quý vị. Trong những trường hợp này, quý vị trả mức giá thấp hơn cho thuốc thay vì khoản đồng thanh toán.

Chi phí của quý vị cho lượng thuốc được bao trả Phần D dùng trong *một tháng*

Bậc	Mức Chia sẻ Chi phí Bán lẻ Tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (tối đa lượng thuốc dùng trong 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Bảo hiểm giới hạn trong một số tình huống nhất định; chuyển đến Chương 5 để biết chi tiết.) (tối đa lượng thuốc dùng trong 10 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc Ưu tiên)	\$0	\$0	\$0	\$0
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc Gốc)	\$0	\$0	\$0	\$0
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc chính hiệu Ưu tiên)	9% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0	9% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0	9% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0	9% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0

Bậc	Mức Chia sẻ Chi phí Bán lẻ Tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (tối đa lượng thuốc dùng trong 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Bảo hiểm giới hạn trong một số tình huống nhất định; chuyển đến Chương 5 để biết chi tiết.) (tối đa lượng thuốc dùng trong 10 ngày)
	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc Không Được Ưu Tiên)	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0

Bậc	Mức Chia sẻ Chi phí Bán lẻ Tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (tối đa lượng thuốc dùng trong 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Bảo hiểm giới hạn trong một số tình huống nhất định; chuyển đến Chương 5 để biết chi tiết.) (tối đa lượng thuốc dùng trong 10 ngày)
	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Biệt dược)	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0</i>	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0</i>	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0</i>	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0</i>

Bậc	Mức Chia sẻ Chi phí Bán lẻ Tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày)	Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (tối đa lượng thuốc dùng trong 31 ngày)	Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Bảo hiểm giới hạn trong một số tình huống nhất định; chuyển đến Chương 5 để biết chi tiết.) (tối đa lượng thuốc dùng trong 10 ngày)
	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>	Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: <i>Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80</i> <i>Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40</i>
Insulin	Quý vị sẽ không phải trả quá \$35 cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả bất kể bậc chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.			

Chuyển đến Phần 7 biết thêm thông tin về chia sẻ chi phí cho vắc-xin Phần D.

Phần 5.3 Nếu bác sĩ của quý vị kê toa ít hơn lượng thuốc dùng trong một tháng, quý vị không phải thanh toán chi phí cấp thuốc của cả tháng đó

Thông thường, số tiền quý vị trả cho một loại thuốc sẽ bao trả lượng thuốc dùng trong cả tháng. Đôi khi quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn quý vị có ít hơn lượng thuốc dùng trong một tháng (ví dụ, khi quý vị thử một loại thuốc lần đầu tiên). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê đơn và được cấp lượng thuốc ít hơn lượng dùng đủ một tháng nếu điều này giúp quý vị lên kế hoạch ngày mua lại thuốc thuận tiện hơn.

Nếu quý vị nhận ít hơn lượng thuốc đủ dùng cho cả tháng, quý vị sẽ không phải thanh toán cho lượng thuốc của cả tháng.

- Nếu quý vị chịu trách nhiệm về khoản đồng bảo hiểm, quý vị phải thanh toán một *tỷ lệ phần trăm* của tổng chi phí thuốc. Vì khoản đồng bảo hiểm dựa trên tổng chi phí thuốc, nên chi phí của quý vị sẽ thấp hơn vì tổng chi phí cho thuốc sẽ thấp hơn.

- Nếu quý vị có trách nhiệm chi trả khoản đồng thanh toán cho thuốc, quý vị chỉ thanh toán cho số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được thay vì cả tháng. Chúng tôi tính số tiền quý vị thanh toán trên mỗi ngày dùng thuốc (tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày) và nhân số đó với số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được.

Phần 5.4

Chi phí của quý vị cho lượng thuốc dùng dài hạn (tối đa 100 ngày) đối với thuốc Phần D được bao trả

Đối với một số thuốc, quý vị có thể nhận lượng thuốc dùng lâu dài (còn được gọi là lượng thuốc kéo dài). Lượng thuốc lâu dài lên tới lượng thuốc dùng trong 100 ngày.

Chi phí của quý vị đối với lượng thuốc dùng dài hạn (tối đa đủ dùng trong 100 ngày) của một loại thuốc Phần D được bao trả

Bậc	Mức Chia sẻ Chi phí Bán lẻ Tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện (tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc Ưu tiên)	\$0	\$0
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc Gốc)	\$0	\$0
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc chính hiệu Ưu tiên)	9% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0 Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80 Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40	9% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0 Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80 Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40

Bậc	Mức Chia sẻ Chi phí Bán lẻ Tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua bưu điện (tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày)
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc Không Được Ưu Tiên)	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0 Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80 Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40	25% hoặc Nếu quý vị hiện đủ điều kiện hưởng Medicaid: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được bao trả, quý vị trả: \$0 Nếu quý vị không còn tư cách đủ điều kiện tham gia Medicaid đang có hiệu lực nhưng đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc chính hiệu được coi như thuốc gốc, quý vị trả: \$0, \$1.65, hoặc \$5.80 Đối với thuốc chính hiệu, quý vị trả: \$0, \$5.00, hoặc \$14.40
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (Biệt dược)	Không áp dụng lượng thuốc dùng dài hạn cho các thuốc thuộc Bậc 5.	
Insulin	Quý vị sẽ không phải trả quá \$70 cho tối đa lượng thuốc dùng trong 2 tháng hoặc \$105 cho tối đa lượng thuốc dùng trong 3 tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được bao trả bất kể bậc chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.	

Phần 5.5 Quý vị ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi các chi phí tự trả của quý vị trong năm đạt đến \$2,400

Quý vị ở Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt đến \$2,400. Sau đó, quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

EOB Phần D mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi các khoản thanh toán của quý vị, chương trình chúng tôi và bất kỳ bên thứ ba nào thay mặt cho quý vị trong suốt một năm. Không phải tất cả hội viên đều sẽ đạt đến giới hạn chi phí tự trả trong một năm là \$2,400.

Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đạt đến số tiền này. Đến Phần 1.2 biết thêm thông tin về cách Medicare tính toán các chi phí tự trả của quý vị.

PHẦN 6 Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương, quý vị không phải thanh toán khoản tiền nào cho các thuốc Phần D được bao trả. Quý vị bước vào Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương khi các chi phí tự trả của quý vị đạt đến giới

hạn \$2,400 cho năm dương lịch. Khi vào Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ ở giai đoạn này cho đến cuối năm dương lịch.

- Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D của mình.

PHẦN 7 Các khoản quý vị phải thanh toán cho vắc-xin Phần D

Thông báo quan trọng về các khoản quý vị phải thanh toán cho vắc-xin — Một số vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được bao trả theo Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các vắc-xin này được liệt kê trong Danh Sách Thuốc của chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn miễn phí cho quý vị, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Truy cập Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (người dùng TTY gọi **711**) để biết thông tin chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí về các loại vắc-xin cụ thể.

Có 2 phần trong bảo hiểm vắc-xin Phần D của chúng tôi:

- Phần đầu tiên là chi phí của **chính vắc-xin**.
- Phần thứ hai là chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. (Việc này đôi khi được gọi là sử dụng vắc-xin.)

Chi phí của quý vị cho vắc-xin Phần D phụ thuộc vào 3 điều:

1. **Liệu vắc-xin có được khuyến nghị cho người lớn bởi một tổ chức có tên là Ủy Ban Tư Vấn về Thực Hành Tiêm Chủng (ACIP) hay không.**
 - Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được ACIP khuyến dùng và quý vị không phải trả tiền.
2. **Nơi quý vị tiêm vắc-xin.**
 - Bản thân vắc-xin có thể được phân phối bởi nhà thuốc hoặc do văn phòng bác sĩ cung cấp.
3. **Người cho quý vị dùng vắc-xin.**
 - Dược sĩ hoặc nhà cung cấp khác có thể tiêm vắc-xin tại nhà thuốc. Hoặc, một nhà cung cấp có thể tiêm trong văn phòng của bác sĩ.

Những gì quý vị chi trả khi nhận vắc-xin Phần D có thể thay đổi tùy thuộc vào hoàn cảnh và **giai đoạn thanh toán thuốc** của quý vị.

- Khi quý vị tiêm vắc-xin, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho cả bản thân vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp tiêm vắc-xin cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi trả lại cho quý vị phần chi phí mà chúng tôi phải chi trả. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, điều này có nghĩa là quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ chi phí quý vị đã trả.
- Những lần khác, khi quý vị tiêm vắc-xin, quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình theo quyền lợi Phần D. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị không phải trả gì.

Dưới đây là 3 ví dụ về các cách quý vị có thể tiêm vắc-xin Phần D.

Tình huống 1: Quý vị nhận vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Liệu quý vị có quyền lựa chọn này hay không còn tùy thuộc vào nơi quý vị sống. Một số tiểu bang không cho phép các nhà thuốc cung cấp một số loại vắc-xin nhất định.)

- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị không phải trả gì.
- Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị thanh toán cho nhà thuốc khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán của quý vị cho chính vắc-xin đó, bao gồm chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị.
- Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho phần chi phí còn lại.

Tình huống 2: Quý vị được tiêm vắc-xin Phần D tại phòng khám bác sĩ của quý vị.

- Khi quý vị tiêm vắc-xin, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của chính vắc-xin đó và chi phí để nhà cung cấp tiêm vắc-xin đó cho quý vị.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được hoàn trả số tiền quý vị đã trả, ít hơn bất kỳ khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán nào cho vắc-xin (bao gồm cả việc sử dụng), và ít hơn bất kỳ chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính phí và những gì chúng tôi thường trả. (Nếu quý vị nhận Hỗ Trợ Bổ Sung, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch này).

Tình huống 3: Quý vị tự mua vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới và đưa vắc-xin đến phòng khám bác sĩ của quý vị nơi họ cung cấp vắc-xin cho quý vị.

- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị không phải trả tiền cho chính vắc-xin đó.
- Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị thanh toán cho nhà thuốc khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán của quý vị cho riêng vắc-xin đó.
- Khi bác sĩ tiêm vắc-xin cho quý vị, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ này.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được hoàn trả số tiền quý vị đã trả ít hơn bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào cho việc tiêm vắc-xin và ít hơn bất kỳ chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính phí và những gì chúng tôi thường trả. (Nếu quý vị nhận Hỗ Trợ Bổ Sung, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch này).

Chương 7:

Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

PHẦN 1 Các tình huống khi quý vị nên yêu cầu chúng tôi chi trả phần chia sẻ của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả

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

Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi bồi hoàn cho quý vị (thanh toán lại cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn** cho quý vị). Quyền của quý vị là được chương trình của chúng tôi trả lại tiền bất cứ khi nào quý vị trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế hoặc các thuốc được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Có thể có những thời hạn mà quý vị phải đáp ứng để được hoàn lại tiền. Đến Phần 2 của chương này. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định các dịch vụ hoặc thuốc đó nên được bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị.

Cũng có thể có những lần quý vị nhận hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế quý vị đã nhận hoặc nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị. Trước tiên, hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu cách đó không hiệu quả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định các dịch vụ đó có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định các dịch vụ đó nên được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không bao giờ được trả nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí được chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này đã ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

Ví dụ về các tình huống tại đó quý vị có thể cần yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận:

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

- Quý vị có thể nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc cần khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp nào dù nhà cung cấp đó có tham gia vào mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong những trường hợp này, hãy yêu cầu nhà cung cấp ghi hóa đơn cho chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền tại thời điểm nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
- Quý vị có thể nhận hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu khoản thanh toán mà quý vị nghĩ quý vị không nợ. Hãy gửi hóa đơn này cho chúng tôi, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

- Nếu nhà cung cấp chưa được thanh toán bất kỳ khoản nào, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn trả số tiền đó cho quý vị.

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

Nhà cung cấp trong mạng lưới luôn gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình của chúng tôi. Nhưng đôi khi họ mắc sai lầm và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của mình.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề thanh toán.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

3. Nếu quý vị đã được ghi danh từ trước trong chương trình của chúng tôi

Đôi khi việc ghi danh của một người vào chương trình của chúng tôi có hiệu lực từ trước. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của họ đã trôi qua. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra vào năm ngoái.)

Nếu quý vị đã được ghi danh từ trước trong chương trình của chúng tôi và quý vị đã tự thanh toán cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được bao trả nào của quý vị sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Quý vị cần nộp giấy tờ như biên lai và hóa đơn để chúng tôi xử lý việc hoàn trả.

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

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc đó có khả năng không thể gửi yêu cầu trực tiếp cho chúng tôi. Khi việc đó xảy ra, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc của quý vị.

Giữ lại biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ bao trả cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Chuyển đến Chương 5, Phần 2.4 để tìm hiểu thêm về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ thanh toán tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình của chúng tôi hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của chúng tôi. Nếu nhà thuốc không thể nhận thông tin ghi danh mà họ cần ngay, quý vị có thể cần phải tự thanh toán toàn bộ chi phí của toa thuốc đó.

Giữ lại biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi. Chúng tôi có thể không hoàn lại toàn bộ số tiền quý vị đã trả nếu giá tiền mặt quý vị trả cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng cho đơn thuốc.

6. Các tình huống khác khi quý vị trả tất cả chi phí cho một đơn thuốc

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

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả

- Ví dụ: thuốc đó có thể không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc thuốc đó có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ sẽ áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định mua thuốc ngay lập tức, quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc.
- Giữ lại biên lai của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Trong một số tình huống, quý vị có thể cần phải nhận thêm thông tin từ bác sĩ của mình để được hoàn trả phần chia sẻ của chúng tôi cho chi phí thuốc. Chúng tôi có thể không hoàn lại toàn bộ số tiền quý vị đã trả nếu giá tiền mặt quý vị trả cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng cho đơn thuốc.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Đây được gọi là đưa ra **quyết định bảo hiểm**. Nếu chúng tôi quyết định bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Chương 9 có thông tin về cách kháng nghị.

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

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị bằng cách gọi cho chúng tôi hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn và tài liệu của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Nên giữ bản sao hóa đơn và biên lai cho hồ sơ của quý vị. **Quý vị phải gửi yêu cầu bồi thường vắc-xin y tế và vắc-xin Phần B của mình cho chúng tôi trong vòng 12 tháng** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc Phần B. **Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán thuốc theo toa cho chúng tôi trong vòng 36 tháng** kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc Phần D.

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

- Quý vị không cần phải sử dụng biểu mẫu nhưng nó sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Biểu mẫu yêu cầu quý vị cung cấp thông tin như: tên, địa chỉ, số ID Aetna, tên nhà cung cấp, mã số NPI (mã định danh nhà cung cấp quốc gia) của nhà cung cấp, mã TIN (mã số nhận dạng người nộp thuế) của nhà cung cấp, địa chỉ nhà cung cấp, ngày cung cấp dịch vụ, loại hoàn trả, mô tả dịch vụ và phí.
- Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) và yêu cầu mẫu đơn.

Đối với các tuyên bố y tế (bao gồm vắc-xin phòng COVID-19, Cúm/bệnh cúm, Viêm phổi): Hãy gửi qua bưu điện thư yêu cầu trả tiền cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên nhận nào của quý vị cho chúng tôi theo địa chỉ sau đây:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998

Đối với các yêu cầu thanh toán thuốc theo toa Phần D và Medicaid (bao gồm vắc-xin phòng bệnh zona hoặc thủy đậu): Hãy gửi qua bưu điện thư yêu cầu trả tiền cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên nhận nào của quý vị cho chúng tôi theo địa chỉ sau đây:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Aetna Integrated Pharmacy Solutions
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả**PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và trả lời có hoặc không**

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết chúng tôi có cần thêm thông tin bổ sung nào từ quý vị hay không. Nếu không, chúng tôi sẽ cân nhắc yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định bảo hiểm.

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

Phần 3.1 Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho toàn bộ hoặc một phần dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc đó, quý vị có thể kháng nghị

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

Chương 8:

Quyền và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị

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

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách có thẩm quyền về văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng truy cập này bao gồm, nhưng không giới hạn, việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch viên, máy đánh chữ từ xa hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại máy đánh chữ từ xa).

Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Ả Rập, cũng như bằng chữ nổi Braille, bản in chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

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

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi cho một chuyên khoa không có sẵn, thì trách nhiệm của chương trình của chúng tôi là tìm các nhà cung cấp chuyên khoa bên ngoài mạng lưới, những người sẽ cung cấp cho quý vị sự chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị rơi vào tình huống không có chuyên gia nào trong mạng lưới của chương trình chúng tôi bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình của chúng tôi để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với chi phí chia sẻ trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, gặp chuyên gia sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi để nộp đơn than phiền với Dịch vụ Hội viên (bìa sau của tài liệu này có in số điện thoại). Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) hoặc TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

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

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our

plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Arabic, and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (TTY users call [711](tel:711)).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this document). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) or directly with the Office for Civil Rights [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) or TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Entre los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, proveer servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas además de inglés, incluido español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno si lo necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)).

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si no hay proveedores de una especialidad disponibles en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un

especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Servicio para Miembros al **1-855-463-0933** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al **1-800-368-1019** o, si es usuario de TTY, al **1-800-537-7697**.

1.1 القسم يتعين علينا تقديم المعلومات بطريقة تناسبك ومتوافقة مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو طباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك).

يجب أن تضمن خططنا توفير جميع الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، بطريقة كفؤة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها من قبل جميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. أمثلة على كيفية ملكنا قد تلبي الخطة متطلبات إمكانية الوصول هذه، ولكن ليسوا كذلك يقتصر على، توفير خدمات الترجمة، وخدمات الترجمة الفورية، وأجهزة الطباعة عن بعد، أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو الهاتف الكاتب عن بعد).

نتاح بخططنا خدمات المترجمين الفوريين مجانًا للإجابة على الأسئلة من الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية. يمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك اللغة العربية ولغة برايل، أو بالطباعة الكبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت بحاجة إليها. كان مطلوب منا أن نقدم لك معلومات حول فوائد خططنا بتنسيق هذا هو يمكن الوصول إليها ومناسبة لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بخدمات الأعضاء على

تعتبر خططنا مطلوبة لمنح المسجلات من الإناث خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا كان مقدمو الخدمة في ملكنا شبكة الخطة للتخصص ليسوا كذلك متاح، إنه لنا تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة والذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، سوف تفعل ادفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في ملكنا شبكة الخطة التي تغطي الخدمة التي تحتاجها، اتصل بخططنا للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه بحصل هذه الخدمة متاحة بتقاسم التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على معلومات من خططنا بتنسيق هذا هو يمكن الوصول إليها ومناسبة لك، رؤية أخصائي صحة المرأة أو العثور على أخصائي الشبكة، الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء على. أنت تستطيع يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم TTY 1-800-537-7697 أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة إلى مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو 1-800-537-7697

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

Quý vị có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình chúng tôi để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được bao trả của quý vị. Chúng tôi không yêu cầu quý vị xin giấy giới thiệu để đi tới các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Quý vị có quyền đặt hẹn và được bao trả dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi *trong một khoảng thời gian hợp lý*. Điều này bao gồm quyền được nhận dịch vụ kịp thời từ các chuyên gia khi quý vị cần. Quý vị cũng có quyền nhận được các toa thuốc đã kê hoặc kê lại tại bất kỳ nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải đợi lâu.

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

Phần 1.3 Chúng tôi bảo vệ sự riêng tư của các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Luật Liên bang và Tiểu bang bảo vệ tính riêng tư của hồ sơ y tế và các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị theo quy tắc của các luật này.

- Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị bao gồm các thông tin cá nhân quý vị đã cho chúng tôi biết khi ghi danh vào chương trình này cũng như các hồ sơ y tế và thông tin y tế, sức khỏe khác của quý vị.

- Quý vị có các quyền liên quan đến thông tin của quý vị và kiểm soát cách sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo, gọi là *Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư*, trong đó cho biết những quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi bảo vệ sự riêng tư cho thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị như thế nào?

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

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

Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của quý vị do chương trình của chúng tôi giữ và nhận một bản sao hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép thu phí cho việc thêm hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc chỉnh sửa hồ sơ bệnh án của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện điều này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định có nên thực hiện thay đổi hay không.

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của quý vị được chia sẻ với người khác như thế nào vì bất kỳ mục đích gì không thông thường.

Quý vị có quyền đưa ra khuyến nghị về chính sách của tổ chức chúng tôi đối với quyền và trách nhiệm của hội viên.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan ngại về quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

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

Là hội viên của Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), quý vị có quyền nhận nhiều loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn bất kỳ loại thông tin nào sau đây, xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)):

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Điều này bao gồm, ví dụ như, thông tin về điều kiện tài chính chương trình của chúng tôi.

- **Thông tin về các nhà cung cấp trong mạng lưới và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin về trình độ của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của mình.
- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm của quý vị.** Các chương 3 và 4 cung cấp thông tin liên quan đến các dịch vụ y tế. Các chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Thông tin về lý do tại sao khoản nào đó không được bao trả và quý vị có thể làm gì để giải quyết vấn đề đó.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do tại sao một dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được bao trả hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn được gọi là kháng nghị.
- **Thông tin từ phiên dịch viên.** Dịch vụ thông dịch viên chương trình của chúng tôi có sẵn bằng tất cả các ngôn ngữ bao gồm Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ. Dịch vụ thông dịch được cung cấp để thông dịch tại chỗ trong cuộc hẹn khám bệnh. Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên ít nhất hai tuần trước cuộc hẹn đã lên lịch của quý vị.

Phần 1.5 Quý vị có quyền biết về các lựa chọn điều trị của quý vị và tham gia vào các quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của mình và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Những nhà cung cấp của quý vị phải giải thích tình trạng bệnh lý và những lựa chọn điều trị cho quý vị *sao cho quý vị có thể hiểu được*.

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào những quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Để giúp quý vị đưa ra quyết định cùng với bác sĩ về những điều trị nào là tốt nhất cho quý vị, những quyền lợi của quý vị bao gồm những điều sau đây:

- **Đề biết về tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được gợi ý cho tình trạng bệnh của quý vị, bất kể chúng có giá bao nhiêu hoặc chúng có được bao trả bởi chương trình của chúng tôi hay không. Nó cũng bao gồm việc được thông báo về các chương trình mà chương trình của chúng tôi cung cấp để giúp các hội viên quản lý thuốc và sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Được biết về các rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro trong việc chăm sóc cho quý vị. Quý vị phải được cho biết trước nếu bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào được đề xuất là một phần của một nghiên cứu thử nghiệm. Quý vị luôn có sự lựa chọn được từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền nói “không.”** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị được khuyến nghị nào. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị cũng có quyền dừng sử dụng thuốc. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị đã chấp nhận hoàn toàn trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể của quý vị.

Quý vị có quyền cung cấp hướng dẫn về những việc cần thực hiện nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định y tế

Đôi khi người ta bị mất khả năng ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho bản thân do tai nạn hoặc bệnh tật nghiêm trọng. Quý vị có quyền nói những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị ở trong tình huống này. Điều này có nghĩa là, *nếu muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu đơn bằng văn bản để cung cấp cho **ai đó thẩm quyền pháp lý để đưa ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định.

- **Cung cấp cho các bác sĩ của quý vị những hướng dẫn bằng văn bản** về việc quý vị muốn họ thực hiện chăm sóc y tế đối với quý vị như thế nào nếu quý vị mất khả năng ra quyết định cho bản thân.

Các tài liệu pháp lý quý vị có thể sử dụng để đưa ra chỉ thị trước trong những tình huống này được gọi là **chỉ thị trước**. Các tài liệu như **ý nguyện trị liệu** và **giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ về chỉ thị trước.

Cách lập chỉ thị trước để đưa ra hướng dẫn:

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể nhận được mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư, nhân viên xã hội hoặc một số cửa hàng văn phòng phẩm. Đôi khi quý vị có thể lấy các mẫu chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp thông tin về Medicare cho mọi người. Quý vị cũng có thể liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) để yêu cầu mẫu đơn.
- **Điền vào mẫu đơn và ký tên.** Bất kể quý vị nhận được mẫu đơn này từ đâu, đó đều là một tài liệu pháp lý. Cần nhắc việc có một luật sư giúp quý vị chuẩn bị nó.
- **Đưa bản sao của mẫu cho đúng người.** Đưa một bản sao của mẫu đơn cho bác sĩ của quý vị và cho người mà quý vị nêu tên trong mẫu đơn, người có thể đưa ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể đưa ra quyết định. Nếu muốn, quý vị có thể đưa cho bạn thân hoặc thành viên gia đình bản sao này. Hãy giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước thời điểm mình có thể phải nhập viện và quý vị đã ký một chỉ thị trước, **hãy mang theo một bản sao đến bệnh viện.**

- Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị đã ký một mẫu chỉ thị trước nào chưa và liệu quý vị có mang theo nó bên người hay không.
- Nếu quý vị không ký mẫu chỉ thị trước, bệnh viện sẽ đưa mẫu sẵn và hỏi liệu quý vị có muốn ký nó hay không.

Điền vào một chỉ thị trước là lựa chọn của quý vị (bao gồm cả việc quý vị có muốn ký một chữ ký nếu quý vị đang ở bệnh viện hay không). Theo luật pháp, không ai có thể từ chối chăm sóc quý vị hoặc phân biệt đối xử đối với quý vị dựa trên việc quý vị có ký một chỉ thị trước hay không.

Trường hợp hướng dẫn của quý vị không được tuân theo

Nếu quý vị ký một chỉ thị trước và quý vị tin rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân theo hướng dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến cơ quan tiểu bang giám sát các chỉ thị trước. Để tìm cơ quan thích hợp ở tiểu bang của quý vị, hãy liên hệ với SHIP của quý vị. Thông tin liên hệ có trong **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này.

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định chúng tôi đã đưa ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, mối lo ngại hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bảo hiểm hoặc kháng nghị, Chương 9 của tài liệu này cho quý vị biết có thể làm gì. Dù quý vị làm gì – yêu cầu một quyết định bảo hiểm, kháng nghị, hay khiếu nại – **chúng tôi bắt buộc phải đối xử công bằng với quý vị.**

Phần 1.7 Nếu quý vị tin rằng mình đang bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng do chủng tộc, khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (đức tin), tuổi tác hoặc nguồn gốc quốc gia, hãy gọi cho **Văn Phòng Dân Quyền** thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) (Người dùng TTY gọi [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697)) hoặc gọi cho Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị.

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng, và vấn đề đó không phải là về phân biệt đối xử, quý vị có thể giải quyết các vấn đề của mình từ những nơi sau:

- **Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên trong chương trình của chúng tôi theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:1-855-463-0933))**
- **Gọi cho SHIP địa phương của quý vị.** Các số điện thoại được liệt kê trong **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này.
- **Gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)), (Người dùng TTY gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048))
- Quý vị có thể **gọi Medicaid**. Để biết chi tiết, hãy tham khảo **Phụ Lục A** của tài liệu này để biết tên và thông tin liên hệ của chương trình Medicaid tại tiểu bang của quý vị.
- Quý vị có thể **gọi cho Thanh Tra Viên của mình**. Để biết chi tiết, hãy tham khảo **Phụ Lục A** của tài liệu này để biết tên và thông tin liên hệ cho các chương trình Thanh tra viên tại tiểu bang của quý vị.

Phần 1.8 Làm thế nào để biết thêm thông tin về quyền của quý vị

Nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị từ những nơi này:

- **Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:1-855-463-0933))**
- **Gọi cho SHIP địa phương của quý vị.** Các số điện thoại được liệt kê trong **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này.
- **Liên hệ với Medicare.**
 - Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để đọc ấn phẩm Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare (có tại: [Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare](#))
 - Gọi 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) (người dùng TTY gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048))

PHẦN 2 Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

Những điều quý vị cần thực hiện với tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi được liệt kê dưới đây. Nếu có thắc mắc, hãy gọi Dịch vụ Hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:1-855-463-0933)).

- **Làm quen với các dịch vụ được bao trả của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng *Chứng Từ Bảo Hiểm* này để biết những khoản được bao trả và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ được bao trả.
 - Các chương 3 và 4 cung cấp chi tiết về các dịch vụ y tế.
 - Các chương 5 và 6 cung cấp chi tiết về bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp các quyền lợi này.
- **Thông báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ hội viên chương trình của chúng tôi bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D.
- **Giúp các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác trợ giúp quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi, và tuân theo dịch vụ chăm sóc của quý vị.**
 - Để giúp nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy thông báo cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo chương trình điều trị và hướng dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đồng ý.

- Hãy chắc chắn rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm các loại thuốc không kê đơn, vitamin và chất bổ sung.
- Nếu quý vị có thắc mắc, hãy chắc chắn hỏi và nhận được câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được.
- **Hãy tôn trọng người khác.** Chúng tôi hy vọng các hội viên của chúng tôi tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong quý vị hành động theo cách giúp cho hoạt động suôn sẻ của phòng mạch bác sĩ của quý vị, bệnh viện và các văn phòng khác.
- **Trả số tiền quý vị nợ.** Với tư cách là hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm đối với các khoản thanh toán:
 - Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là hội viên của chương trình của chúng tôi.
 - Đối với hầu hết các thuốc của quý vị được bao trả bởi chương trình của chúng tôi, quý vị phải chia sẻ chi phí khi quý vị mua thuốc.
- **Nếu quý vị chuyển đi *trong* khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi cần biết** để chúng tôi có thể cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển ra *ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình, quý vị không thể tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi.**
- **Nếu quý vị chuyển chỗ ở, hãy báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt).**

Chương 9:

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

PHẦN 1 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý vấn đề và lo ngại. Quy trình mà quý vị sử dụng để xử lý vấn đề của quý vị tùy thuộc vào loại vấn đề mà quý vị có:

- Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng quy trình cho các **quyết định bảo hiểm và kháng nghị**.
- Đối với các vấn đề khác, quý vị **cần sử dụng quy trình khiếu nại** (còn gọi là than phiền).

Mỗi quy trình có một bộ quy định, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định quy trình phù hợp để sử dụng và những việc quý vị nên làm.

Phần 1.1 Điều khoản pháp lý

Có các điều khoản pháp lý cho một số quy định, thủ tục và các loại thời hạn được giải thích trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này không quen thuộc với hầu hết mọi người. Để làm cho mọi thứ dễ dàng hơn, chương này sử dụng các từ quen thuộc hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý.

Tuy nhiên, đôi khi điều quan trọng là phải biết các thuật ngữ pháp lý chính xác. Để giúp quý vị biết thuật ngữ nào được sử dụng để nhận trợ giúp hoặc thông tin phù hợp, chúng tôi đính kèm các thuật ngữ pháp lý này khi chúng tôi đưa ra chi tiết để đối phó với các tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Lấy thêm thông tin và trợ giúp cá nhân ở đâu

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về cách chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Quý vị luôn luôn gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) để được trợ giúp. Trong một số trường hợp, quý vị có thể cũng muốn được giúp đỡ hoặc hướng dẫn từ người nào không liên kết với chúng tôi. Hai tổ chức có thể giúp đỡ là:

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Mỗi tiểu bang có một chương trình của chính phủ với cố vấn được đào tạo. Chương trình này không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Các tư vấn viên tại chương trình này có thể giúp quý vị hiểu quy trình nào quý vị nên sử dụng để xử lý một vấn đề mà quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời các câu hỏi, cung cấp cho quý vị thêm thông tin và cung cấp hướng dẫn về những việc cần làm.

Những dịch vụ của các tư vấn viên SHIP là miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy các số điện thoại trong **Phụ Lục A** ở mặt sau của tài liệu này.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để được trợ giúp:

- Gọi 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).
- Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Medicaid

Thông tin liên hệ của cơ quan Medicaid tại tiểu bang của quý vị có thể được tìm thấy trong Phụ Lục A ở mặt sau của tài liệu này.

PHẦN 3 Tìm hiểu về các khiếu nại và kháng nghị của Medicare và Medicaid

Quý vị có Medicare và nhận trợ giúp từ Medicaid. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** các quyền lợi Medicare và Medicaid của quý vị. Đây được gọi là quy trình tích hợp vì quy trình này kết hợp hoặc tích hợp các quy trình của Medicare và Medicaid.

Đôi khi các quy trình của Medicare và Medicaid không được kết hợp. Trong những tình huống đó, hãy sử dụng quy trình của Medicare cho quyền lợi được Medicare bao trả và quy trình Medicaid cho quyền lợi được bao trả bởi Medicaid. Những tình huống này được giải thích trong **Phần 6.4**.

PHẦN: 4 Quy trình nào cần sử dụng cho vấn đề của quý vị

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc mối lo ngại, hãy đọc các phần của chương này để áp dụng cho trường hợp của quý vị. Thông tin dưới đây sẽ giúp quý vị tìm được đúng phần trong chương này về các vấn đề hoặc khiếu nại về **các quyền lợi được bao trả bởi Medicare hoặc Medicaid**.

Vấn đề hoặc lo ngại của quý vị là về quyền lợi hay bảo hiểm?

Điều này bao gồm các vấn đề về chăm sóc y tế (vật tư y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc Phần B) có được bao trả hay không, cách chúng được bao trả và các vấn đề liên quan đến thanh toán cho chăm sóc y tế.

Có.

Chuyển đến, **Phần 5, Hướng dẫn về quyết định bảo hiểm và kháng nghị**.

Không.

Chuyển đến **Phần 11, Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các mối lo ngại khác**.

Quyết định bảo hiểm và kháng nghị

PHẦN 5 Hướng dẫn về quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Quyết định bảo hiểm và kháng nghị giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm cho chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc Phần B, bao gồm thanh toán). Để đơn giản, chúng tôi thường đề cập đến các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc Medicare Phần B là **chăm sóc y tế**. Quý vị có thể sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và kháng nghị đối với các vấn đề như một vật dụng có được bao trả hay không và cách vật dụng đó được bao trả.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi quý vị nhận dịch vụ

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bao trả dịch vụ chăm sóc y tế trước khi quý vị nhận hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của chúng tôi giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa y tế không nằm trong mạng lưới, việc giới thiệu này được coi là quyết định bảo hiểm thuận lợi trừ phi quý vị hoặc bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ chuyên khoa y tế này hoặc *Chứng Từ Bảo Hiểm* nêu rõ rằng chương trình tuyệt đối không bao trả cho dịch vụ được giới thiệu trong mọi điều kiện. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ không chắc liệu chúng tôi có bao trả một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần.

Trong số ít trường hợp, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm nếu yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy hoặc quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu bác bỏ yêu cầu về quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu đó bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ đó.

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm mỗi khi chúng tôi quyết định những gì được bảo hiểm cho quý vị và số tiền chúng tôi sẽ chi trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế không được bảo hiểm hoặc không còn được bảo hiểm cho quý vị nữa. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể đưa ra khiếu nại.

Đưa ra khiếu nại

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, dù trước hay sau khi quý vị nhận quyền lợi, và quý vị không hài lòng, quý vị có thể **kháng nghị** quyết định đó. Kháng nghị là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem lại và thay đổi quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể yêu cầu **kháng nghị nhanh** hoặc giải quyết nhanh đối với quyết định bảo hiểm. Kháng nghị của quý vị được xử lý bởi những người đánh giá không phải là những người đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng nghị một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là kháng nghị Cấp 1. Trong kháng nghị này, chúng tôi xem xét lại quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng các quy định hay không. Khi chúng tôi hoàn thành đánh giá, chúng tôi sẽ gửi quý vị quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng nghị Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm nếu yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy hoặc quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu bác bỏ yêu cầu kháng nghị Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu đó bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét việc bác bỏ.

Nếu chúng tôi không chấp nhận tất cả hoặc một phần kháng nghị Cấp 1 của quý vị về chăm sóc y tế, kháng nghị của quý vị sẽ tự động chuyển sang kháng nghị Cấp 2 được tiến hành bởi một tổ chức đánh giá độc lập không liên kết với chúng tôi.

- Quý vị không cần làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng nghị Cấp 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng nghị về chăm sóc y tế của quý vị lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Chuyển đến **Phần 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về kháng nghị Cấp 2 đối với chăm sóc y tế.
- Kháng nghị Phần D được thảo luận trong Phần 7 của chương này.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định tại kháng nghị Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các cấp độ kháng nghị bổ sung (chương này giải thích các quy trình kháng nghị Cấp 3, 4, và 5).

Phần 5.1 Nhận trợ giúp yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị

Dưới đây là các nguồn lực nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng nghị quyết định:

- **Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711))**
- **Nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang.
- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp kháng nghị qua Cấp 2, họ cần được chỉ định làm người đại diện của quý vị. Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) và yêu cầu mẫu *Đơn Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn cũng có sẵn tại [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf))
 - Đối với chăm sóc y tế, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu kháng nghị của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, nó sẽ tự động được chuyển tiếp lên Cấp 2.
 - Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác của quý vị yêu cầu tiếp tục dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đang nhận được trong thời gian kháng nghị, quý vị **có thể** cần chỉ định bác sĩ hoặc người kê đơn khác làm người đại diện để hành động thay mặt quý vị.
 - Đối với các thuốc Phần D, bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu kháng nghị Cấp 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ hoặc người kê toa thuốc có thể yêu cầu kháng nghị Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó thực hiện thay mặt quý vị.** Quý vị có thể chỉ định người hành động cho quý vị là người đại diện để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc nộp đơn kháng nghị.
 - Nếu quý vị muốn một người bạn, họ hàng hoặc người khác làm người đại diện của mình, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) và yêu cầu mẫu *Đơn Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn cũng có sẵn tại [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).) Mẫu đơn này cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. Mẫu đơn đó phải được ký kết giữa quý vị và người mà quý vị muốn hành động đại diện cho quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đã ký.
 - Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng nghị từ người đại diện mà không cần biểu mẫu này, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành đánh giá của mình cho đến khi nhận được nó. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trước hạn chót để ra quyết định về kháng nghị của quý vị, yêu cầu kháng nghị của quý vị sẽ bị bác bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quyền yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xem xét lại quyết định bác bỏ kháng nghị của quý vị.
- **Quý vị cũng có quyền thuê một luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư của quý vị hoặc tìm tên của vị luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Cũng có các nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không cần phải thuê một luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị quyết định nào.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Phần 5.2 Quy tắc và thời hạn cho các tình huống khác nhau**

Có 4 tình huống khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau, chúng tôi đưa ra chi tiết cho từng tình huống sau:

- **Phần 6:** “Chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị”
- **Phần 7:** “Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị”
- **Phần 8:** “Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm”
- **Phần 9:** “Cách yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng mình đang bị cho xuất viện quá sớm” (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)*)

Nếu quý vị không chắc chắn thông tin nào áp dụng cho mình, xin gọi Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ SHIP của mình.

PHẦN 6 Chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn kháng nghị**Phần 6.1 Những việc cần làm nếu quý vị có vấn đề về nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc muốn chúng tôi hoàn trả cho quý vị vì dịch vụ chăm sóc của quý vị**

Các quyền lợi về chăm sóc y tế của quý vị được mô tả trong Chương 4 trong Bảng Quyền lợi Y Tế. Trong một số trường hợp, các quy định khác nhau áp dụng cho yêu cầu về thuốc Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy định dành cho thuốc Phần B khác với các quy định dành cho các vật dụng và dịch vụ y tế như thế nào.

Mục này cho biết quý vị có thể làm gì nếu gặp bất kỳ tình huống nào trong 5 tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà mình muốn và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả, nhưng chúng tôi nói rằng chúng tôi sẽ không chi trả cho dịch vụ chăm sóc này. **Làm đơn kháng nghị. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi phải bao trả, và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị đang nhận (mà chúng tôi đã phê duyệt trước đó) sẽ bị giảm bớt hoặc ngưng lại, và quý vị tin rằng việc giảm bớt hoặc ngưng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị. **Làm đơn kháng nghị. Phần 6.3.**

Lưu ý: Nếu bảo hiểm sẽ bị ngưng là dành cho các chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Chuyên Sâu (CORF), đi tới Mục 8 và 9. Các quy định đặc biệt áp dụng cho những loại chăm sóc này.

Phần 6.2 Cách Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm

Thuật ngữ pháp lý:

Quyết định bảo hiểm liên quan đến chăm sóc y tế của quý vị được gọi là **quyết định tổ chức**.

Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định xúc tiến nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định bảo hiểm nhanh.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày theo lịch khi vật dụng hoặc dịch vụ y tế đó phải tuân theo các quy định cho phép trước của chúng tôi, 14 ngày theo lịch đối với tất cả các vật dụng và dịch vụ y tế khác hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. Quyết định bảo hiểm nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ đối với dịch vụ y tế hoặc 24 giờ đối với thuốc Phần B.

- Quý vị *chỉ* được ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu việc sử dụng thời hạn thông thường có thể sẽ gây *hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc tổn hại cho chức năng cơ thể của quý vị*.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đang cần quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý trao cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.
- Nếu quý vị tự yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, mà không có sự ủng hộ từ phía bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu sức khỏe của quý vị có đòi hỏi chúng tôi trao cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh hay không. Nếu chúng tôi không chấp thuận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị rằng:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động trao cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi trao cho quý vị quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị yêu cầu.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc quyết định bảo hiểm nhanh.

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, văn bản, hoặc fax cho chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị cho chúng tôi để cho phép và cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc đại diện của quý vị có thể làm điều này. Chương 2 có thông tin liên lạc.

Bước 3: Chúng tôi xem xét các yêu cầu bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi. Nếu vật dụng hoặc dịch vụ y tế được yêu cầu của quý vị không tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày theo lịch nếu yêu cầu của quý vị là cho vật dụng y tế hoặc

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

dịch vụ. Nếu chúng tôi cần thêm vài ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B.

- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không nên* kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời cho khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi ra quyết định. (Quy trình để khiếu nại khác với quy trình quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Chuyển đến Phần 11 để biết thông tin về khiếu nại.)

Đối với các quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian cấp tốc.

Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày theo lịch**. Nếu chúng tôi cần thêm vài ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không nên* kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi khiếu nại nhanh. (Chuyển đến Phần 11 để biết thông tin về khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi ra quyết định.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với toàn bộ hoặc một phần yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối.

Bước 4: Nếu chúng tôi không chấp nhận yêu cầu bảo hiểm cho chăm sóc y tế của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

- Nếu chúng tôi nói không, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu lại để nhận được bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, có nghĩa là quý vị đang chuyển sang Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 6.3 Cách kháng nghị Cấp 1

Thuật ngữ pháp lý:

Đơn kháng nghị với chương trình của chúng tôi về một quyết định bảo hiểm chăm sóc y tế được gọi là **xem xét lại** chương trình.

Kháng nghị nhanh còn được gọi là **xem xét lại cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày theo lịch hoặc 7 ngày theo lịch đối với thuốc Phần B. Một kháng nghị nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị kháng nghị một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị cần quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đang cần kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ trao cho quý vị kháng nghị nhanh.
- Các yêu cầu để nhận được kháng nghị nhanh cũng giống như các yêu cầu để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 6.2.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi kháng nghị hoặc kháng nghị nhanh**

- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo chuẩn, hãy gửi kháng cáo tiêu chuẩn bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị nhanh, hãy kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ mất thời hạn và có lý do chính đáng cho việc đó, giải thích lý do khiếu nại của quý vị bị trễ khi quý vị đưa ra khiếu nại. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.
- **Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của mình.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thông tin để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.

Nếu chúng tôi đã thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ dừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể giữ các dịch vụ hoặc vật dụng đó trong thời gian kháng nghị.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngừng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị hiện đang nhận, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện hành động được đề xuất.
- Nếu quý vị không đồng ý với hành động đó, quý vị có thể nộp kháng nghị Cấp 1. Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả dịch vụ hoặc vật dụng nếu quý vị yêu cầu kháng nghị Cấp 1 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày đóng dấu bưu điện trên thư của chúng tôi hoặc trước ngày hành động dự kiến có hiệu lực, tùy theo ngày nào muộn hơn.
- Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng mà không có thay đổi nào trong khi chưa có phán quyết về kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị cũng sẽ tiếp tục nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng khác (không phải là đối tượng kháng nghị của quý vị) mà không có thay đổi nào.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chương trình xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ kiểm tra cẩn thận tất cả các thông tin. Chúng tôi kiểm tra để xem chúng tôi có đang thực hiện theo tất cả các quy định hay không khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần và có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh

- Để kháng nghị nhanh, chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.** Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể mất thêm 14 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm vài ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B.
 - Nếu chúng tôi không cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối thời hạn kéo dài nếu chúng tôi kéo dài thêm vài ngày), chúng tôi phải tự động gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được kháng nghị của quý vị. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là chấp nhận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không chấp nhận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi quyết định cho quý vị bằng văn bản và tự động chuyển đơn kháng nghị của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để kháng nghị Cấp 2. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về một loại thuốc Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị quyết định của mình sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần chúng tôi làm điều đó.
 - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là cho vật dụng y tế hoặc dịch vụ. Nếu chúng tôi cần thêm vài ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B.
 - Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không nên* kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời cho đơn khiếu nại đó trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, xin xem **Phần 11**.)
 - Nếu chúng tôi không cho quý vị câu trả lời trước hạn chót (hoặc vào cuối thời hạn kéo dài), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến kháng nghị Cấp 2 nơi một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng nghị. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được kháng nghị của quý vị. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng **30 ngày theo lịch** hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B
- **Nếu chương trình của chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, quý vị có thêm quyền kháng nghị.**
- Nếu chúng tôi nói không với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
 - Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến việc bao trả một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare, bức thư sẽ báo cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để thực hiện khiếu nại Cấp 2.
 - Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến việc bao trả một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid, bức thư sẽ báo cho quý vị biết cách tự nộp đơn kháng nghị Cấp 2.

Phần 6.4 Quy trình kháng nghị Cấp 2**Thuật ngữ pháp lý:**

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Independent Review Entity**. Đôi khi tổ chức này được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê. Nó không có liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan của chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra có

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

đúng hay không hoặc liệu quyết định đó có cần được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường **được Medicare bao trả**, chúng tôi sẽ tự động gửi vụ việc của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị ngay sau khi kháng nghị Cấp 1 hoàn tất.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường **được Medicaid bao trả**, quý vị có thể tự nộp đơn kháng nghị Cấp 2. Bức thư sẽ báo cho quý vị biết cách thực hiện việc này. Thông tin cũng có ở bên dưới.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng có thể được **cả Medicare và Medicaid bao trả**, quý vị sẽ tự động nhận được kháng nghị Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều trần công bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện tiếp tục hưởng quyền lợi khi nộp kháng nghị Cấp 1, thì các quyền lợi của quý vị cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đang kháng nghị cũng có thể tiếp tục trong thời gian kháng nghị Cấp 2. Truy cập trang [161](#) để biết thông tin về việc tiếp tục các quyền lợi của quý vị trong thời gian kháng nghị Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường chỉ được Medicare bao trả, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong quá trình kháng nghị Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường được Medicaid bao trả, các quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị nộp kháng nghị Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định từ chương trình của chúng tôi.

Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicare thường bao trả:

Bước 1: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét kháng nghị của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng nghị của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức xét duyệt độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.
- Những người đánh giá thuộc tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị có kháng nghị nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị nhanh ở Cấp 2.

- Để kháng nghị nhanh, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm 14 ngày theo lịch**. Nếu cần thêm ngày để xử lý, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Tổ chức đánh giá độc lập không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B.

Nếu quý vị đã có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, nếu yêu cầu của quý vị dành cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm 14 ngày theo lịch**. Nếu cần thêm ngày để xử lý, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Tổ chức đánh giá độc lập không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Phần B.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập sẽ đưa ra câu trả lời của họ.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết quyết định của mình bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với một vật dụng hay dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn**. Đối với **các yêu cầu cấp tốc**, chúng tôi có **72 giờ làm việc** kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với thuốc Phần B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc Phần B **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn**. Đối với **các yêu cầu cấp tốc**, chúng tôi có **24 giờ làm việc** kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập bác bỏ một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về bảo hiểm cho chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Điều này được gọi là giữ nguyên quyết định hoặc từ chối kháng nghị của quý vị.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi cho quý vị một bức thư:
 - Giải thích về quyết định.
 - Cho quý vị biết về quyền được kháng nghị Cấp 3 nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm chăm sóc y tế đáp ứng ở một mức tối thiểu nhất định. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được từ tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho quý vị biết số tiền mà quý vị phải trả để tiếp tục quy trình kháng nghị.
 - Cho quý vị biết cách nộp kháng nghị Cấp 3.
- Nếu kháng nghị Cấp 2 của quý vị bị bác bỏ và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng nghị, quý vị phải quyết định xem mình có muốn lên Cấp 3 và thực hiện kháng nghị thứ ba hay không. Chi tiết về cách thức thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản quý vị nhận được sau kháng nghị Cấp 2 của mình.
 - Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa. **Phần 10** trong chương này giải thích quy trình cho kháng nghị Cấp 3 4, và 5.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid thường bao trả:**Bước 1: Yêu cầu một Phiên Điều trần Công bằng với tiểu bang.**

- Cấp 2 của quy trình kháng nghị đối với các dịch vụ thường được Medicaid bao trả là một Phiên Điều trần Công Bằng với tiểu bang. Quý vị phải yêu cầu một Phiên Điều trần Công Bằng bằng văn bản hoặc qua điện thoại **trong vòng 120 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư quyết định về kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Thư quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ cho quý vị biết nơi gửi yêu cầu điều trần.

Quý vị có thể yêu cầu tiểu bang Virginia về kháng nghị Cấp 2, được gọi là Điều trần công bằng. Cơ quan Điều trần Công bằng không liên kết với Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị của quý vị tin rằng khung thời gian tiêu chuẩn để giải quyết kháng nghị của quý vị quá dài và có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu Điều trần công bằng nhanh hoặc cấp tốc. Nếu quý vị nằm viện hoặc cơ sở chăm sóc, nếu chăm sóc quý vị nhận được

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

là cho vấn đề sức khỏe khẩn cấp hoặc cấp cứu, hoặc nếu cần thiết về mặt y tế và việc dùng khung thời gian tiêu chuẩn để quyết định kháng cáo có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến quý vị theo cách nào đó, quý vị có thể yêu cầu Điều trần công bằng nhanh hoặc cấp tốc.

Yêu cầu Điều trần Công bằng cấp Tiểu bang của quý vị phải được gửi tới:

Thư: Division of Appeals**Department of Medical Assistance Services (DMAS)**

600 E. Broad Street, Suite 1300

Richmond, Virginia 23219

Fax: 1-804-452-5454

Gọi: **804-371-8488**

Trực tuyến: Truy cập <https://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources> để thiết lập tài khoản trên cổng thông tin Quản Lý Thông Tin Kháng Nghị (AIMS). Tài khoản này sẽ cho phép quý vị theo dõi và quản lý kháng nghị trực tuyến, xem các ngày và thông báo quan trọng, cũng như gửi tài liệu.

Nếu quý vị yêu cầu Điều trần công bằng, quý vị có thể đã nhận được dịch vụ hoặc hạng mục đang bị cắt giảm, đình chỉ hoặc từ chối. Nếu các dịch vụ được yêu cầu bởi một nhà cung cấp được ủy quyền và quý vị muốn tiếp tục nhận các dịch vụ/vật dụng này thì quý vị phải làm một số việc sau:

- Gọi cho Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) theo số **1-855-463-0933 (TTY: 711)**.
- Hãy cho chúng tôi biết rằng quý vị muốn tiếp tục nhận các dịch vụ hoặc vật dụng này.
- Gửi yêu cầu của quý vị cho Phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang bằng văn bản đến địa chỉ DMAS ở trên, **trong vòng 10 ngày kể từ ngày trên Thư Quyết Định kháng nghị**.

Khi quý vị gọi cho Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) và gửi thư tới DMAS, các dịch vụ của quý vị sẽ tiếp tục cho đến khi nhân viên điều trần đưa ra quyết định về trường hợp của quý vị.

Nếu các dịch vụ tiếp tục và người xem xét Điều trần Công bằng cấp Tiểu bang từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán chi phí các dịch vụ/vật dụng được tiếp tục đó.

Quý vị có thể nhận một bản sao toàn bộ hồ sơ kháng cáo của mình miễn phí. Nếu quý vị muốn nhận bản sao hồ sơ kháng nghị của mình, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản tới:

Aetna Duals Member Appeals

PO Box 14726

Lexington, KY 40512

Bước 2: Văn phòng Điều trần Công bằng sẽ cho quý vị câu trả lời của mình.

Văn phòng Điều trần Công bằng sẽ cho quý vị biết quyết định của mình bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật dụng y tế hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ văn phòng Điều trần Công bằng.
- **Nếu văn phòng Điều trần Công bằng không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị**, họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị sẽ không được thông qua. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định hoặc từ chối kháng nghị của quý vị**.)

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Nếu quyết định là không đối với tất cả hoặc một phần những nội dung quý vị yêu cầu, quý vị có thể kháng cáo lại.

Nếu quyết định của tổ chức đánh giá độc lập hoặc văn phòng Điều trần Công bằng là không chấp thuận tất cả hoặc một phần những gì quý vị yêu cầu, quý vị có **các quyền kháng nghị bổ sung**.

Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần Công bằng sẽ mô tả lựa chọn kháng nghị tiếp theo này.

Chuyển đến **Phần 10** để biết thêm thông tin về các quyền kháng nghị của quý vị sau Cấp 2.

Phần 6.5 Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị đối với hóa đơn quý vị nhận được khi chăm sóc y tế

Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, hãy yêu cầu chương trình của chúng tôi trả lại cho quý vị (hoàn trả cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào quý vị thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định các dịch vụ hoặc thuốc đó nên được bao trả, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị.

Yêu cầu hoàn tiền là yêu cầu một quyết định bảo hiểm từ chúng tôi:

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu hoàn tiền, quý vị đang yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Để ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra để xem liệu quý vị có tuân thủ các quy định để sử dụng bảo hiểm của mình cho chăm sóc y tế hay không.

Nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền cho quý vị một dịch vụ hay vật dụng của **Medicare** hoặc quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid mà quý vị đã thanh toán, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm này. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra để xem liệu quý vị có làm theo tất cả các quy định để sử dụng bảo hiểm của mình cho chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi chấp thuận với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bao trả và quý vị đã tuân thủ các quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán chi phí thường trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Nếu dịch vụ chăm sóc Medicaid mà quý vị đã thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả và quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thay thế, chúng tôi sẽ gửi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị khoản thanh toán chi phí đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Sau đó, quý vị sẽ cần liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình để yêu cầu họ hoàn tiền cho quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- **Nếu chúng tôi không chấp thuận yêu cầu của quý vị:** Nếu chăm sóc y tế đó không được bao trả hoặc nếu quý vị đã *không* tuân theo tất cả quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán. Thay vào đó, chúng

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư nói rằng chúng tôi sẽ *không* thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế đó và lý do tại sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể nộp đơn kháng nghị**. Nếu quý vị đưa ra kháng nghị, nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để kháng nghị, hãy làm theo quy trình kháng nghị trong Phần 6.3. Đối với các kháng nghị liên quan đến việc hoàn tiền, hãy lưu ý:

- Chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận đơn kháng nghị của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập quyết định rằng chúng tôi cần phải thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho kháng nghị của quý vị là có tại bất cứ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.

PHẦN 7 Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc làm đơn kháng nghị**Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền cho quý vị đối với thuốc Phần D**

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được bảo hiểm, thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Truy cập Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế). Để biết chi tiết về thuốc Phần D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, chuyển sang Chương 5 và 6. **Phần này chỉ nói về các thuốc Phần D của quý vị.** Để đơn giản, chúng tôi thường nói *thuốc* trong phần còn lại của mục này, thay vì lặp lại *thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú được bao trả* hoặc *thuốc Phần D* mỗi lần. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ “Danh Sách Thuốc” thay vì *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* hoặc danh mục thuốc.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc liệu quý vị có đáp ứng các quy định hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải có phê duyệt từ chúng tôi trước khi chúng tôi bao trả.
- Nếu nhà thuốc cho quý vị biết rằng mình không thể mua thuốc theo toa như được kê, nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu một quyết định bảo hiểm.

Quyết định và khiếu nại bảo hiểm Phần D**Thuật ngữ pháp lý:**

Quyết định bảo hiểm ban đầu cho các thuốc Phần D của quý vị được gọi là **quyết định bảo hiểm**.

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của quý vị. Mục này cho biết quý vị có thể làm gì nếu gặp bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Yêu cầu bao trả một thuốc Phần D không có trên Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi.
Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 7.2.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Yêu cầu bỏ hạn chế về bảo hiểm của chương trình của chúng tôi cho một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận, tiêu chí cho phép trước hoặc yêu cầu thử một loại thuốc khác trước). **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu trả số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn cho một thuốc được bao trả ở bậc chia sẻ chi phí cao hơn. **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu được chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4.**
- Trả tiền cho một loại thuốc theo toa quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Phần 7.4.**

Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách yêu cầu kháng cáo.

Phần 7.2 Yêu cầu ngoại lệ

Thuật ngữ pháp lý:

Yêu cầu bảo hiểm một loại thuốc không có trên Danh Sách Thuốc là một **ngoại lệ đối với danh mục thuốc**.

Yêu cầu bỏ hạn chế đối với bảo hiểm cho một loại thuốc là một **ngoại lệ đối với danh mục thuốc**.

Yêu cầu chi trả giá thấp hơn cho một loại thuốc không được ưu tiên được bao trả là một **ngoại lệ về bậc**.

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách quý vị mong muốn thuốc được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một **“ngoại lệ.”** Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần ngoại lệ được chấp thuận. Dưới đây là 3 ví dụ về ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra:

1. **Bao trả một thuốc Phần D không có trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý bao trả một thuốc không có trên Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ cần trả khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các thuốc trong Bậc 4. Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ về khoản chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị trả cho thuốc đó khi chúng tôi đồng ý chi trả cho một loại thuốc không có trong Danh sách Thuốc.
2. **Xóa bỏ hạn chế đối với thuốc được bảo hiểm.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong “Danh sách Thuốc” của chúng tôi. Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ về khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị chi trả cho thuốc.
3. **Thay đổi bảo hiểm của một thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mọi thuốc trên Danh Sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp, quý vị chi trả càng ít hơn cho phần chia sẻ chi phí thuốc của mình.
 - Nếu Danh sách Thuốc của chúng tôi chứa (các) thuốc thay thế để điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho (các) thuốc thay thế.
 - Nếu thuốc quý vị đang dùng là thuốc thương hiệu, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa các thuốc thương hiệu thay thế để điều trị tình trạng của quý vị.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu thuốc quý vị đang dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc của quý vị với khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa thuốc thương hiệu hoặc thuốc gốc thay thế để điều trị tình trạng của quý vị.
- Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí cho bất kỳ loại thuốc nào trong Bậc 5 Biệt Dược.
- Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu về ngoại lệ phân bậc của quý vị và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, quý vị thường sẽ trả số tiền thấp nhất.

Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ**Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do y tế**

Bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản tuyên bố giải thích các lý do y khoa mà quý vị yêu cầu ngoại lệ. Để có được quyết định nhanh chóng hơn, hãy thêm thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Danh sách Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi các thuốc **thay thế**. Nếu một thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với thuốc mà quý vị yêu cầu và không gây nhiều hơn tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ không phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi về ngoại lệ về phân bậc, chúng tôi thường sẽ không phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị, trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không có tác dụng tốt cho quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tổn hại khác.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị, thì sự phê duyệt đó thường có hiệu lực cho đến cuối năm chương trình. Điều này đúng, miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và thuốc đó tiếp tục được an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại bằng cách kháng nghị.

Phần 7.4 Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ**Thuật ngữ pháp lý:**

Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định bảo hiểm cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định bảo hiểm nhanh.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị. **Quyết định bảo hiểm nhanh** được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị. Để có được một quyết định bảo hiểm nhanh chóng, quý vị phải đáp ứng 2 yêu cầu:

- Quý vị phải đang yêu cầu một *loại thuốc mà quý vị chưa nhận được*. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh hoàn trả cho một thuốc quý vị đã mua).
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của quý vị*.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đang cần quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động trao cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.**
- **Nếu quý vị tự yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, mà không có sự ủng hộ của bác sĩ hoặc người kê toa, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu sức khỏe của quý vị có đòi hỏi chúng tôi trao cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh hay không.** Nếu chúng tôi không chấp thuận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị rằng:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích nếu bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động trao cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.
 - Cho quý vị biết cách thức nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi trao cho quý vị quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được.

Bước 2: Yêu cầu một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc một quyết định bảo hiểm nhanh.

Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể tiếp cận quy trình quyết định bảo hiểm thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản, gồm cả yêu cầu được gửi trên *Mẫu Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm Kiểu CMS*, có trên trang web của chúng tôi ([AetnaMedicare.com/VADSNP-RxDrugs](https://www.aetna.com/vad-snp-rx-drugs)). Chương 2 có thông tin liên lạc. Để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, hãy bao gồm tên, thông tin liên lạc và thông tin cho biết yêu cầu thanh toán bị từ chối đang bị kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị, (hoặc bác sĩ kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể làm việc này. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư thực hiện thay mặt quý vị. Phần 5.1 của chương này cho biết cách quý vị có thể cung cấp sự cho phép bằng văn bản cho một người khác để hành động với tư cách người đại diện của quý vị.

- **Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố hỗ trợ**, tức là các lý do y tế cho việc yêu cầu ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể fax hoặc gửi qua đường bưu điện bản tuyên bố này đến chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể cho chúng tôi qua điện thoại và theo dõi bằng cách gửi fax hoặc gửi bản tuyên bố bằng văn bản nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và đưa ra câu trả lời của chúng tôi.**Thời hạn cho quyết định bảo hiểm nhanh**

- Nói chung, chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được chuyển đến tổ chức xem xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Các Hạn Chót Đối Với Quyết Định Bảo Hiểm Tiêu Chuẩn về một Thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được chuyển đến tổ chức xem xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về việc thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được chuyển đến tổ chức xem xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng được yêu cầu thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

- Nếu chúng tôi nói không, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu lại để nhận được bảo hiểm thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, có nghĩa là quý vị sẽ lên Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 7.5 Cách kháng nghị Cấp 1**Thuật ngữ pháp lý:**

Kháng nghị lên chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuộc Phần D được gọi là **xác định lại chương trình**.

Kháng nghị nhanh còn được gọi là **xác định lại cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày theo lịch. Một kháng nghị nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu kháng nghị nhanh.

- Nếu quý vị kháng nghị một quyết định chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc quý vị chưa nhận, quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của mình sẽ cần quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Các yêu cầu để nhận được kháng nghị nhanh cũng giống như các yêu cầu để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 7.4.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ với chúng tôi và đưa ra kháng nghị Cấp 1. Nếu sức khỏe của quý vị đang cần phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu một kháng nghị nhanh.

- **Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Để kháng nghị nhanh, hãy gửi đơn kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-855-463-0933 (TTY: 711).** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào**, bao gồm cả yêu cầu được nộp trên biểu mẫu Yêu cầu Xác định lại Mô hình CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi, [AetnaMedicare.com/VADSNP-RxDrugs](https://www.aetna.com/VADSNP-RxDrugs). Bao gồm tên, thông tin liên lạc và thông tin về yêu cầu bồi thường của quý vị để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ mất thời hạn và có lý do chính đáng cho việc đó, giải thích lý do khiếu nại của quý vị bị trễ khi quý vị đưa ra khiếu nại. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.
- **Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin trong đơn kháng nghị và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thông tin để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi kiểm tra cẩn thận một lần nữa tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để xem chúng tôi có đang thực hiện theo tất cả các quy định hay không khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc với bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác để có thêm thông tin.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)***Thời hạn cho kháng nghị nhanh***

- Để kháng nghị nhanh, chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được chuyển đến tổ chức xem xét độc lập. Phần 7.6 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn áp dụng kháng nghị tiêu chuẩn đối với một thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không trao cho quý vị quyết định trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được chuyển đến tổ chức xem xét độc lập. **Phần 7.6** giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải nhanh chóng cung cấp bảo hiểm nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, nhưng không muộn hơn **7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Hạn chót đối với kháng nghị tiêu chuẩn về việc thanh toán cho thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được chuyển đến tổ chức xem xét độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng được yêu cầu thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 4: Nếu chúng tôi không đồng ý đối với kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ quyết định có muốn tiếp tục quy trình kháng nghị và đưa ra kháng nghị khác hay không.

- Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng nghị khác, điều đó có nghĩa là kháng nghị của quý vị sẽ chuyển sang quy trình kháng nghị Cấp 2.

Phần 7.6 Cách kháng nghị Cấp 2**Thuật ngữ pháp lý:**

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Independent Review Entity**. Đôi khi tổ chức này được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê. Nó không có liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan của chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc liệu quyết định đó có cần được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác) phải liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị và dịch vụ đó được Medicare hoặc cả Medicare và Medicaid chi trả, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp đến IRE. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ mọi quyền kháng nghị bổ sung mà quý vị có thể có.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch lịch kể từ ngày trên thông báo bằng văn bản.**
- Nếu chúng tôi không hoàn thành đánh giá trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định bất lợi về việc xác định **có nguy cơ** theo chương trình quản lý thuốc, chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp yêu cầu của quý vị đến IRE. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu yêu cầu của quý vị đã được chuyển đến tổ chức xem xét độc lập.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về đơn kháng nghị của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức xét duyệt độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét kháng nghị của quý vị.

Những người đánh giá thuộc tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Thời hạn cho kháng nghị nhanh

- Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập cho kháng nghị nhanh.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý cấp kháng nghị nhanh cho quý vị, tổ chức đánh giá độc lập phải trao cho quý vị câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn**

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị nếu đó là đối với một thuốc mà quý vị chưa nhận. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho một thuốc quý vị đã mua, tổ chức đánh giá độc lập phải cho quý vị câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức đánh giá độc lập sẽ đưa ra câu trả lời của họ.**Đối với kháng nghị nhanh:**

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập chấp thuận một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được tổ chức đánh giá độc lập phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập.

Đối với các kháng nghị tiêu chuẩn:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bảo hiểm của quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập chấp thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu thanh toán lại cho quý vị đối với thuốc quý vị đã mua, chúng tôi phải **thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được quyết định từ Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập bác bỏ kháng nghị của quý vị?

Nếu tổ chức độc lập bác bỏ một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng nghị của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi cho quý vị một bức thư:

- Giải thích về quyết định.
- Cho quý vị biết về quyền kháng nghị Cấp 3 nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc quý vị yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể thực hiện kháng nghị khác và quyết định ở Cấp 2 là cuối cùng.
- Cho quý vị biết về giá trị bằng tiền phải đang trong tranh chấp để tiếp tục quy trình kháng nghị.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị quyết định xem có muốn đưa ra khiếu nại ở mức cao hơn hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trên tổng số 5 cấp kháng nghị).
- Nếu quý vị muốn kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2.
- Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa. **Phần 10** nói thêm về quy trình cho kháng nghị Cấp 3, 4, và 5.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện được bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hay thương tích của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được bao trả, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện sẽ hợp tác với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị rời viện. Họ sẽ giúp bố trí dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi rời đi.

- Ngày quý vị rời viện được gọi là **ngày xuất viện** của quý vị.
- Khi quyết định ngày xuất viện của quý vị, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng quý vị đang được yêu cầu rời viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ Medicare cho quý vị biết về các quyền của quý vị

Trong vòng 2 ngày theo lịch sau khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản gọi là *Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền Của Quý Vị*. Tất cả mọi người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người nào đó tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên phụ trách hay y tá), hãy hỏi bất cứ nhân viên nào ở bệnh viện để lấy. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**) hoặc 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) (Người dùng TTY gọi **1-877-486-2048**).

1. Vui lòng đọc thông báo này một cách cẩn thận và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Nó cho quý vị biết:

- Quyền nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Điều này bao gồm quyền biết những dịch vụ này là gì, người sẽ trả tiền cho những dịch vụ đó, và quý vị có thể nhận được chúng ở đâu.
- Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của mình.
- Nơi báo cáo bất kỳ mối quan ngại nào quý vị có về chất lượng chăm sóc bệnh viện của quý vị.
- Quyền **yêu cầu xem xét ngay** quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng mình được cho xuất viện quá sớm. Đây là một cách hợp pháp, chính thức để yêu cầu trì hoãn ngày xuất viện của quý vị do đó chúng tôi sẽ bảo trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn.

2. Quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để cho thấy quý vị đã nhận được thông báo và hiểu được các quyền của mình.

- Quý vị hoặc một người đại diện cho quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo.
- Việc ký vào thông báo *chỉ* cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký vào thông báo này **không có nghĩa là** quý vị đồng ý với ngày xuất viện.

3. Giữ bản sao của quý vị của thông báo để quý vị có thông tin về việc kháng nghị (hoặc báo cáo lo ngại về chất lượng chăm sóc) nếu cần.

- Nếu quý vị ký vào thông báo hơn 2 ngày theo lịch trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được lên lịch xuất viện.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Để xem trước bản sao của thông báo này, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (người dùng TTY gọi [711](tel:711)) hoặc 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Người dùng TTY gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048). Quý vị cũng có thể nhận thông báo trực tuyến tại [CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Phần 8.2 Cách thực hiện kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Để yêu cầu chúng tôi bao trả các dịch vụ bệnh viện nội trú trong thời gian lâu hơn, hãy sử dụng quy trình kháng nghị để thực hiện yêu cầu. Trước khi bắt đầu, quý vị nên hiểu mình cần làm gì và thời hạn là khi nào.

- **Tuân thủ quy trình**
- **Tuân thủ thời hạn**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, xin gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)). Hoặc gọi Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được trợ giúp cá nhân. Thông tin liên hệ SHIP có sẵn trong Chương 2, Phần 3.

Khi kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Tổ chức này sẽ kiểm tra xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp với quý vị về mặt y tế không. **Tổ chức Cải thiện Chất lượng** là nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét ngày xuất viện cho những người có Medicare. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng ở tiểu bang của quý vị và yêu cầu xem xét ngay việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải thực hiện nhanh chóng.

Làm thế nào để quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

- Văn bản thông báo quý vị nhận được (*Thông báo Quan trọng từ Medicare về Quyền của Quý vị*) cho biết cách thức liên lạc với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng ở tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Thực hiện nhanh chóng:

- Để thực hiện kháng nghị, quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng *trước khi* quý vị rời viện và **không muộn hơn nửa đêm ngày xuất viện.**
 - **Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này,** quý vị có thể ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện mà *không phải thanh toán chi phí* trong khi chờ nhận quyết định từ Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
 - **Nếu quý vị không đáp ứng được hạn chót này, hãy liên hệ với chúng tôi.** Nếu quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, *quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí* chăm sóc cho quý vị tại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến.

Sau khi quý vị yêu cầu đánh giá ngay về ngày xuất viện của mình, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Đến trưa ngày sau khi chúng tôi được liên lạc, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông báo Chi tiết về việc Xuất viện.** Thông báo này cung cấp cho quý vị ngày xuất viện theo kế hoạch và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện, và chúng tôi nghĩ rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y khoa).

Quý vị có thể nhận được mẫu **Thông Báo Chi Tiết Xuất Viện** bằng cách gọi cho Dịch Vụ hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi 711) or 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)).

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

(Người dùng TTY gọi **1-877-486-2048**.) Hoặc quý vị có thể nhận thông báo mẫu trực tuyến tại [CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (những người đánh giá) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho các dịch vụ nên tiếp tục. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể nếu quý vị muốn.
- Người đánh giá cũng sẽ xem thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chúng tôi và bệnh viện đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa ngày sau khi người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện, và chúng tôi nghĩ rằng việc xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y khoa) cho quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi đã có tất cả các thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ cho quý vị câu trả lời về khiếu nại của quý vị.***Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?***

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm của quý vị miễn là những dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc tiền đồng trả, nếu những điều này được áp dụng). Ngoài ra, có thể có giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là không đồng ý?

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập bác bỏ, tức là họ xác nhận rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa ngày sau khi Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đưa ra câu trả lời cho kháng nghị của quý vị.**
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập bác bỏ kháng nghị của quý vị và quý vị quyết định ở lại bệnh viện, **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa ngày hôm sau khi Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đưa ra câu trả lời cho kháng nghị của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho kháng nghị Cấp 1 quý vị là không, quý vị sẽ quyết định liệu mình có muốn thực hiện một kháng nghị khác hay không.

- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng *bác bỏ* kháng nghị của quý vị và quý vị vẫn ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, quý vị có thể thực hiện một kháng nghị khác. Thực hiện một kháng nghị khác nghĩa là quý vị sẽ chuyển sang **Cấp 2** của quy trình kháng nghị.

Phần 8.3 Cách thực hiện kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Trong kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng xem xét lại quyết định của họ đối với kháng nghị lần đầu của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác bỏ kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thời gian nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình.

Bước 1: Liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng một lần nữa và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng *bác bỏ* kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị vẫn ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm cho chăm sóc của quý vị chấm dứt.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét lần hai về tình hình của quý vị.

- Người đánh giá tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị Cấp 2 của quý vị, những người đánh giá sẽ đưa ra quyết định về kháng nghị và cho quý vị biết về quyết định của họ.***Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý:***

- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** đối với phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ trưa ngày kế tiếp sau ngày mà kháng nghị lần đầu của quý vị bị Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng *bác bỏ*. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú của quý vị miễn là cần thiết về mặt y khoa.**
- Quý vị phải tiếp tục chi trả phần chia sẻ chi phí và giới hạn bảo hiểm có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đưa ra cho kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết, bằng văn bản, quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không, quý vị cần quyết định xem mình có muốn kháng nghị ở cấp cao hơn không bằng cách đi tới Cấp 3.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trên tổng số 5 cấp kháng nghị). Nếu quý vị muốn kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2.
- Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa. **Phần 10** của chương này cung cấp thêm thông tin về quy trình kháng nghị Cấp 3, 4, và 5.

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả các dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm

Khi quý vị nhận các dịch vụ **chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng được bao trả (Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Chuyên Sâu)**, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại chăm sóc đó miễn là sự chăm sóc này cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định thời điểm ngừng bao trả bất kỳ loại chăm sóc nào trong 3 loại dành cho quý vị, chúng tôi được yêu cầu thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc, **chúng tôi sẽ ngừng thanh toán dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.** Phần này cho quý vị biết làm thế nào để yêu cầu kháng nghị.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Phần 9.1 Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị khi nào bảo hiểm của quý vị kết thúc****Thuật ngữ pháp lý**

Thông báo về việc Không bao trả của Medicare. Thông báo này sẽ cho quý vị biết cách thức để yêu cầu một **kháng nghị nhanh**. Yêu cầu một kháng nghị nhanh là cách thức hợp pháp và chính thức để yêu cầu thay đổi cho quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị.

1. **Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản** ít nhất hai ngày theo lịch trước khi chương trình của chúng tôi ngừng bao trả chăm sóc dành cho quý vị. Thông báo cho quý vị biết:
 - Ngày mà chúng tôi sẽ ngừng bao trả chăm sóc dành cho quý vị.
 - Cách yêu cầu “kháng nghị nhanh” để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị trong thời gian dài hơn.
2. **Quý vị hoặc người đại diện cho quý vị, sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để chứng minh rằng quý vị đã nhận thông báo đó.** Việc ký vào thông báo chỉ *chỉ* cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm ngừng bảo hiểm của quý vị. **Việc ký vào thông báo không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định ngừng chăm sóc của chương trình chúng tôi.

Phần 9.2 Cách Tiến Hành kháng nghị Cấp 1 để chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả chăm sóc dành cho quý vị trong thời gian dài hơn, quý vị cần sử dụng quy trình kháng nghị để tiến hành yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, quý vị nên hiểu mình cần làm gì và thời hạn là khi nào.

- **Tuân thủ quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, xin gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**). Hoặc gọi Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được trợ giúp cá nhân. Thông tin liên hệ SHIP có sẵn trong Chương 2, Phần 3.

Khi kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Quyết định xem ngày kết thúc chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không. **Tổ chức Cải thiện Chất lượng** là nhóm bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và hỗ trợ cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng bao trả cho một số loại dịch vụ chăm sóc y tế nhất định. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Thực hiện kháng nghị Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng và yêu cầu *kháng nghị nhanh*. Quý vị phải thực hiện nhanh chóng.

Làm thế nào để quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông báo về việc Không Nhận được Bảo hiểm Của Medicare*) sẽ cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng ở tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Thực hiện nhanh chóng:**

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng để bắt đầu **kháng nghị của mình trước buổi trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trên *Thông Báo Về Việc Không Nhận Được Bảo Hiểm của Medicare*.
- Nếu quý vị lỡ hạn chót và muốn nộp đơn kháng nghị, quý vị vẫn có quyền kháng nghị. Liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng của quý vị.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.**Thuật ngữ pháp lý**

Giải thích Chi tiết về Việc Không được Bảo hiểm Thông báo cung cấp thông tin chi tiết về lý do chấm dứt bảo hiểm.

Điều gì diễn ra trong quá trình xem xét này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (người đánh giá) sẽ hỏi quý vị, hoặc đại diện của quý vị, lý do tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho các dịch vụ nên được tiếp tục. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể nếu quý vị muốn.
- Tổ chức đánh giá độc lập cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Vào cuối ngày, người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được **Giải thích Chi tiết về Việc Không được Bảo hiểm** từ chúng tôi, trong đó giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm đối với các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng tròn một ngày sau khi họ có tất cả thông tin họ cần, những người xem xét sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.**Điều gì xảy ra nếu những người đánh giá đồng ý với kháng nghị của quý vị?**

- Nếu người đánh giá chấp thuận kháng nghị của quý vị thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ được bảo trả cho quý vị miễn là dịch vụ cần thiết về mặt y tế**.
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc tiền đồng trả, nếu những điều này được áp dụng). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu những người đánh giá không đồng ý với kháng nghị của quý vị?

- Nếu người đánh giá bác bỏ thì **bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo với quý vị**.
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hay các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Chuyên Sâu (CORF) **sau** ngày mà bảo hiểm của quý vị chấm dứt, **quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí** cho dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho kháng nghị Cấp 1 quý vị là không, quý vị sẽ quyết định liệu mình có muốn thực hiện một kháng nghị khác hay không.

- Nếu người đánh giá bác bỏ kháng nghị Cấp 1 của quý vị và quý vị chọn tiếp tục nhận chăm sóc sau khi bảo hiểm dành cho chăm sóc đó chấm dứt thì quý vị có thể thực hiện kháng nghị Cấp 2.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Phần 9.3 Cách Tiến Hành kháng nghị Cấp 2 để chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn**

Trong thời gian kháng nghị Cấp 2, quý vị sẽ yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem lại quyết định về kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng bác bỏ kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Chuyên Sâu (CORF) sau ngày mà chúng tôi tuyên bố bảo hiểm của quý vị chấm dứt.

Bước 1: Liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng một lần nữa và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng *bác bỏ* kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị tiếp tục nhận chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho chăm sóc của quý vị chấm dứt.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét lần hai về tình hình của quý vị.

- Người đánh giá tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị, người xem xét sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và thông báo cho quý vị quyết định của họ.***Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý?***

- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** đối với phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho chăm sóc quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm** cho chăm sóc miễn là chăm sóc cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục chi trả phần chia sẻ chi phí này và có thể có những giới hạn bảo hiểm áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đưa ra cho kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết, bằng văn bản, quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị chi tiết về cách chuyển sang cấp kháng nghị tiếp theo, được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không chấp thuận, quý vị sẽ cần phải quyết định xem mình có muốn kháng nghị tiếp hay không.

- Có 3 cấp bổ sung của kháng nghị sau Cấp 2, cho tổng số 5 cấp kháng nghị. Nếu quý vị muốn kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2.
- Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa. Phần 10 của chương này cho biết thêm về quy trình dành cho kháng nghị Cấp 3, 4, và 5.

PHẦN 10 Đưa kháng nghị của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5**Phần 10.1 Cấp Kháng Nghị 3, 4, và 5 dành cho Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế**

Mục này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2 và cả hai kháng nghị này của quý vị đều bị bác bỏ.

Nếu giá trị bằng tiền của vật dụng hay dịch vụ y tế quý vị kháng nghị đáp ứng được mức độ tối thiểu nhất định, quý vị có thể chuyển lên cấp bổ sung của kháng nghị. Nếu giá trị bằng tiền thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục kháng nghị. Phản hồi bằng văn bản quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp 2 sẽ giải thích cách thực hiện kháng nghị Cấp 3.

Trong hầu hết các trường hợp kháng nghị, 3 cấp kháng nghị cuối hoạt động theo phương thức tương tự như 2 cấp đầu tiên. Đây là những người sẽ giải quyết việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi cấp trong những cấp này.

Kháng nghị cấp 3

Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc một thẩm phán luật sư làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trao cho quý vị câu trả lời.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc thẩm phán xét xử chấp nhận kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị có thể hoặc không thể kết thúc.** Không giống như quyết định tại kháng nghị Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng nghị quyết định ở Cấp 3 có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị, nó sẽ được chuyển đến kháng nghị Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định không kháng nghị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao yêu cầu kháng nghị cấp 4 cùng với bất kỳ tài liệu đi kèm nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định kháng nghị Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ y tế đang tranh chấp.
- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc thẩm phán xét xử không chấp nhận kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định bác bỏ kháng nghị của mình, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định này, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với kháng nghị Cấp 4.

Kháng nghị cấp 4

Hội Đồng Kháng Nghị Medicare (Hội Đồng) sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trao cho quý vị câu trả lời. Hội đồng là một bộ phận của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là có hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xem xét quyết định phúc thẩm Cấp 3 có lợi của chúng tôi, quy trình kháng nghị có thể hoặc không thể kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng nghị quyết định Cấp 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có kháng nghị quyết định này lên Cấp 5 hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị quyết định này, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định từ Hội Đồng.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định này, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu câu trả lời là không hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xem xét, quy trình *kháng nghị* có thể kết thúc hoặc không.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định này, quyết định từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định này, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội Đồng bác bỏ kháng nghị của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết các quy định có cho phép quý vị đi đến kháng nghị Cấp 5 hay không và cách tiếp tục kháng nghị Cấp 5.

Kháng nghị cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *chấp thuận* hoặc *không chấp thuận* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn có thêm cấp kháng nghị nào sau Tòa Án Quận Liên Bang.

Phần 10.2 Kháng nghị Medicaid bổ sung

Quý vị cũng có các quyền kháng nghị khác nếu kháng nghị của quý vị liên quan đến các dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicaid thường chi trả. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Phiên Điều Trần Công Bằng sẽ cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

Phần 10.3 Cấp Kháng Nghị 3, 4, và 5 cho các Yêu cầu về thuốc Phần D

Mục này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2 và cả hai kháng nghị này của quý vị đều bị bác bỏ.

Nếu giá trị của thuốc quý vị kháng nghị đáp ứng được một mức giá trị bằng tiền nhất định, quý vị có thể chuyển sang các cấp kháng nghị bổ sung. Nếu giá trị bằng tiền thấp hơn, quý vị không thể tiếp tục kháng nghị. Phản hồi bằng văn bản quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp 2 sẽ giải thích đối tượng quý vị cần liên hệ và điều quý vị cần làm để yêu cầu kháng nghị Cấp 3.

Trong hầu hết các trường hợp kháng nghị, 3 cấp kháng nghị cuối hoạt động theo phương thức tương tự như 2 cấp đầu tiên. Đây là những người sẽ giải quyết việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi cấp trong những cấp này.

Kháng nghị cấp 3

Một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc một thẩm phán luật sư làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trao cho quý vị câu trả lời.

- **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc thẩm phán luật sư phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị nhanh) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc thẩm phán xét xử không chấp nhận kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị có thể hoặc không thể kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định này, quyết định từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định này, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với kháng nghị Cấp 4.

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Kháng nghị cấp 4**

Hội Đồng Kháng Nghị Medicare (Hội Đồng) sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trao cho quý vị câu trả lời. Hội đồng là một bộ phận của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội Đồng phê duyệt trong vòng **72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị cấp tốc) hoặc thanh toán không quá 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là không hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu xem xét, quy trình kháng nghị có thể kết thúc hoặc không.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định bác bỏ kháng nghị của mình, quy trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định này, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội Đồng bác bỏ kháng nghị của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết các quy định có cho phép quý vị đi đến kháng nghị Cấp 5 hay không và cách tiếp tục kháng nghị Cấp 5.

Kháng nghị cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *chấp thuận* hoặc *không chấp thuận* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn có thêm cấp kháng nghị nào sau Tòa Án Quận Liên Bang.

Khiếu Nại
PHẦN 11 Làm thế nào để khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các lo ngại khác
Phần 11.1 Quy trình khiếu nại xử lý loại vấn đề nào?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng. Sau đây là các ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bằng quy trình khiếu nại.

Phàn nàn	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng của dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (bao gồm dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện)?
Tôn trọng sự riêng tư của quý vị	• Có ai đó không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin bí mật của quý vị không?

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Phàn nàn	Ví dụ
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Có ai đó thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng với quý vị không? • Quý vị có không hài lòng với Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi? • Quý vị có cảm thấy muốn rời khỏi chương trình của chúng tôi không?
Thời gian đợi	• Quý vị có đang gặp khó khăn trong việc hẹn gặp hoặc đợi quá lâu để được hẹn không? • Quý vị có bị bắt đợi quá lâu bởi bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia sức khỏe khác không? Hoặc bởi Dịch Vụ Hội Viên hoặc nhân viên khác trong chương trình của chúng tôi? ◦ Ví dụ như đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng đợi hay phòng khám, hoặc khi lấy toa thuốc.
Sự sạch sẽ	• Quý vị có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ không?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị thông báo bắt buộc? • Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?
Tính kịp thời (Những loại khiếu nại này là về tính kịp thời của các hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị)	Nếu quý vị yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc đã kháng nghị và quý vị cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị có thể khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Sau đây là ví dụ: • Quý vị đã yêu cầu <i>quyết định bảo hiểm nhanh</i> hoặc <i>kháng nghị nhanh</i> với chúng tôi và chúng tôi không chấp thuận; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng được hạn chót cho các quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn để bao trả hoặc hoàn tiền cho quý vị đối với một số vật dụng hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Phần 11.2 Cách thực hiện khiếu nại**Thuật ngữ pháp lý:**

Khiếu nại còn được gọi là **than phiền**.

Nộp đơn khiếu nại được gọi là **nộp đơn than phiền**.

Sử dụng quy trình khiếu nại được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn than phiền**.

Khiếu nại nhanh được gọi là **than phiền cấp tốc**.

Bước 1: Xin hãy nhanh chóng liên hệ với chúng tôi – có thể qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) thường là bước đầu tiên.** Nếu có gì khác mà quý vị cần thực hiện, Dịch Vụ Hội Viên sẽ thông báo cho quý vị.
- **Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc đã gọi nhưng không hài lòng), quý vị có thể gửi khiếu nại bằng văn bản cho chúng tôi.** Nếu quý vị gửi khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- **Để nộp đơn than phiền (khiếu nại) bằng văn bản, hãy gửi cho chúng tôi văn bản khiếu nại đến địa chỉ được liệt kê trong Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực (**Cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị**).**
 - Hãy đảm bảo rằng quý vị cung cấp tất cả thông tin thích hợp, bao gồm mọi tài liệu hỗ trợ mà quý vị cho là phù hợp.
 - Vấn đề của quý vị sẽ được hội viên trong nhóm khiếu nại của chúng tôi điều tra. Nếu quý vị gửi khiếu nại bằng lời nói, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị kết quả xem xét và quyết định của chúng tôi bằng lời nói hoặc văn bản. Nếu quý vị gửi khiếu nại bằng lời nói và yêu cầu gửi phản hồi bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi bằng văn bản. Nếu quý vị gửi khiếu nại bằng văn bản cho chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị phản hồi bằng văn bản, nêu rõ kết quả xem xét của chúng tôi. Thông báo của chúng tôi sẽ bao gồm mô tả về sự hiểu biết của chúng tôi về khiếu nại của quý vị và cách giải quyết của chúng tôi bằng các thuật ngữ rõ ràng.
 - Chúng tôi phải giải quyết khiếu nại của quý vị nhanh nhất dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không muộn hơn 30 ngày theo lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị. Chúng tôi có thể gia hạn khung thời gian thêm tối đa 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất của quý vị.
 - Quý vị cũng có quyền yêu cầu than phiền “giải quyết” nhanh. Than phiền “giải quyết” nhanh là một loại khiếu nại phải được giải quyết trong vòng 24 giờ kể từ khi quý vị liên hệ với chúng tôi. Quý vị có quyền yêu cầu than phiền “giải quyết” nhanh nếu quý vị không đồng ý với:
 - Kế hoạch của chúng tôi là gia hạn thêm 14 ngày theo lịch cho quyết định về tổ chức/bảo hiểm hoặc xem xét lại/quyết định lại (kháng cáo); hoặc
 - Việc chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về việc đẩy nhanh quyết định hoặc xem xét lại (kháng cáo) của tổ chức đối với các dịch vụ y tế; hoặc
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về việc đẩy nhanh việc xác định bảo hiểm hoặc xác định lại (khiếu nại) đối với thuốc theo toa.
- Quy trình khiếu nại “cấp tốc” nhanh chóng như sau:
 - Quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền có thể gọi điện, gửi fax hoặc gửi đơn khiếu nại của quý vị qua đường bưu điện và đề cập rằng quý vị muốn quy trình khiếu nại nhanh hoặc cấp tốc. Gọi số điện thoại, fax hoặc viết đơn khiếu nại của quý vị và gửi đến địa chỉ được liệt kê trong Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực (**Cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị**). Cách nhanh nhất để nộp khiếu nại nhanh chóng là gọi điện hoặc gửi fax cho chúng tôi. Cách

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

nhANH NHẤT ĐỂ NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI LÀ GỌI CHO CHÚNG TÔI. Khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ nhanh chóng điều tra vấn đề quý vị đã xác định. Nếu chúng tôi đồng ý với khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ hủy gia hạn 14 ngày theo lịch, hoặc đẩy nhanh quyết định hoặc kháng nghị như quý vị yêu cầu ban đầu. Bất kể chúng tôi có đồng ý hay không, chúng tôi sẽ điều tra khiếu nại của quý vị và thông báo cho quý vị về quyết định của mình trong vòng 24 giờ.

- **Dù quý vị gọi điện hay gửi thư, quý vị nên gọi ngay cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (người dùng TTY gọi [711](tel:711)).** Quý vị có thể khiếu nại bất cứ lúc nào sau khi gặp vấn đề quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và đưa ra câu trả lời.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị khiếu nại qua điện thoại, chúng tôi có thể trả lời quý vị ngay trong cuộc gọi điện thoại.
- **Hầu hết các khiếu nại được trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch.** Nếu chúng tôi cần nhiều thông tin hơn và việc trì hoãn có lợi nhất cho quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch (tổng số 44 ngày theo lịch) để trả lời khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm vài ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị đang tiến hành khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc “kháng nghị nhanh” của quý vị thì chúng tôi sẽ tự động cung cấp “khiếu nại nhanh” cho quý vị.** Nếu quý vị có “khiếu nại nhanh”, có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề mà quý vị khiếu nại, chúng tôi sẽ đưa lý do vào phản hồi của chúng tôi cho quý vị.

Phần 11.3 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc tới Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng

Khi khiếu nại của quý vị là về chất lượng chăm sóc, quý vị cũng có thêm 2 lựa chọn:

- **Quý vị có thể đưa ra khiếu nại trực tiếp đến Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng.** Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc bệnh nhân Medicare. Chương 2 có thông tin liên lạc.

Hoặc

- **Quý vị có thể cùng lúc khiếu nại với cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng lẫn chúng tôi.**

Phần 11.4 Quý vị cũng có thể cho Medicare và Medicaid biết về khiếu nại của mình

Quý vị có thể gửi khiếu nại về Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) trực tiếp đến Medicare. Để gửi khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Người dùng TTY/TDD gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Chương 9. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại về chương trình của chúng tôi trực tiếp đến Virginia Medicaid bằng cách điền và gửi mẫu đơn khiếu nại được tìm thấy tại <https://www.dmas.virginia.gov/appeals/appeals-overview/> qua:

Thư:**Virginia Department of Medical Assistance Services****Appeals Division**

600 E Broad St

Richmond, Virginia 23219

Fax: (804) 452-5454**Hoặc gọi:** [\(804\) 371-8488](tel:8043718488)

Chương 10:

Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) có thể là **tự nguyện** (lựa chọn của quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải lựa chọn của quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi vì quý vị quyết định *muốn* rời khỏi. Các phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị một cách tự nguyện.
- Cũng có một số trường hợp giới hạn mà chúng tôi bắt buộc phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 sẽ nói cho quý vị về các trường hợp khi chúng tôi phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị.

Trong trường hợp quý vị rời khỏi chương trình, chúng tôi vẫn phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho đến khi tư cách hội viên kết thúc.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi?

Phần 2.1 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên vì quý vị có Medicare và Medicaid

Hầu hết mọi người có Medicare chỉ có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong một số thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medicaid nên quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi bằng cách chọn một trong các tùy chọn Medicare sau vào bất kỳ tháng nào trong năm.

- Chương trình Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng
- Nếu hội đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp cung cấp Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” và rời khỏi mà không có bảo hiểm thuốc dựa trên tín nhiệm trong một khoảng thời gian liên tục từ 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó. Nếu quý vị nhận Hỗ Trợ Bổ Sung, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

- Gọi cho Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị để tìm hiểu về các tùy chọn chương trình Medicaid của quý vị (số điện thoại có trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này).
- Các tùy chọn chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác có sẵn trong **Giai đoạn Ghi danh Mở**. Phần 2.2 sẽ cho quý vị biết thêm về Giai đoạn Ghi danh Mở.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ thường kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.** Việc ghi danh vào chương trình mới của quý vị cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong Giai đoạn Ghi danh Mở

Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong **Giai đoạn Ghi danh Mở** mỗi năm. Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm y tế và thuốc của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm sắp tới.

- **Giai đoạn Ghi danh Mở** là từ ngày **15 tháng 10 đến 7 tháng 12**.
- **Chọn giữ bảo hiểm hiện tại của quý vị hoặc thực hiện những thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị trong năm tới.** Nếu quý vị chọn thay đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại bảo hiểm nào sau đây:
 - Chương trình sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
 - Original Medicare có một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
 - Original Medicare *không* có chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
 - Nếu hội đủ điều kiện, quý vị sẽ được hưởng chương trình D-SNP tích hợp cung cấp Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Quý vị nhận Hỗ trợ Bổ sung từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của mình: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ phi quý vị đã chọn không tham gia ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Hỗ trợ Bổ sung và rời khỏi mà không có bảo hiểm thuốc dựa trên tín nhiệm trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả khoản tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc trong chương trình của chúng tôi** khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Phần 2.3 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong suốt Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage

Mỗi năm, quý vị có thể thay đổi *một lần* đối với bảo hiểm y tế của mình trong **Giai đoạn Ghi danh mở của Medicare Advantage**.

- **Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage** là từ ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 3 và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh vào chương trình MA, từ tháng được hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 của quyền lợi.
- **Trong Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage** quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
 - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt cùng lúc.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị chuyển sang Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào chương trình thuốc của Medicare thì tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Phần 2.4 Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong suốt Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể hội đủ điều kiện để kết thúc tư cách hội viên vào những thời điểm khác trong năm. Đây được gọi là **Giai đoạn Ghi danh Đặc Biệt**.

Chương 10. Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có thể hội đủ điều kiện kết thúc tư cách hội viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nếu quý vị gặp bất kỳ tình huống nào sau đây. Đây chỉ là các ví dụ. Để có danh sách đầy đủ quý vị có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi, gọi Medicare, hoặc truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov):

- Thông thường, khi quý vị di chuyển
 - Nếu quý vị có Medicaid
 - Nếu quý vị đủ điều kiện để được Hỗ Trợ Bổ Sung thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị
 - Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị
 - Nếu quý vị đang được chăm sóc tại một cơ sở như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
 - Nếu quý vị ghi danh vào Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Niên (PACE)
- **Lưu ý:** Nếu quý vị tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị chỉ có thể đủ điều kiện tham gia một số Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nhất định. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.
- **Lưu ý:** Phần 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid.

Khoảng thời gian ghi danh khác nhau tùy thuộc vào tình huống của quý vị.

Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện cho Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt hay không, hãy gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Người dùng TTY gọi **1-877-486-2048**. Nếu quý vị đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên của mình bởi một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm y tế Medicare lẫn bảo hiểm thuốc của mình. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc,
- Original Medicare có một chương trình thuốc Medicare riêng biệt,
- Original Medicare *không* có chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
- Nếu hội đủ điều kiện, quý vị sẽ được hưởng chương trình D-SNP tích hợp cung cấp Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận Hỗ Trợ Bổ Sung và rời khỏi mà không có bảo hiểm thuốc dựa trên tín nhiệm trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Nếu quý vị nhận Hỗ Trợ Bổ Sung từ Medicare để chi trả cho chi phí bảo hiểm thuốc của mình:

Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare riêng, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không tham gia ghi danh tự động.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ thường kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid và Hỗ trợ Bổ sung.

Phần 2.5 Tìm hiểu thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên

Nếu có thắc mắc về việc chấm dứt tư cách hội viên của mình, quý vị có thể:

- Gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-855-463-0933** (Người dùng TTY gọi **711**)
- Tìm thông tin trong sổ tay **Medicare & Quý vị 2027**.
- Gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Người dùng TTY gọi **1-877-486-2048**

PHẦN 3 Làm thế nào để kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Bảng dưới đây sẽ giải thích cho quý vị biết cách chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

Để chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Sau đây là những điều quý vị cần làm:
Một chương trình bảo hiểm y tế khác của Medicare	• Ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm y tế mới của Medicare. • Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare có chương trình thuốc Medicare riêng biệt	• Ghi danh vào chương trình thuốc Medicare mới. • Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình thuốc mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare <i>không</i> có chương trình thuốc Medicare riêng biệt	• Gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi để hủy ghi danh. Hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-855-463-0933 (Người dùng TTY gọi 711) nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này. • Quý vị cũng có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. • Quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của quý vị trong Original Medicare bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị rút tên khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Hỗ trợ Bổ sung và rời khỏi mà không có bảo hiểm thuốc dựa trên tín nhiệm trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả khoản tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Chương 10. Chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi Cardinal Care của mình, hãy gọi Cardinal Care. Xem **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết thông tin liên hệ. Hỏi cách tham gia một chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến bảo hiểm Cardinal Care của quý vị.

PHẦN 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận được các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medicare và Medicaid mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc kê toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi.

- Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.
- Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt hàng qua bưu điện để mua thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào đúng ngày tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được bao trả bởi chương trình của chúng tôi cho đến khi quý vị ra viện (ngay cả khi quý vị ra viện sau khi bảo hiểm y tế mới của quý vị bắt đầu).

PHẦN 5 Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị trong một số tình huống nhất định

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi nếu một trong những trường hợp sau xảy ra:

- Nếu quý vị không còn có Medicare Phần A và Phần B
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Medicaid. Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi chỉ dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả các quyền lợi Medicare của quý vị trong thời gian gia hạn tối đa sáu (6) tháng nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Medicaid. Thời gian gia hạn này bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi biết về việc quý vị không còn đủ điều kiện và thông báo điều đó cho quý vị. Nếu khi kết thúc sáu (6) tháng thời gian gia hạn mà quý vị chưa lấy lại được Medicaid và quý vị chưa đăng ký vào một chương trình khác, chúng tôi sẽ hủy đăng ký quý vị khỏi chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ được ghi danh trở lại Original Medicare. Để biết thêm thông tin về giai đoạn xét định, đi đến Chương 4, Phần 2 hoặc gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (người dùng TTY gọi [711](tel:711)).
- Nếu quý vị di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi quá 6 tháng.
 - Nếu quý vị chuyển đi hoặc có một chuyến đi dài, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)) để tìm hiểu xem liệu quý vị chuyển đến hay đi đến có nằm trong khu vực chương trình của chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù)
- Nếu quý vị không còn là công dân hoặc người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân đủ điều kiện
- Nếu quý vị nói dối hoặc giữ lại thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có cung cấp bảo hiểm thuốc

- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến việc quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi trừ khi nhận được sự cho phép trước từ Medicare).
- Nếu quý vị tiếp tục hành xử theo cách gây ảnh hưởng và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị cũng như các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi trừ khi nhận được sự cho phép trước từ Medicare).
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ hội viên của quý vị để được chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi trừ khi nhận được sự cho phép trước từ Medicare).
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị bởi lý do này, Medicare có thể sẽ đưa trường hợp của quý vị vào điều tra bởi Tổng Thanh Tra.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

Phần 5.1 Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe.

Quý vị nên làm gì nếu điều này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy quý vị đang được yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì một lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) Người dùng TTY gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Phần 5.2 Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ phải cho quý vị biết lý do của chúng tôi bằng văn bản về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích về cách thức quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc khiếu nại về quyết định của chúng tôi để kết thúc tư cách hội viên của quý vị.

Chương 11:

Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh

Luật chính áp dụng cho tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này là Đề mục XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội và các quy định được Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) đặt ra theo Đạo luật An sinh Xã hội. Ngoài ra, các luật liên bang khác cũng có thể được áp dụng và, trong một số trường hợp nhất định, có thể áp dụng luật của tiểu bang nơi quý vị sống. Những luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được đưa vào hoặc được giải thích trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm yêu cầu bồi thường, lịch sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, phải tuân thủ luật liên bang về chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu Đề VI của Đạo Luật Dân Quyền 1964, Đạo Luật Phục Hồi Chức Năng 1973, Đạo Luật Chống Phân Biệt Tuổi Tác 1975, Đạo Luật về Người Khuyết Tật của Hoa Kỳ, Mục 1557 của Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ từ liên bang, và bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng cho bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có lo ngại về phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng, hãy gọi cho **Văn phòng Dân quyền** thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) (TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697)) hoặc Văn phòng Dân quyền địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Văn Phòng Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ tại [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần giúp đỡ để tiếp cận dịch vụ chăm sóc, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (Người dùng TTY gọi [711](tel:711)). Nếu quý vị muốn khiếu nại, như khi gặp khó khăn trong việc tiếp cận xe lăn, Dịch Vụ Hội Viên có thể giúp quý vị.

PHẦN 3 Thông báo về các quyền thế quyền của Bên Thanh Toán Phụ Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare bao trả để Medicare không phải là người chi trả chính. Theo các quy định CMS tại 42 mục CFR 422.108 và 423.462, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), với tư cách là một Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền phục hồi tương tự như Bộ trưởng thực hiện theo các quy định của CMS trong các tiểu mục B đến D của phần 411 / 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này sẽ thay thế mọi luật tiểu bang.

Trong một số trường hợp, các bên khác phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị trước chương trình Medicare Advantage của quý vị. Trong những trường hợp đó, chương trình Medicare Advantage của quý vị có thể thanh toán, nhưng có quyền được những bên khác này hoàn lại tiền. Các chương trình Medicare Advantage có thể không phải là bên thanh toán ban đầu cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị nhận được. Những trường hợp này bao gồm những trường hợp trong đó Chương trình Medicare Liên bang được xem là bên thanh toán thứ cấp theo luật Bên thanh toán Thứ cấp của Medicare. Để biết thêm thông tin về chương trình Bên thanh toán Thứ cấp Medicare Liên bang, Medicare đã soạn một cuốn sách cung cấp thông tin chung về những gì xảy ra khi những người có Medicare có bảo hiểm bổ sung. Cuốn sách này có tên *Medicare và các Quyền lợi Sức khỏe Khác: Hướng dẫn Ai Thanh toán Trước* (số ấn phẩm 02179). Quý vị có thể nhận bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần, hoặc truy cập trang web [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Quyền thu hồi trong những trường hợp đó của chương trình dựa trên điều khoản của hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế này, cũng như các điều khoản của đạo luật liên bang điều chỉnh Chương trình Medicare. Bảo hiểm chương trình Medicare Advantage của quý vị luôn xếp sau bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện hoặc được dự kiến thực hiện một cách hợp lý theo:

- Luật bồi thường cho người lao động hoặc chương trình của Hoa Kỳ hoặc của Tiểu bang,
- Bất kỳ bảo hiểm nào không kể bên có lỗi, gồm cả bảo hiểm thanh toán y tế và bảo hiểm xe hơi và phi xe hơi không kể bên có lỗi,
- Bất kỳ chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm nào (gồm cả chương trình tự bảo hiểm) được cấp theo bảo hiểm xe hơi hoặc loại bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm khác, và
- Bất kỳ chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm xe hơi nào (gồm cả chương trình tự bảo hiểm), bao gồm, nhưng không giới hạn, bảo hiểm người lái xe không có bảo hiểm và có bảo hiểm dưới mức.

Vì chương trình Medicare Advantage của quý vị luôn xếp sau bất kỳ bảo hiểm thanh toán y tế hoặc bảo hiểm xe hơi không kể bên có lỗi (Bảo vệ Thương tích Cá nhân) nào, quý vị nên xem xét kỹ hợp đồng bảo hiểm xe hơi của mình để đảm bảo các điều khoản của hợp đồng phù hợp đã được lựa chọn để bảo hiểm xe hơi của quý vị là bên chi trả ban đầu cho điều trị y tế phát sinh do tai nạn xe hơi.

Như đã được mô tả trong đây, trong những trường hợp này, chương trình Medicare Advantage của quý vị có thể thanh toán thay cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế này, theo các điều kiện trong điều khoản này để chương trình thu lại số tiền thanh toán này từ quý vị hoặc từ các bên khác. Ngay khi thực hiện bất kỳ thanh toán có điều kiện nào, chương trình Medicare Advantage của quý vị sẽ được trao (đứng ở vị trí của) mọi quyền thu hồi mà quý vị có đối với bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc đối với bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên trong danh sách là bên thanh toán đầu tiên nêu trên.

Ngoài ra, nếu quý vị nhận thanh toán từ bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc quý vị nhận thanh toán từ bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên trong danh sách là bên thanh toán ban đầu nêu trên, chương trình Medicare Advantage của quý vị có quyền thu từ, và được bồi hoàn bởi quý vị cho mọi khoản thanh toán có điều kiện mà chương trình đã thực hiện hoặc sẽ thực hiện do chấn thương, bệnh hoặc tình trạng đó.

Chương trình Medicare Advantage của quý vị sẽ tự động có quyền giữ, đến phạm vi các quyền lợi mà chương trình đã thanh toán cho việc điều trị chấn thương, bệnh hoặc tình trạng, mọi thu hồi dù bằng thanh toán, phán quyết hoặc cách khác. Quyền giữ lại này có thể bắt buộc đối với bất kỳ bên nào sở hữu quỹ hoặc tiền thể hiện số quyền lợi được Chương trình thanh toán bao gồm, nhưng không giới hạn, quý vị, người đại diện của quý vị, bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên là bên thanh toán ban đầu nêu trên.

Khi chấp nhận các quyền lợi (dù việc thanh toán những quyền lợi đó được thực hiện bởi quý vị hoặc được thực hiện thay mặt quý vị cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào) từ chương trình Medicare Advantage của quý vị, quý vị thừa nhận rằng quyền thu hồi của chương trình là yêu cầu ưu tiên đầu tiên và phải được trả cho chương trình trước bất kỳ yêu cầu nào khác cho các thiệt hại của quý vị. Chương trình sẽ có quyền được bồi hoàn toàn bộ trên cơ sở đồng đô-la từ bất kỳ khoản thanh toán nào, ngay cả nếu khoản thanh toán đó cho chương trình sẽ dẫn đến việc thu hồi đối với quý vị mà không đủ để khôi phục cho quý vị hoặc bồi thường một phần hoặc toàn bộ cho những thiệt hại mà quý vị phải chịu. Chương trình Medicare Advantage của quý vị không bắt buộc phải tham gia vào hoặc thanh toán các chi phí toà án hoặc chi phí luật sư cho bất kỳ luật sư nào mà quý vị thuê để theo đuổi yêu cầu bồi thường cho thiệt hại của quý vị.

Chương 11. Thông báo pháp lý

Chương trình Medicare Advantage của quý vị có quyền thu hồi toàn bộ bất kể trách nhiệm thanh toán được thừa nhận bởi bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc bởi bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên là bên thanh toán ban đầu nêu trên. Chương trình có quyền thu hồi toàn bộ bất kể là thanh toán hoặc phán quyết mà quý vị nhận được nhận diện các quyền lợi y tế mà chương trình đã cung cấp hoặc có ý định phân bổ bất kỳ phần nào của thanh toán hoặc phán quyết đó cho việc thanh toán các chi phí không phải chi phí y tế. Chương trình Medicare Advantage có quyền thu hồi từ bất kỳ và tất cả các thanh toán hoặc phán quyết, ngay cả những thanh toán hoặc phán quyết đó chỉ dành cho cơn đau và sự đau đớn, các thiệt hại phi kinh tế và/hoặc các thiệt hại nói chung.

Quý vị và đại diện hợp pháp của quý vị phải hoàn toàn phối hợp với nỗ lực của chương trình để thu hồi các quyền lợi của chương trình đã thanh toán. Quý vị có nghĩa vụ thông báo cho chương trình trong vòng 30 ngày kể từ ngày thông báo cho bất kỳ bên nào, kể cả công ty bảo hiểm hoặc luật sư, về ý định theo đuổi hoặc điều tra yêu cầu bồi thường thiệt hại hoặc yêu cầu bồi thường do thương tích, bệnh tật hoặc tình trạng của quý vị. Quý vị và đại diện của quý vị phải cung cấp mọi thông tin mà chương trình hoặc đại diện của chương trình yêu cầu. Quý vị không được làm gì gây phương hại đến lợi ích thể quyền hoặc thu hồi của chương trình Medicare Advantage của mình hoặc gây phương hại đến khả năng thực thi các điều khoản của quy định này. Việc này bao gồm, nhưng không giới hạn, không thực hiện bất kỳ thanh toán hoặc thu hồi nào nhằm giảm hoặc loại trừ toàn bộ chi phí của tất cả các quyền lợi mà chương trình cung cấp.

Việc không cung cấp các thông tin yêu cầu hoặc không hỗ trợ chương trình Medicare Advantage trong việc theo đuổi sự thể quyền hoặc quyền thu hồi có thể khiến quý vị phải chịu trách nhiệm bồi hoàn cho chương trình cho các quyền lợi đã thanh toán liên quan đến chấn thương, bệnh hoặc tình trạng cũng như các chi phí và phí luật sư hợp lý mà chương trình phải trả để nhận bồi hoàn từ quý vị. Để biết thêm thông tin, xem 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(A)(ii) và các đạo luật của Medicare.

PHẦN 4 Thông báo về việc thu hồi số tiền nộp thừa

Nếu các quyền lợi được thanh toán theo *Chứng từ Bảo hiểm* này, cộng với các quyền lợi được thanh toán bởi các chương trình khác, vượt quá tổng các chi phí, Aetna có quyền thu hồi số tiền thanh toán vượt quá đó từ một hoặc nhiều đối tượng sau: (1) bất kỳ người nào được nhận các khoản thanh toán đó; (2) các Chương trình khác; hoặc (3) bất kỳ tổ chức nào khác được nhận các khoản thanh toán đó. Quyền thu hồi này sẽ được thực hiện theo quyết định riêng của Aetna. Quý vị phải ký kết bất kỳ tài liệu nào và hợp tác với Aetna để đảm bảo quyền thu hồi các khoản thanh toán vượt mức đó theo yêu cầu của Aetna.

PHẦN 5 Quyết Định Bảo Hiểm Toàn Quốc

Đôi khi Medicare thêm bảo hiểm theo Original Medicare cho các dịch vụ mới trong năm. Nếu Medicare thêm bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào trong năm 2027, hoặc Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả những dịch vụ đó. Khi chúng tôi nhận được thông tin cập nhật về bảo hiểm từ Medicare, được gọi là Quyết Định Bảo Hiểm Toàn Quốc, chúng tôi sẽ đăng thông tin cập nhật về bảo hiểm trên trang web của mình tại [AetnaMedicare.com/VADSNP](https://www.aetna.com/VADSNP). Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên để nhận thông tin cập nhật về bảo hiểm đã được công bố cho năm quyền lợi.

Chương 12:

Định nghĩa

Trung tâm Phẫu thuật Lưu động – Trung tâm Phẫu thuật Lưu động là một tổ chức hoạt động độc quyền với mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu trú dự kiến tại trung tâm không quá 24 giờ.

Kháng nghị – Kháng nghị là việc quý vị nên làm nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi nhằm từ chối một yêu cầu về bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay thuốc theo toa hay khoản thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể tiến hành kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi để tạm dừng các dịch vụ quý vị đang nhận.

Thời Gian Nhận Quyền Lợi – Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đều tính toán việc sử dụng các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) của quý vị. Thời kỳ quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời kỳ quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc chuyên nghiệp nào tại SNF trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi thời gian nhận quyền lợi đã chấm dứt thì một thời gian nhận quyền lợi mới sẽ bắt đầu được tính. Không có giới hạn về số kỳ quyền lợi.

Sản phẩm Sinh học – Một loại thuốc theo toa được làm từ các nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc tương tự sinh học. (Đi tới **“Sản phẩm sinh học gốc”** và **“Thuốc tương tự sinh học”**)

Thuốc tương tự sinh học – Một sản phẩm sinh học rất giống nhau, nhưng không giống hệt nhau, với sản phẩm sinh học gốc. Thuốc tương tự sinh học an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc tương tự sinh học có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới (Đi tới **“Thuốc tương tự sinh học có thể thay thế”**).

Thuốc Thương Hiệu – Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm thực hiện nghiên cứu và phát triển thuốc ngay từ ban đầu. Các thuốc thương hiệu có cùng công thức thành phần hoạt tính như thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế của thuốc thương hiệu hết hạn.

Năm Dương Lịch – Khoảng thời gian một năm từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12.

Kế hoạch Chăm sóc – Kế hoạch nêu rõ những dịch vụ quý vị sẽ nhận được và cách thức nhận các dịch vụ đó. Kế hoạch có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, dịch vụ xã hội và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).

Nhóm Chăm sóc – Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, y tá, chuyên viên tư vấn hoặc các chuyên gia y tế khác, những người sẽ hỗ trợ quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết. Nhóm chăm sóc cũng giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương – Giai đoạn trong Quyền lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên hội đủ điều kiện khác đại diện cho quý vị) đã chi trả \$2,400 cho các thuốc được bao trả Phần D trong năm

được bao trả. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D của mình.

Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan liên bang quản lý Medicare.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Chăm sóc Mạn tính (C-SNP) – C-SNP là các SNP hạn chế ghi danh cho những người đủ điều kiện MA mắc các bệnh nghiêm trọng và mạn tính cụ thể.

Đồng bảo hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả, được thể hiện bằng phần trăm (ví dụ 20%) dưới dạng phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc theo toa sau khi quý vị thanh toán khoản khấu trừ của mình.

Khiếu Nại – Tên chính thức của việc khiếu nại là **nộp than phiền**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng quý vị nhận được. Điều này cũng bao gồm khiếu nại nếu chương trình của chúng tôi không tuân thủ các khoảng thời gian trong quy trình kháng nghị.

Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Chuyên Sâu (CORF) – Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh hoặc thương tích, bao gồm trị liệu vật lý, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, trị liệu cơ năng, các dịch vụ bệnh lý ngôn ngữ nói, và các dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

Đồng thanh toán (hoặc đồng chi trả) – Khoản quý vị có thể được yêu cầu thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc vật tư y tế, như thăm khám bác sĩ, thăm khám bệnh nhân ngoại trú hoặc thuốc theo toa. Đồng thanh toán là một khoản tiền cố định (ví dụ \$10) chứ không phải là một tỷ lệ phần trăm.

Chia sẻ Chi phí – Chia sẻ chi phí là các khoản tiền mà hội viên phải trả khi nhận được dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ kết hợp nào của 3 loại thanh toán sau: (1) bất kỳ khoản khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả; (2) bất kỳ khoản đồng thanh toán cố định nào mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào, tức là số phần trăm của tổng khoản phải thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc mà chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Bậc Chia Sẻ Chi Phí – Mỗi thuốc trong danh sách thuốc bao trả đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí cho thuốc của quý vị càng cao.

Xác Định Bảo Hiểm – Quyết định về việc liệu thuốc được kê toa cho quý vị có được chương trình của chúng tôi bao trả hay không và khoản bao trả là bao nhiêu, nếu có, quý vị được yêu cầu thanh toán cho toa thuốc. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc của mình đến nhà thuốc và nhà thuốc cho quý vị biết rằng toa thuốc đó không được bao trả theo chương trình của chúng tôi, đó không phải là xác định bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện hoặc gửi thư tới chương trình của chúng tôi để yêu cầu một quyết định chính thức về bảo hiểm. Xác định bảo hiểm được gọi là **quyết định bảo hiểm** trong tài liệu này.

Thuốc Được Bao trả – Thuật ngữ chúng tôi dùng để đề cập tới tất cả các thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Thuật ngữ chúng tôi dùng để đề cập tới tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và vật tư được chương trình của chúng tôi bao trả.

Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Dựa Trên Tín Nhiệm – Bảo hiểm thuốc theo toa (ví dụ, từ chủ lao động hoặc công đoàn) là khoản kỳ vọng sẽ thanh toán, trung bình, ít nhất là bằng bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi đủ điều kiện tham gia Medicare thường có thể duy trì loại bảo hiểm đó mà không phải trả phí phạt nếu họ quyết định ghi danh bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare sau này.

Chăm Sóc Giám Hộ – Chăm sóc giám hộ là chăm sóc cá nhân được cung cấp tại viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc người hấp hối hoặc cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc giám hộ, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng chuyên môn hoặc đào tạo, bao gồm trợ giúp các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày như tắm, mặc quần áo, ăn uống, vào hoặc ra khỏi giường hoặc ghế, di chuyển xung quanh và sử dụng nhà tắm. Chăm sóc này cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm, chẳng hạn như nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc giám hộ.

Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày – Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng cho cả tháng đối với những thuốc nhất định cho quý vị và quý vị được yêu cầu thanh toán khoản đồng thanh toán. Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán được chia theo ngày trong tháng cung cấp. Sau đây là ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng là \$30, và lượng thuốc dùng trong một tháng trong chương trình của chúng tôi là 30 ngày thì tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày của quý vị là \$1 mỗi ngày.

Khoản Khấu Trừ – Khoản quý vị phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc toa thuốc trước khi chương trình của chúng tôi thanh toán.

Hủy Ghi Danh – Quy trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp Phát – Phí được tính mỗi lần thuốc bao trả được phân phối để thanh toán cho chi phí mua thuốc theo toa, chẳng hạn như thời gian được sĩ chuẩn bị và đóng gói toa thuốc.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ Điều kiện Kép (D-SNP) – D-SNP ghi danh những người được hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội) và trợ giúp y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang bao trả một số hoặc tất cả chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và khả năng hội đủ điều kiện của người đó.

Cá Nhân Đủ Điều kiện Kép – Người đủ điều kiện cho bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) – Một số thiết bị y tế được bác sĩ yêu cầu vì lý do y tế. Ví dụ bao gồm khung đi bộ, xe lăn, nạng, bộ nệm điện, vật dụng cho người bị tiểu đường, bơm truyền tĩnh mạch IV, các thiết bị trợ nói, thiết bị cho thở oxy, máy tạo khí dung, và giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu cung cấp cho sử dụng tại nhà.

Cấp cứu – Cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có hiểu biết cơ bản về sức khỏe và y tế, cho rằng quý vị có các triệu chứng bệnh lý cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để

ngăn chặn tử vong (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, sảy thai), mất chi hoặc mất chức năng của một chi, mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, thương tích, đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý nhanh chóng chuyển biến xấu đi.

Chăm sóc Cấp cứu – Các dịch vụ được bao trả là: (1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ cấp cứu; và (2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp.

Chứng từ Bảo hiểm (EOC) và Thông tin Tiết lộ – Tài liệu này, cùng với mẫu ghi danh của quý vị và bất cứ tài liệu đính kèm nào khác, các phụ lục, hay bảo hiểm tùy chọn khác đã chọn, mà chứng minh bảo hiểm của quý vị, điều chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị, và điều quý vị phải làm khi là một hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Ngoại lệ – Một loại quyết định bảo hiểm mà, nếu được chấp thuận sẽ cho phép quý vị nhận thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi (ngoại lệ về danh mục thuốc) hoặc nhận thuốc không được ưu tiên ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về bậc). Quý vị cũng có thể yêu cầu ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị dùng thử thuốc khác trước khi nhận thuốc quý vị yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu sự cho phép trước đối với một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn hạn chế về tiêu chí hoặc nếu chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc mà quý vị yêu cầu (ngoại lệ đối với danh mục thuốc).

Hỗ trợ Bổ sung – Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán chi phí của chương trình thuốc theo toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Thuốc theo toa được FDA chấp thuận là có (các) thành phần hoạt tính giống như thuốc biệt dược. Nhìn chung, thuốc gốc có tác dụng giống như thuốc chính hiệu và thường rẻ hơn.

Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) – Một loại hình chương trình chăm sóc sức khỏe do Medicare quản lý, trong đó một nhóm bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đồng ý cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người hưởng lợi Medicare với một số tiền cố định từ Medicare hàng tháng. Quý vị thường phải nhận chăm sóc từ các nhà cung cấp trong chương trình.

Đánh giá Nguy cơ cho Sức khỏe – Đánh giá tiền sử bệnh và tình trạng hiện tại của quý vị. Đánh giá này được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và những thay đổi có thể xảy ra trong tương lai.

Nhân viên hỗ trợ Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà – Người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của điều dưỡng hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập theo chỉ định).

Chăm sóc cuối đời – Một quyền lợi cung cấp điều trị đặc biệt cho một hội viên đã được chứng nhận y tế là bệnh nan y, có nghĩa là còn sống không quá 6 tháng. Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một danh sách các cơ sở chăm sóc người hấp hối trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn cơ sở chăm sóc người hấp hối và tiếp tục trả phí bảo hiểm thì quý vị vẫn là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể vẫn nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các khoản quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm Viện Nội trú – Nằm viện khi quý vị được chính thức nhập viện cho các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được xem là một bệnh nhân ngoại trú.

Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập được điều chỉnh của quý vị theo báo cáo trên hồ sơ hoàn thuế IRS của quý vị từ cách nay 2 năm lớn hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là phụ phí tính vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người có Medicare sẽ bị ảnh hưởng, do vậy hầu hết mọi người **sẽ không** phải trả phí bảo hiểm cao hơn.

Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập (IPA) – IPA, hay Hiệp Hội Hành Nghề Độc Lập, là một nhóm bác sĩ độc lập và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho các hội viên của các tổ chức chăm sóc được quản lý (xem Chương 1, Phần 7).

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu – Đây là giai đoạn sau khi quý vị đã thanh toán khoản khấu trừ (nếu có) và trước khi chi phí tự trả trong năm của quý vị đạt đến ngưỡng chi phí tự trả.

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu – Khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare, khoảng thời gian quý vị có thể đăng ký Medicare Phần A và Phần B. Nếu quý vị hội đủ điều kiện tham gia Medicare khi quý vị tròn 65 tuổi, Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị là giai đoạn 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng quý vị bước sang tuổi 65, bao gồm cả tháng quý vị bước sang tuổi 65 và kết thúc 3 tháng sau khi quý vị tròn 65.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Mức độ Tổ chức (I-SNP) – I-SNP hạn chế ghi danh cho những người đủ điều kiện MA sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà cơ sở cung cấp, hoặc những người sống (hoặc dự kiến sẽ sống) ít nhất 90 ngày liên tục tại một cơ sở dài hạn nhất định. I-SNP bao gồm các loại chương trình sau: SNP tương đương cơ sở nội trú (IE-SNP), SNP cơ sở nội trú kết hợp (HI-SNP) và SNP tại cơ sở nội trú (FI-SNP).

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Tương đương Tổ chức (IE-SNP) – IE-SNP hạn chế ghi danh cho những người đủ điều kiện MA sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà cơ sở cung cấp.

D-SNP tích hợp – Một D-SNP bao trả Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm y tế duy nhất cho một số nhóm người nhất định đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid. Họ còn được gọi là người đủ điều kiện hưởng toàn bộ quyền lợi kép.

Than phiền Tích hợp – Loại khiếu nại mà quý vị đưa ra về chương trình, nhà cung cấp hoặc nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm khiếu nại liên quan đến chất lượng chăm sóc của quý vị. Than phiền này không liên quan đến tranh chấp bảo hiểm hoặc thanh toán.

Quyết định Hợp nhất của Tổ chức – Quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về việc liệu các vật dụng hoặc dịch vụ có được bảo hiểm hay không hoặc số tiền quý vị phải trả cho các vật dụng hoặc dịch vụ được bảo hiểm là bao nhiêu. Quyết định của tổ chức được gọi là quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Sản phẩm Sinh học Tương tự Có thể Thay thế – Loại sản phẩm sinh học tương tự có thể được sử dụng thay thế cho sản phẩm sinh học tương tự gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật của tiểu bang.

Danh sách Thuốc được Bao trả (danh mục thuốc hoặc Danh sách Thuốc) – Danh sách các loại thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Trợ cấp Người thu nhập Thấp (LIS) – Xem Hỗ trợ Bổ sung.

Chương trình giảm giá của nhà sản xuất – Một chương trình theo đó các nhà sản xuất thuốc thanh toán một phần toàn bộ chi phí của chương trình cho các thuốc thương hiệu Phần D và sinh phẩm được bao trả. Các khoản chiết khấu dựa trên hợp đồng giữa chính phủ liên bang và các nhà sản xuất thuốc.

Giá Hợp lý Tối đa – Giá Medicare thương lượng cho một loại thuốc được chọn.

Khoản Tiền tui Tối đa – Mức cao nhất mà quý vị tự chi trả trong năm dương lịch cho các dịch vụ được bảo hiểm. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa không được tính vào mức tự trả tối đa. (**Lưu ý:** Do hội viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid nên có rất ít hội viên từng đạt đến mức tự trả tối đa này.) Xem Chương 4, Phần đề 1.2 để biết thông tin về khoản tự chi trả tối đa của quý vị.

Medicaid (hay Trợ cấp Y tế) – Chương trình chung của liên bang và tiểu bang hỗ trợ chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và các nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang thay đổi, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare lẫn Medicaid.

Nhóm Y Tế – Nhóm Y tế là một nhóm các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Chỉ định được Chấp nhận về mặt Y tế – Sử dụng một loại thuốc được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin Thuốc Dịch vụ Danh mục Thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin Micromedex DRUGDEX.

Cần thiết về mặt Y tế – Các dịch vụ, thiết bị hay thuốc cần thiết để phòng chống, chẩn đoán hay điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y khoa.

Medicare – 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 nhất định và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận).

Thời gian Ghi danh Mở Medicare Advantage – Khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của họ và chuyển sang chương trình Medicare Advantage khác hoặc nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó. Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage cũng có sẵn cho khoảng thời gian 3 tháng sau khi một người lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare.

Chương trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Phần C. Chương trình được cung cấp bởi công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Chương trình Medicare Advantage có thể là i. HMO, ii. PPO, iii. Kế hoạch Dịch vụ Thu phí Riêng (PFFS) hoặc iv. Kế hoạch Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare (MSA). Bên cạnh việc chọn từ

các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP). Trong hầu hết trường hợp, các Chương trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc theo toa). Các chương trình này được gọi là **Chương trình Medicare Advantage với bảo hiểm Thuốc theo toa**.

Các dịch vụ được Medicare bao trả – Các dịch vụ được bao trả bởi Medicare Phần A và Phần B. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare phải bao trả tất cả các dịch vụ được Bảo Hiểm Medicare Phần A và B bao trả. Thuật ngữ Các Dịch vụ được Medicare Bao trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như thị lực, nha khoa hoặc thính lực mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương trình Bảo hiểm Y tế Medicare – Chương trình y tế Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Điều khoản này bao gồm tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Chi phí Medicare, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt, Chương trình Trình diễn/Thí điểm, và Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE).

Bảo hiểm Thuốc Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm giúp thanh toán thuốc theo toa, vắc-xin, sinh phẩm và một số vật tư ngoại trú không được Medicare Phần A hoặc Phần B bao trả.

Chương trình Quản Lý Liệu Pháp Dược Phẩm (MTM) – Một chương trình Medicare Phần D cho các nhu cầu sức khỏe phức tạp được cung cấp cho những người đáp ứng các yêu cầu nhất định hoặc đang trong Chương trình Quản lý Thuốc. Các dịch vụ MTM thường bao gồm một cuộc thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét thuốc.

Hợp đồng bảo hiểm Medigap (Bảo hiểm Bổ sung Medicare) – Bảo hiểm bổ sung Medicare được các công ty bảo hiểm tư nhân bán để bổ sung các khoản *còn thiếu* trong Original Medicare. Các hợp đồng bảo hiểm Medigap chỉ có hiệu lực với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là hợp đồng bảo hiểm Medigap.)

Hội viên (hội viên trong chương trình của chúng tôi, hoặc hội viên chương trình) – Người có Medicare hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, người đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) xác nhận.

Ban Dịch vụ Hội viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, than phiền và khiếu nại của quý vị.

Mạng lưới – Một nhóm bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi để cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên của chương trình (xem Chương 1, Phần 4.2). Các nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà thầu độc lập và không phải là đại lý trong chương trình của chúng tôi.

Nhà thuốc trong mạng lưới – Một nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, khi đó các hội viên chương trình của chúng tôi có thể nhận được quyền lợi thuốc kê toa của họ. Trong hầu hết trường hợp, quý vị chỉ được bao trả thuốc theo toa khi mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – Nhà cung cấp là thuật ngữ chung chỉ các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Các nhà cung cấp** trong mạng lưới có thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ và trong một số trường hợp, sẽ phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là **nhà cung cấp của chương trình**.

Các dịch vụ không được Medicare bao trả – Các dịch vụ thường không được bao trả khi quý vị có Original Medicare. Đây thường là những quyền lợi bổ sung mà quý vị có thể nhận được khi là hội viên chương trình Medicare Advantage.

Giai đoạn Ghi danh Mở – Khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm khi các hội viên có thể thay đổi chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của mình hoặc chuyển sang Original Medicare.

Sản phẩm Sinh học Gốc – Sản phẩm sinh học đã được FDA chấp thuận và đóng vai trò là sản phẩm so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Nó còn được gọi là sản phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí dịch vụ) – Original Medicare do chính phủ cung cấp, không phải là chương trình bảo hiểm sức khỏe tư nhân như chương trình Medicare Advantage và chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ của Medicare được bảo hiểm bằng cách thanh toán cho các bác sĩ, bệnh viện, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khác số tiền mà Quốc Hội đã đề ra. Quý vị có thể khám bệnh với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác có nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare trả khoản chia sẻ của số tiền được Medicare phê duyệt, và quý vị trả khoản chia sẻ của mình. Medicare có 2 phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có mặt ở khắp nơi trên Hoa Kỳ.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới – Nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị mua từ nhà thuốc ngoài mạng lưới đều không được chương trình chúng tôi bao trả, trừ phi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc cơ sở ngoài mạng lưới – Một nhà cung cấp hoặc cơ sở không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới là những nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi thuê, sở hữu hoặc điều hành.

Chi phí tự trả – Đi đến định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của một hội viên nhằm chi trả cho một phần của dịch vụ hoặc thuốc được nhận còn được gọi là yêu cầu chi phí “tự chi trả” của hội viên đó.

Ngưỡng xuất túi – Số tiền tối đa quý vị phải tự trả cho Thuốc Phần D.

Chương trình PACE – Chương trình PACE (Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ y tế, xã hội và dài hạn (LTSS) dành cho những người yếu đuối để giúp mọi người sống độc lập và sống trong cộng đồng của họ (thay vì di chuyển đến viện dưỡng lão) càng lâu càng tốt. Những

người ghi danh vào các chương trình PACE nhận được cả quyền lợi Medicare và Medicaid của họ thông qua chương trình này.

Phần C – Chuyển đến Chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Chương trình Quyền lợi Thuốc theo toa Medicare tự nguyện.

Các loại Thuốc Phần D – Các loại thuốc có thể được bảo hiểm theo Phần D. Chúng tôi có thể có hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Phần D. Một số loại thuốc đã bị Quốc hội loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc Phần D nhất định phải được chương trình chi trả.

Khoản tiền phạt Ghi danh Muộn Phần D – Một khoản tiền được thêm vào phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị rời khỏi mà không có bảo hiểm đáng tin cậy (bảo hiểm dự kiến sẽ thanh toán, trung bình, ít nhất là bằng bảo hiểm thuốc Medicare tiêu chuẩn) cho một khoảng thời gian 63 ngày liên tục trở lên sau khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia chương trình Phần D. Nếu quý vị mất Hỗ trợ Bổ sung, quý vị có thể phải chịu tiền phạt ghi danh muộn nếu quý vị trải qua từ 63 ngày liên tục trở lên mà không có bảo hiểm thuốc Phần D hoặc bảo hiểm thuốc đáng tin cậy khác.

Phí Bảo Hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa.

Dịch vụ phòng ngừa – Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giúp quý vị duy trì sức khỏe, phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe, xác định phương pháp điều trị hiệu quả nhất và phòng ngừa một số bệnh. Dịch vụ phòng ngừa bao gồm khám, chích ngừa, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và sàng lọc. Các dịch vụ này cũng bao gồm các chương trình theo dõi sức khỏe, cũng như tư vấn và giáo dục để giúp quý vị tự chăm sóc sức khỏe.

Nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác quý vị thăm khám đầu tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình bảo hiểm y tế medicare, quý vị phải gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi quý vị gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Cho phép trước – Phê duyệt trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định dựa trên các tiêu chí cụ thể. Các dịch vụ được bảo hiểm cần sự cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4. Các loại thuốc được bảo hiểm cần phải được phê duyệt trước sẽ được đánh dấu trong danh mục thuốc và tiêu chí của chúng tôi sẽ được đăng trên trang web của chúng tôi.

Bộ phận giả và Dụng cụ chỉnh hình – Các thiết bị y tế bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay nhân tạo; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm vật tư mổ tạo hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) – Nhóm bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc bệnh nhân Medicare.

Giới hạn Số lượng – Công cụ quản lý được thiết kế để giới hạn việc sử dụng thuốc vì lý do chất lượng, an toàn hoặc cách sử dụng. Giới hạn có thể áp dụng đối với lượng thuốc mà chúng tôi bảo hiểm cho mỗi đơn thuốc hoặc cho một khoảng thời gian xác định.

“Công cụ quyền lợi trong thời gian thực” – Cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính mà 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 quyền lợi dành riêng cho người ghi danh. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể được sử dụng cho cùng tình trạng sức khỏe như một loại thuốc nhất định và các hạn chế về khoản bảo hiểm (Ủy quyền trước, Liệu pháp từng bước, Giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Dịch vụ Phục hồi chức năng – Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ và trị liệu cơ năng.

Thuốc Chọn lọc – Thuốc được bao trả theo Phần D mà Medicare đã thương lượng Mức giá Hợp lý Tối đa.

Khu Vực Dịch Vụ – Khu vực địa lý nơi quý vị phải sinh sống để tham gia vào một chương trình bảo hiểm y tế cụ thể. Đối với các chương trình giới hạn các bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, nhìn chung, đó cũng là khu vực nơi quý vị có thể nhận được các dịch vụ định kỳ (không khẩn cấp). Chương trình của chúng tôi phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị chuyển vĩnh viễn ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi.

Chăm sóc tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF) – Các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm đường tĩnh mạch mà chỉ có thể được thực hiện bởi một y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt – Loại chương trình Medicare Advantage đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho những nhóm người cụ thể, chẳng hạn như người có cả Medicare và Medicaid, người sống trong viện dưỡng lão hoặc người mắc một số bệnh mạn tính.

Trị liệu Từng bước – Công cụ sử dụng yêu cầu quý vị phải thử một loại thuốc khác trước để điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị, rồi sau đó chúng tôi mới bao trả cho loại thuốc mà bác sĩ của quý vị kê toa từ đầu.

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) – Khoản quyền lợi hàng tháng được trả bởi Sở An sinh Xã hội cho người có thu nhập và nguồn lực bị hạn chế mà bị khuyết tật, mù, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Quyền lợi SSI không giống như quyền lợi An sinh Xã hội.

Dịch vụ Khẩn cấp Cần thiết – Dịch vụ được chương trình bao trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức không phải là trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc không hợp lý với 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 cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Cần thiết về mặt y tế, thăm khám định kỳ (như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.

PHỤ LỤC A:

Thông tin liên lạc quan trọng

Virginia

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang

Chương trình Tư vấn và Vận động Bảo hiểm Virginia (VICAP), Địa chỉ: 5620 Cox Rd., Glen Allen, VA 23060, **Điện thoại:** [1-800-552-3402](tel:1-800-552-3402), **TTY:** [711](tel:711), **Giờ làm việc:** Thứ Hai–Thứ Sáu 8:30 giờ sáng đến 5:00 giờ tối, **Trang web:** www.vda.virginia.gov/vicap.htm

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng

Commence Health, Địa chỉ: BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450, **Điện thoại:** [1-888-396-4646](tel:1-888-396-4646), **TTY:** [711](tel:711), **Giờ làm việc:** Thứ Hai–Thứ Sáu 9:00 giờ sáng đến 5:00 giờ tối, Thứ Bảy–Chủ Nhật/Ngày lễ 10:00 giờ sáng đến 4:00 giờ tối, giờ địa phương, **Trang web:** commencehealthqio.cms.gov/en

Văn phòng Medicaid Tiểu bang

Cardinal Care, Địa chỉ: Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, **Điện thoại:** [1-800-643-2273](tel:1-800-643-2273), [1-804-786-6145](tel:1-804-786-6145), **TTY:** [1-888-221-1590](tel:1-888-221-1590) Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói, **Giờ làm việc:** Thứ Hai–Thứ Sáu 8:00 giờ sáng đến 7:00 giờ tối và Thứ Bảy 9:00 giờ sáng đến 12:00 giờ tối, **Trang web:** dmas.virginia.gov/

Nếu có thắc mắc về bảo hiểm Medicaid Cardinal Care Managed Care của quý vị, hãy truy cập www.virginiamanagedcare.com hoặc liên hệ với Đường dây Trợ giúp Hội viên Medicaid Virginia theo số [1-800-643-2273](tel:1-800-643-2273) (TTY: [1-800-817-6608](tel:1-800-817-6608)).

Các câu hỏi cũng có thể được gửi trực tuyến tại ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid#/. Đây là cổng thông tin yêu cầu trực tuyến của Medicaid Virginia. Trang web đó cũng cung cấp câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp về Medicaid của Virginia.

Virginia

Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS

Virginia Medication Assistance Program (VA MAP), Địa chỉ: Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, **Điện thoại:** [1-855-362-0658](tel:1-855-362-0658), [1-800-533-4148](tel:1-800-533-4148), **TTY:** [711](tel:711), **Giờ làm việc:** Thứ Hai–Thứ Sáu 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ tối, **Trang web:** vdh.virginia.gov/disease-prevention/disease-prevention/hiv-care-services/

Thanh tra viên

Chương trình Thanh tra viên về Chăm sóc Dài hạn giúp mọi người nhận thông tin về viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình họ.

Văn Phòng Thanh Tra Chăm Sóc Dài Hạn Của Tiểu Bang, Địa chỉ: HC 2 South, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-2070, **Điện thoại:** [802-241-0294](tel:802-241-0294), **TTY:** [711](tel:711), **Giờ làm việc:** Thứ Hai–Thứ Sáu 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ tối, **Trang web:** elderrightsva.org/

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](#)

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card. (English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقتك الشخصية.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo telefòn ki sou kat idantite ou a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、IDカードに記載の番号にお電話ください。 (Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

(Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić numer telefonu na Twojej Karcie Identykującej (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta na sua identidade. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, указанному на вашей карточке участника плана. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa inyong ID card. (Tagalog)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên thẻ ID (Nhận dạng) của quý vị. (Vietnamese)

(Urdu) بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبر پر بات کریں۔

(Dari) برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره کارت شناسایی خود تماس بگیرید

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, మీ ID కార్డుపై ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na kaadị ID gị. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न आफ्नो परिचय पत्रमा भएको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

(Pashto) د ژبي خدمتو ته د لاسرسي پرته له كوم لگښت څخه تاسو ته اړيکه ونيسئ

Dịch vụ Hội viên Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Ban Dịch vụ Hội viên - Thông tin Liên lạc

Gọi	<u>1-855-463-0933</u> (TTY: <u>711</u>) Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần. Dịch Vụ Hội Viên theo số <u>1-855-463-0933</u> (Người dùng TTY gọi <u>711</u>) cũng có sẵn dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói Tiếng Anh.
Người dùng TTY	<u>711</u> Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí. Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần.
Fax	1-855-259-2087
Viết thư	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
Trang web	Truy cập <u>AetnaMedicare.com/VADSNP</u> hoặc quét mã này bằng điện thoại thông minh của quý vị để truy cập trang web của chúng tôi



State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

SHIP là một chương trình của tiểu bang, nhận tiền từ chính phủ Liên bang để tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế địa phương cho những người có Medicare. Thông tin liên lạc của SHIP tại Tiểu bang của quý vị có trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.

Tuyên bố Tiết lộ PRA Theo Đạo luật Giảm Công việc Giấy tờ 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có một số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ đối với việc thu thập thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị có nhận xét hoặc đề xuất để cải thiện mẫu đơn này, hãy viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

20260821