SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Sổ tay Hội viên 2027

sfhp.org/vi/careplus-members

H8051_TD002291VI_C

Ngày 1 tháng Một năm 2027 – Ngày 31 tháng Mười Hai năm 2027

Bảo hiểm Sức khỏe và Thuốc của quý vị theo SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Giới thiệu *Sổ tay Hội viên*

Sổ tay Hội viên này, còn được gọi là *Evidence of Coverage,* cho quý vị biết về bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi đến hết ngày 31 tháng Mười Hai năm 2027. Phần này giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất gây nghiện), bảo hiểm thuốc và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa của các thuật ngữ này được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong **Chương 12** của *Sổ tay Hội viên*.

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

Cụm từ “chúng tôi”, “của chúng tôi” hoặc “chương trình của chúng tôi” trong *Sổ tay Hội viên* này có nghĩa là SFHP Care Plus (HMO D-SNP).

Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Anh, tiếng Trung (Phồn thể), tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga và tiếng Tagalog.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711), bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, đóng cửa vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Quý vị có thể lập yêu cầu thường trực để nhận tài liệu của mình bằng ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng thay thế:

- Các tài liệu khác được cung cấp bằng tiếng Anh, tiếng Trung (Phồn thể), tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga và tiếng Tagalog.
- Các định dạng thay thế có sẵn là bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille, đĩa CD dữ liệu hoặc âm thanh.
- Quý vị có thể lập yêu cầu thường trực bất cứ lúc nào để nhận tài liệu của mình bằng ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng khác. Chúng tôi sẽ lưu giữ lựa chọn của quý vị vô thời hạn hoặc cho đến khi quý vị yêu cầu thay đổi lại. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh và/hoặc ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

  - Yêu cầu thường trực của quý vị sẽ được lưu trong hệ thống của chúng tôi để áp dụng cho tất cả các thư từ và thông tin liên lạc trong tương lai.

- Để hủy hoặc thay đổi yêu cầu thường trực, quý vị vui lòng gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số miễn phí 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Thông báo về Dịch vụ Hỗ trợ Ngôn ngữ và các Phương tiện & Dịch vụ Hỗ trợ Hiện có

ENGLISH - ATTENTION: If you need help in your language, call **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). These services are free.

العربية (ARABIC) - يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (ARMENIAN) - ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1(833) 530-7327** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1(833) 530-7327** (TTY: **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (CAMBODIAN) - ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់ អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាច រកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

简体中文标语 (CHINESE - SIMPLIFIED) - 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)。这些服务是免费的。

繁體中文 (CHINESE - TRADITIONAL) - 請注意：如果您需要以您的母語提供幫助，請致電 **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)。另外還提供針對殘障人士的說明和服務，例如盲文和需要較大字體閱讀，也是方便取用的。請致電 **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)。這些服務是免費的。

فارسی (FARSI) - توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان هستند.

हिंदी (HINDI) - ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

HMOOB (HMONG) - CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Cov kev pabcuam no pub dawb.

日本語 (JAPANESE) - 注記：あなたの言語でサポートが必要な場合は、**1(833) 530-7327** (TTY: **711** までお電話ください)。また、点字や大きな活字で作成したドキュメントなど、障害をお持ちの方のための補助やサービスもご利用いただけます。**1(833) 530-7327** (TTY: **711** までお電話ください)。これらのサービスは無料です。

한국어 (KOREAN) - 주의: 자국어로 도움이 필요한 경우, **1(833) 530-7327** (TTY: **711** 으로 전화하십시오). 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 보조 도구와 서비스도 제공됩니다. **1(833) 530-7327** (TTY: **711** 으로 전화하십시오). 이러한 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (LAO) - ຂໍ້ຄວນລະວັງ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ແມ່ນຍັງມີຢູ່. ໂທ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ແມ່ນຟຣີ.

MIEN (MIEN) - LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Naaiv deix gong benx wangv henh tengx oc.

ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI) - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1(833) 530-7327** (TTY: **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1(833) 530-7327** (TTY: **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

РУССКИЙ (RUSSIAN) - ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1(833) 530-7327** (линия TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1(833) 530-7327** (линия TTY: **711**). Эти услуги являются бесплатными.

ESPAÑOL (SPANISH) - ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG (TAGALOG-FILIPINO) - ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (THAI) - โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) บริการไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

УКРАЇНСЬКОЮ (UKRAINIAN) - УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

TIẾNG VIỆT (VIETNAMESE) - CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Những dịch vụ này đều là miễn phí.

Các ngôn ngữ khác

Quý vị có thể nhận *Sổ tay Hội viên* này và các tài liệu về chương trình bảo hiểm bằng ngôn ngữ khác mà không mất phí. SFHP Care Plus cung cấp bản dịch từ biên dịch viên có trình độ chuyên môn. Hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, 7 ngày/tuần từ tháng 10 đến tháng 3, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng 4 đến tháng 9. Đây là cuộc gọi miễn phí. Đọc *Sổ tay Hội viên* này để tìm hiểu thêm về các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ chăm sóc sức khỏe, như dịch vụ thông dịch và biên dịch.

Các định dạng khác

Quý vị có thể nhận thông tin này một cách kịp thời bằng các định dạng khác như chữ nổi Braille, bản in chữ lớn cỡ 20, định dạng âm thanh và các định dạng điện tử dễ truy cập (đĩa CD dữ liệu) mà không mất phí. Hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, 7 ngày/tuần từ tháng 10 đến tháng 3, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng 4 đến tháng 9. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Dịch vụ Tiếp cận Ngôn ngữ

SFHP Care Plus cung cấp dịch vụ thông dịch qua lời nói cũng như ngôn ngữ ký hiệu từ thông dịch viên có trình độ chuyên môn, phục vụ 24/24 mà không mất phí. Quý vị không phải nhờ người thân hoặc bạn bè làm thông dịch viên. Chúng tôi khuyến nghị không nhờ người thân hoặc bạn bè, đặc biệt là trẻ vị thành niên, để thông dịch, trừ khi có trường hợp khẩn cấp. Các dịch vụ tiếp cận ngôn ngữ, bao gồm cả dịch vụ thông dịch, được cung cấp miễn phí. Dịch vụ thông dịch viên có sẵn 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Để được hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị hoặc để nhận sổ tay này bằng ngôn ngữ khác, hãy gọi cho SFHP Care Plus Customer Service theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Đây là cuộc gọi miễn phí.

Mục Lục

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên 11

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng 25

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm trong chương trình của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ được bảo hiểm khác 50

Chương 4: Biểu đồ Quyền lợi 74

Chương 5: Nhận thuốc cho bệnh nhân ngoại trú 150

Chương 6: Những khoản quý vị phải trả cho các loại thuốc Medicare và Medi-Cal 174

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm 185

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị 192

Chương 9. Những điều cần làm nếu quý gặp phải vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại) 211

Chương 10: Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi 264

Chương 11: Thông báo pháp lý 276

Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng 280

Miễn trừ trách nhiệm

- SFHP Care Plus (HMO D-SNP) là một Tổ Chức Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh tham gia SFHP Care Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không có hợp đồng không có nghĩa vụ điều trị cho hội viên của Chương trình, trừ trường hợp khẩn cấp. Vui lòng gọi đến số Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc xem Evidence of Coverage của quý vị để biết thêm thông tin, kể cả khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho dịch vụ ngoài mạng lưới.
- Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Chương trình Người mắc Bệnh mạn tính (SSBCI) – Một số quyền lợi được cung cấp trong khuôn khổ chương trình này dành cho người mắc bệnh mạn tính. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện. Nếu quý vị được PCP trong mạng lưới chẩn đoán mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính đủ điều kiện và đáp ứng một số tiêu chí bổ sung nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung.
- Các quyền lợi và/hoặc mức đồng thanh toán có thể thay đổi vào ngày 1 tháng Một năm 2028.
- Thuốc được bảo hiểm, mạng lưới tiệm thuốc tây và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ được thông báo về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến quý vị trước ít nhất 30 ngày.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về SFHP Care Plus, là chương trình bảo hiểm y tế bao gồm tất cả các dịch vụ Medicare và điều phối tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị cũng như tư cách hội viên của quý vị trong chương trình đó. Chương này cũng cho biết những gì sẽ xảy ra và những thông tin khác mà quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Mục Lục

A. Chào mừng quý vị đến với chương trình bảo hiểm của chúng tôi 14

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 14

B1. Medicare 14

B2. Medi-Cal 14

C. Ưu điểm chương trình bảo hiểm của chúng tôi 15

D. Khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm 16

E. Điều gì làm cho quý vị đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình 17

F. Điều gì sẽ xảy ra khi lần đầu tiên quý vị tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi 17

G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc sức khỏe của quý vị 18

G1. Nhóm chăm sóc 18

G2. Kế hoạch chăm sóc sức khỏe 19

H. Tóm tắt các chi phí quan trọng 19

H1. Phí bảo hiểm của chương trình 19

H2. Phí bảo hiểm Medicare Part B Hằng tháng 20

H3. Phí bảo hiểm Quyền lợi Bổ sung Tùy chọn 20

I. Sổ tay Hội viên *này* 20

J. Các thông tin quan trọng khác mà quý vị nhận được từ chúng tôi 20
J1. Thẻ Hội viên của Quý vị 21
J2. *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* 22
J3. *Danh mục Thuốc được Bao trả* 23
J4. *Giải thích về Quyền lợi* 23
K. Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị 24
K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) 25

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

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho những người đủ điều kiện cho cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, tiệm thuốc tây, nhà cung cấp dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi và các nhà cung cấp khác. Chúng tôi cũng có các người quản lý và nhóm chăm sóc để giúp quý vị quản lý các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả các bên sẽ cùng phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

SFHP khởi đầu với niềm tin rằng mọi cư dân San Francisco đều xứng đáng được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao với giá hợp lý. Là một chương trình bảo hiểm sức khỏe cộng đồng được cấp phép, SFHP được thiết kế vì cộng đồng mà chúng tôi phục vụ và bởi sự đóng góp của chính cộng đồng đó, trong đó có nhiều người, nếu không nhờ chương trình này, sẽ không thể tự có được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bản thân hoặc gia đình mình. SFHP thể hiện niềm tin này trong sứ mệnh cung cấp dịch vụ chăm sóc vượt trội cho tất cả người dân San Francisco thuộc mọi cộng đồng đa dạng về văn hóa và sắc tộc, những cộng đồng góp phần làm nên nét độc đáo của San Francisco.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

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

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và do chính phủ tiểu bang và liên bang chi trả. Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn (LTSS) và chi phí y tế. Bao gồm các dịch vụ bổ sung và thuốc không được Medicare bao trả.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- những khoản được tính là thu nhập và nguồn lực,
- ai đủ điều kiện,
- những dịch vụ được bao trả **và**
- chi phí cho các dịch vụ.

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

Medicare và tiểu bang California đã phê duyệt chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal thông qua chương trình của chúng tôi khi:

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

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

C. Ưu điểm chương trình bảo hiểm của chúng tôi

Bây giờ quý vị sẽ nhận được tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được chương trình của chúng tôi bao trả, kể cả thuốc. **Quý vị không phải trả thêm tiền để tham gia chương trình bảo hiểm y tế này.**

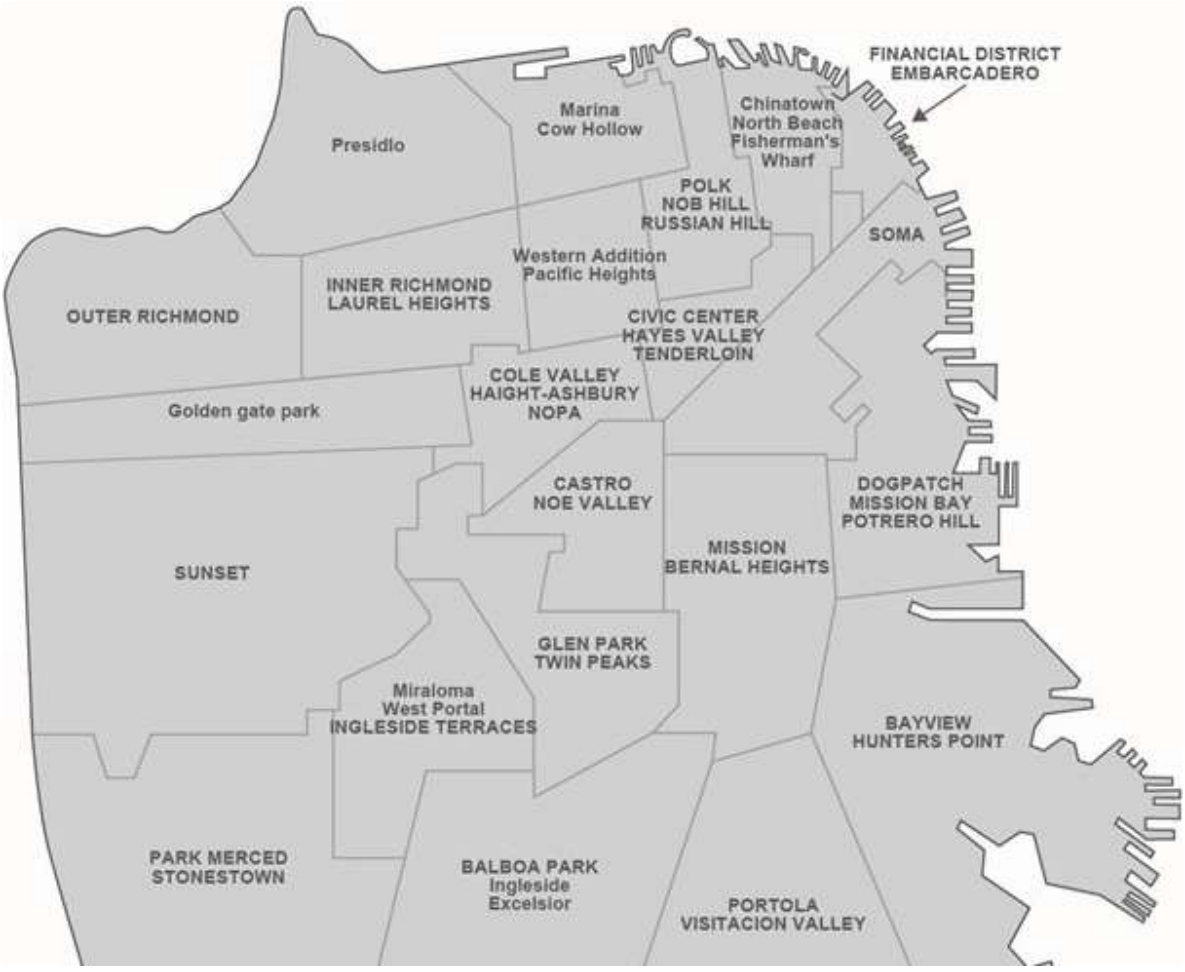
Chúng tôi giúp kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal hiệu quả hơn cho quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị có thể hợp tác với chúng tôi để đáp ứng **hầu hết** các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của mình.
- Quý vị có một nhóm chăm sóc giúp tập hợp tất cả các bên dịch vụ lại với nhau. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm quý vị, người chăm sóc, bác sĩ, y tá, cố vấn hoặc các chuyên gia y tế khác.
- Quý vị có quyền sử dụng người quản lý dịch vụ chăm sóc. Họ là người làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với nhóm chăm sóc để giúp lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị có thể chỉ đạo việc chăm sóc cho riêng mình với sự giúp đỡ từ nhóm chăm sóc và người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nhóm chăm sóc và người quản lý dịch vụ chăm sóc sẽ phối hợp với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc đáp ứng nhu cầu sức khỏe **của quý vị**. Nhóm chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ mà quý vị cần. Ví dụ, nhóm chăm sóc sẽ đảm bảo:
    - Bác sĩ của quý vị biết về tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng để họ có thể đảm bảo quý vị đang dùng đúng loại thuốc và có thể giảm bất kỳ tác dụng phụ nào có thể gặp do dùng thuốc.

- Kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ với tất cả các bác sĩ và các nhà cung cấp khác, nếu thích hợp.

Hội viên mới tham gia SFHP Care Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký SFHP Care Plus để hưởng các quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi yêu cầu tham gia SFHP Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của chương trình bảo hiểm y tế Medi-Cal trước đây trong tối đa hai tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua SFHP Care Plus. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711) nếu quý vị có thắc mắc.

D. Khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm



Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm quận sau đây ở California: Quận San Francisco.

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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

Quý vị không thể tham gia chương trình này nếu chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi. Hãy xem **Chương 8** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về những thay đổi khi di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.

E. Điều kiện để trở thành hội viên của chương trình

Quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi khi:

- sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi (những người bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực dịch vụ, kể cả khi họ đang ở trong khu vực đó) **và**
- từ 21 tuổi trở lên tại thời điểm đăng ký **và**
- có cả Medicare Part A và Medicare Part B **và**
- là công dân hoặc có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải là công dân nhưng đủ điều kiện, **và**
- hiện đang đủ điều kiện nhận Medi-Cal.
- Nếu không còn đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nhưng dự kiến có thể đủ điều kiện trở lại trong vòng ba (3) tháng, thì quý vị vẫn đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi.

Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để biết thêm thông tin.

F. Điều gì sẽ xảy ra khi lần đầu tiên quý vị tham gia chương trình bảo hiểm y tế của chúng tôi

Khi tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị sẽ được đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày đăng ký có hiệu lực.

Chúng tôi phải hoàn thành HRA với quý vị. HRA này là cơ sở để lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị. HRA bao gồm các câu hỏi để xác định nhu cầu về y tế, sức khỏe hành vi và hoạt động chức năng của quý vị.

Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để hoàn thành HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA bằng cách thăm khám trực tiếp, gọi điện thoại hoặc qua thư từ. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị hằng năm để xem có bất kỳ nhu cầu nào của quý vị đã thay đổi hay không.

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

Nếu mới tham gia chương trình của chúng tôi thì quý vị có thể tiếp tục khám với các bác sĩ hiện tại trong một khoảng thời gian nhất định, kể cả khi họ không nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Đây gọi là chăm sóc liên tục. Nếu họ không nằm trong mạng

lưới của chúng tôi thì quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp và các ủy quyền dịch vụ hiện tại tại thời điểm đăng ký đến tối đa 12 tháng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị, người đại diện hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục sử dụng nhà cung cấp hiện tại của mình.
- Chúng tôi xác định rằng quý vị đã có mối quan hệ từ trước với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chuyên khoa, với một số ngoại lệ. Với chúng tôi thì "mối quan hệ từ trước" có nghĩa là quý vị đã đến khám tại một nhà cung cấp ngoài mạng lưới ít nhất một lần khám không khẩn cấp trong vòng 12 tháng trước ngày quý vị đăng ký ban đầu vào chương trình của chúng tôi.
    - Chúng tôi xác định mối quan hệ hiện tại bằng cách xem xét thông tin sức khỏe hiện có của quý vị hoặc thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi.
    - Chúng tôi sẽ phản hồi yêu cầu của quý vị trong vòng 30 ngày. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh chóng và chúng tôi phải trả lời trong 15 ngày. Quý vị có thể đưa ra yêu cầu này bằng cách gọi 1(833) 530-7327. Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại thì chúng tôi phải trả lời trong vòng 3 ngày.
    - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải xuất trình tài liệu về mối quan hệ từ trước và đồng ý với các điều khoản nhất định khi quý vị đưa ra yêu cầu.

Lưu ý: Quý vị có thể đưa ra yêu cầu với các nhà cung cấp Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) trong ít nhất 90 ngày cho đến khi chúng tôi cho phép thuê DME mới và yêu cầu nhà cung cấp trong mạng lưới cho thuê. Mặc dù quý vị không thể đưa ra yêu cầu này cho các nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển hoặc các nhà cung cấp phụ trợ khác, nhưng có thể yêu cầu các dịch vụ vận chuyển hoặc các dịch vụ phụ trợ khác không có trong chương trình của chúng tôi.

Sau khi chăm sóc liên tục kết thúc, quý vị sẽ phải sử dụng bác sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới SFHP Care Plus, trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc sức khỏe của quý vị

G1. Nhóm chăm sóc

Một 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, người quản lý dịch vụ chăm sóc, chuyên gia hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

Người quản lý dịch vụ chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc cần thiết. Quý vị sẽ nhận được một người quản lý dịch vụ chăm sóc khi đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi. Người này cũng giới thiệu quý vị đến các nguồn lực cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi không cung cấp và sẽ làm việc với nhóm chăm sóc để giúp điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số ở cuối trang để biết thêm thông tin về người quản lý dịch vụ chăm sóc và nhóm chăm sóc của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc sức khỏe

Nhóm chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe. Kế hoạch chăm sóc sẽ cho quý vị và bác sĩ biết quý vị cần những dịch vụ nào và cách nhận dịch vụ. Trong đó bao gồm các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi và LTSS (Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn) hoặc các dịch vụ khác.

Kế hoạch chăm sóc sức khỏe của quý vị bao gồm:

- Một văn bản kế hoạch chăm sóc được lập riêng cho quý vị, dựa trên đánh giá đầy đủ về sức khỏe và nhu cầu xã hội của quý vị. Bản kế hoạch này phác thảo các dịch vụ mà quý vị sẽ nhận được để giúp quý vị đạt được và duy trì sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội tốt nhất có thể.
- mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị **và**
- các mốc thời gian để nhận được các dịch vụ mà quý vị cần.

Nhóm chăm sóc sức khỏe sẽ gặp quý vị sau HRA. Họ hỏi về các dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng cho biết về các dịch vụ mà quý vị có thể cân nhắc việc nhận chúng. Kế hoạch chăm sóc sức khỏe sẽ được tạo lập dựa trên nhu cầu và mục tiêu của chính quý vị. Nhóm chăm sóc sẽ phối hợp với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc này ít nhất là hằng năm.

H. Tóm tắt các chi phí quan trọng

Chi phí của quý vị có thể bao gồm:

- Phí bảo hiểm của chương trình (**Phần H1**)
- Phí bảo hiểm Medicare Part B Hàng tháng (**Phần H2**)
- Phí bảo hiểm Quyền lợi Bổ sung Tùy chọn (**Phần H3**)

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

H1. Phí bảo hiểm của chương trình

Chương trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm.

H2. Phí bảo hiểm Medicare Part B Hằng tháng

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

Một số hội viên được yêu cầu trả các khoản phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong **Phần E** ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì việc đủ điều kiện tham gia Medi-Cal cũng như có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Với hầu hết hội viên SFHP Care Plus, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part A cho quý vị (nếu quý vị không tự động đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Part B.

Nếu Medi-Cal không thanh toán phí bảo hiểm Medicare thì quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi. Điều này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Medicare Part B. Quý vị cũng có thể trả phí bảo hiểm cho Medicare Part A nếu không đủ điều kiện nhận Medicare Part A miễn phí bảo hiểm. **Ngoài ra, hãy liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị và thông báo cho họ biết về sự thay đổi này.**

H3. Phí bảo hiểm Quyền lợi Bổ sung Tùy chọn

Chương trình này không có quyền lợi bổ sung tùy chọn.

I. *Sổ tay Hội viên* này

Sổ tay Hội viên này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Có nghĩa là chúng ta phải tuân theo tất cả các quy tắc trong tài liệu này. Nếu cho rằng chúng tôi đã vi phạm các quy tắc này thì quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Để biết thông tin về kháng nghị, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu nhận *Sổ tay Hội viên* bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể xem *Sổ tay Hội viên* trên trang web của chúng tôi sfhp.org/careplus-members.

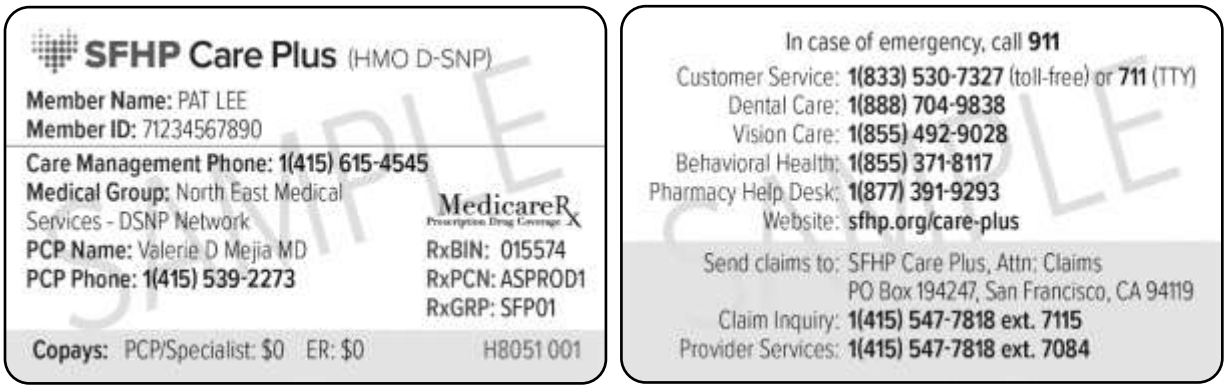
Hợp đồng sẽ có hiệu lực trong những tháng quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng Một năm 2027 đến ngày 31 tháng Mười Hai năm 2027.

J. Các thông tin quan trọng khác mà quý vị nhận được từ chúng tôi

Chúng tôi sẽ cung cấp những thông tin quan trọng khác cho quý vị bao gồm Thẻ Hội viên, thông tin về cách truy cập *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* và thông tin về cách truy cập *Danh mục Thuốc được Bao trả*, còn được gọi là *Danh mục Thuốc* hoặc *Dược thư*.

J1. Thẻ Hội viên của Quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của mình, bao gồm Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn (LTSS), một số dịch vụ sức khỏe hành vi và toa thuốc. Hãy xuất trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào. Dưới đây là mẫu Thẻ Hội viên:



Nếu Thẻ Hội viên của quý vị bị hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp, thì hãy gọi ngay cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi thẻ hội viên mới cho quý vị.

Khi là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam hoặc thẻ Medi-Cal của mình để nhận hầu hết các dịch vụ. Hãy cất những thẻ đó ở nơi an toàn, đề phòng trường hợp cần sử dụng sau này. Nếu quý vị trình thẻ Medicare thay vì Thẻ Hội viên thì nhà cung cấp có thể tính phí cho Medicare thay vì chương trình của chúng tôi và quý vị có thể phải trả tiền. Quý vị có thể được yêu cầu trình thẻ Medicare nếu cần 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). Tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này để biết những việc cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp.

Hãy nhớ rằng, quý vị cần có thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Xác nhận Quyền lợi (BIC) để sử dụng các dịch vụ sau:

- Dịch vụ Medi-Cal Dental
  - Dịch vụ nha khoa Medi-Cal (thông qua Chương trình Medi-Cal Dental) bao trả cho một số dịch vụ nha khoa.
  - Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn tìm hiểu thêm về các dịch vụ nha khoa thì hãy gọi cho Medi-Cal Dental Program theo số 1(800) 322-6384 (TTY: 1(800) 735-2922 hoặc 711), 8:00 sáng đến 5:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập vào trang web của Medi-Cal Dental Program theo địa chỉ www.dental.dhcs.ca.gov.

- Dịch vụ Sức khỏe Hành vi
  - Các dịch vụ sức khỏe tâm thần không chuyên khoa (NSMHS) được SFHP Care Plus bao trả và các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa (SMHS) được Mental Health San Francisco bao trả.
  - Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn tìm hiểu thêm về các dịch vụ sức khỏe hành vi, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số điện thoại ở cuối trang này.
- Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà
  - Nếu có thắc mắc hoặc muốn tìm hiểu thêm về các dịch vụ giúp quý vị sống một mình (dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc dịch vụ chăm sóc cá nhân), thì hãy liên hệ với Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS) của San Francisco County Human Services Agency theo số 1(415) 355-6700 (TTY 1(833) 342-5388).

J2. *Danh mục Nhà cung cấp và Tiệm thuốc tây*

Danh mục Nhà cung cấp và Tiệm thuốc tây liệt kê các nhà cung cấp và tiệm thuốc tây trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Nếu tham gia chương trình của chúng tôi thì quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được bao trả.

Quý vị có thể yêu cầu *Danh mục Nhà cung cấp và Tiệm thuốc tây* (dạng điện tử hoặc bản in) bằng cách gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số ở cuối trang. Bản in Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây sẽ gửi cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Quý vị cũng có thể xem *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* theo địa chỉ trang web ở cuối trang.

Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây cho biết danh sách tất cả các mạng lưới y tế, PCP, bác sĩ chuyên khoa, phòng khám, bệnh viện và tiệm thuốc tây đã ký hợp đồng với SFHP Care Plus.

Định nghĩa về nhà cung cấp trong mạng lưới

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

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý chấp nhận chương trình của chúng tôi thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được bao trả.

Định nghĩa về tiệm thuốc tây trong mạng lưới

- Tiệm thuốc tây trong mạng lưới là các tiệm thuốc tây đồng ý cung cấp thuốc kê toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Sử dụng *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* để tìm tiệm thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Trừ trường hợp khẩn cấp, quý vị phải mua thuốc kê toa tại một trong các tiệm thuốc tây trong mạng lưới của chúng tôi nếu muốn chương trình của chúng tôi giúp quý vị thanh toán.

Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số ở cuối trang để biết thêm thông tin. Cả Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus và trang web của chúng tôi đều có thông tin mới nhất về những thay đổi đối với tiệm thuốc tây và nhà cung cấp trong mạng lưới.

J3. *Danh mục Thuốc được Bao trả*

Chương trình của chúng tôi có *Danh mục Thuốc được Bao trả*. Chúng tôi gọi tắt là *Danh mục Thuốc*. Danh sách này cho quý vị biết những thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả. Các thuốc trong danh sách này được chương trình của chúng tôi lựa chọn với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. *Danh mục Thuốc* phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Các loại thuốc có giá đã thương lượng theo Medicare Drug Price Negotiation Program sẽ được đưa vào *Danh mục Thuốc* của quý vị trừ khi thuốc đó đã được loại bỏ và thay thế theo mô tả trong **Chương 5, Phần E** Medicare đã phê duyệt *Danh mục Thuốc của SFHP Care Plus.*

Danh mục thuốc này cũng cho biết nếu có bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế nào đối với các loại thuốc, chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc có thể nhận. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin.

Mỗi năm, chúng tôi đều gửi cho quý vị thông tin về cách truy cập *Danh mục Thuốc*, nhưng có thể có một số thay đổi trong năm. Để biết thông tin mới nhất về những thuốc được bao trả, hãy gọi cho SFHP Care Plus Customer hoặc truy cập vào trang web của chúng tôi theo địa chỉ ở cuối trang.

J4. *Giải thích về Quyền lợi*

Khi quý vị sử dụng quyền lợi thuốc Medicare Part D thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm lược để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán cho các thuốc Medicare Part D của mình. Bản tóm lược này được gọi là *Giải thích về Quyền lợi* (EOB).

EOB sẽ cho biết tổng số tiền mà quý vị hoặc những người khác thay mặt quý vị đã chi cho các loại thuốc Medicare Part D của quý vị và tổng số tiền mà chúng tôi đã trả cho mỗi thuốc Medicare Part D của quý vị trong tháng. EOB này không phải là hóa đơn. EOB có

thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng. **Chương 6** của *Sổ tay Hội viên* này cung cấp thêm thông tin và cách EOB giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của mình.

Quý vị có thể yêu cầu nhận bản EOB. Để nhận bản sao EOB, hãy liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số điện thoại ở cuối trang.

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

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

Chúng tôi cần thông tin này để có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ 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 những dịch vụ và thuốc nào 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.

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

- thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị;
- thay đổi đối với bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác, chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng quý vị hoặc chủ lao động của bạn đời sống chung với quý vị hoặc bồi thường tai nạn lao động;
- bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm nào, chẳng hạn như yêu cầu bồi thường từ tai nạn ô tô;
- việc được tiếp nhận vào cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện;
- dịch vụ chăm sóc từ bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- thay đổi về người chăm sóc (hoặc người chịu trách nhiệm về quý vị); **và**
- nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Không bắt buộc phải cho chúng tôi biết về một nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm vậy).

Nếu có thay đổi bất kỳ thông tin nào thì hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số điện thoại ở cuối trang.

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

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

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

Giới thiệu

Chương này cung cấp thông tin liên hệ về các nguồn thông tin quan trọng có thể giúp quý vị trả lời các thắc mắc về chương trình của chúng tôi và các quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chương này cũng có thông tin về cách liên hệ với Người quản lý Dịch vụ chăm sóc của quý vị và những người khác để thay mặt bảo vệ quyền lợi của quý vị. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Mục Lục

A. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus 28
B. Người Quản lý Dịch vụ Chăm sóc 31
C. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) 33
D. Đường dây Gọi Y tá Tư vấn 34
E. Đường dây Can thiệp Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi 35
F. Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) 36
G. Medicare 37
H. Medi-Cal 39
I. Văn phòng Thanh tra về Chăm sóc Có quản lý Medi-Cal và Sức khỏe Tâm thần 40
J. Dịch vụ Xã hội của Quận 41
K. Cơ quan Dịch vụ Sức khỏe Hành vi của Quận 42
L. California Department of Managed Health Care 44
M. Health Consumer Alliance (HCA) 45
N. Các Chương trình Giúp Mọi người Trả tiền Thuốc 45
N1. Trợ giúp Bổ sung từ Medicare 45
N2. Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) 46
O. Social Security 47
P. Ban Hưu trí Hỏa xa (RRB) 48
Q. Bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm khác từ chủ lao động 49
R. Chương trình Medicare Medi-Cal Ombudsperson 49
S. Medi-Cal Dental 50

A. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1(833) 530-7327. Đây là cuộc gọi miễn phí. Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Chúng tôi có dịch vụ phiên dịch dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Đây là cuộc gọi miễn phí. Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín.
FAX	1(415) 547-7825
GỬI THƯ	Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119
EMAIL	memberservices@sfhp.org
TRANG WEB	sfhp.org/careplus-members

Liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để được trợ giúp về:

- thắc mắc về chương trình bảo hiểm
- thắc mắc về yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm hoặc thanh toán
- quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe
  - Quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe là quyết định về:
    - các quyền lợi và dịch vụ được bao trả **hoặc**
    - số tiền chúng tôi chi trả cho các dịch vụ y tế của quý vị.
  - Gọi cho chúng tôi nếu có thắc mắc về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.

- kháng nghị về dịch vụ chăm sóc sức khỏe
  - Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem lại một quyết định đã đưa ra về bảo hiểm cho quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi nếu quý vị cho rằng chúng tôi có sai sót hoặc không đồng ý với quyết định đó.
  - Để tìm hiểu thêm về cách kháng nghị, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này hoặc liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm cả nhà cung cấp trong hoặc ngoài-mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể khiếu nại với chúng tôi hoặc Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) về chất lượng dịch vụ chăm sóc cho quý vị (xem **Phần F**).
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích trường hợp khiếu nại của mình theo số 1(833) 530-7327.
  - Nếu khiếu nại về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe thì quý vị có thể yêu cầu kháng nghị (xem phần trên)
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại địa chỉ www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
  - Quý vị có thể khiếu nại về chương trình của chúng tôi với Chương trình Medicare Medi-Cal Ombudsperson bằng cách gọi số 1-855-501-3077.
  - Để tìm hiểu thêm về cách khiếu nại dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.

- quyết định bảo hiểm cho thuốc
  - Quyết định bảo hiểm cho thuốc là quyết định về:
    - quyền lợi và thuốc được bao trả **hoặc**

  - số tiền chúng tôi chi trả cho thuốc của quý vị.
  - Các thuốc không được Medicare bao trả, như thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web của Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Medi-Cal Rx Customer Service Center theo số 800-977-2273.
  - Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm cho thuốc, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.
- kháng nghị về thuốc của quý vị
  - Kháng nghị là một cách để yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm.
  - Để biết thêm cách kháng nghị về thuốc, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.
- khiếu nại về thuốc của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ tiệm thuốc tây nào. Bao gồm cả khiếu nại về thuốc của quý vị.
  - Nếu khiếu nại về quyết định bảo hiểm cho thuốc thì quý vị có thể kháng nghị. (Xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.)
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại địa chỉ www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
  - Để biết thêm về cách khiếu nại đối với thuốc của quý vị, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.
- thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mà quý vị đã thanh toán
  - Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và bị từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của mình thì quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên này*.

B. Người Quản lý Dịch vụ Chăm sóc

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1(415) 615-4545. Đây là cuộc gọi miễn phí. Giờ làm việc như sau: • Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều (Giờ Thái Bình Dương) Chúng tôi có dịch vụ phiên dịch dành cho những người không nói tiếng Anh
TTY	711. Đây là cuộc gọi miễn phí. Giờ làm việc như sau: • Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều (Giờ Thái Bình Dương)
GỬI THƯ	SFHP Care Plus Care Management P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119
TRANG WEB	sfhp.org/careplus-members

Liên hệ với Người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị để được trợ giúp về:

- thắc mắc về chăm sóc sức khỏe
- thắc mắc về việc nhận các dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích)
- thắc mắc về quyền lợi nha khoa
- thắc mắc về phương tiện vận chuyển đến các cuộc hẹn khám y khoa
- thắc mắc về Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn (LTSS), bao gồm Dịch vụ Người lớn Tại Cộng đồng (CBAS) và Cơ sở Điều dưỡng (NF)

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ sau:

- Dịch vụ Người lớn Tại Cộng đồng (CBAS)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

- chăm sóc điều dưỡng lành nghề
- vật lý trị liệu
- trị liệu chức năng
- âm ngữ trị liệu
- dịch vụ y khoa xã hội
- chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà (IHSS) thông qua cơ quan dịch vụ xã hội của quận
- đôi khi quý vị có thể được trợ giúp về nhu cầu chăm sóc sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày
- Hỗ trợ Cộng đồng

C. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP)

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP) là chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo ở mọi tiểu bang và cung cấp dịch vụ trợ giúp, thông tin, câu trả lời miễn phí cho các thắc mắc về Medicare. Tại California, SHIP được gọi là Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP). Các cố vấn của HICAP có thể trả lời các thắc mắc và giúp quý vị biết phải làm gì để xử lý vấn đề của mình. HICAP đã đào tạo các cố vấn ở tất cả các quận và cung cấp dịch vụ miễn phí.

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

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1(800) 434-0222 hoặc 1(415) 677-7520 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9:00 sáng đến 4:30 chiều.
TTY	Quý vị có thể gọi trực tiếp cho HICAP San Francisco theo số 1(800) 434-0222 hoặc 1(415) 677-7520 và yêu cầu hỗ trợ cho TTY hoặc chuyển tiếp. Đây là số điện thoại dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
GỬI THƯ	HICAP San Francisco 601 Jackson Street, 2/F San Francisco, CA 94133
TRANG WEB	https://www.hicap.org/

Liên hệ với HICAP để được hỗ trợ giả đáp:

- thắc mắc về Medicare
- Cố vấn của HICAP có thể trả lời các thắc mắc của quý vị về việc thay đổi sang chương trình mới và giúp quý vị:
  - hiểu về các quyền của mình,
  - hiểu các lựa chọn trong chương trình bảo hiểm,
  - trả lời các thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình,
  - khiếu nại về việc chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị cho quý vị **và**
  - hỗ trợ các vấn đề về hóa đơn hoặc yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

D. Đường dây Gọi Y tá Tư vấn

Đường dây Gọi Y tá Tư vấn cho phép tiếp cận với Y tá có Chứng chỉ hành nghề (RN) để hỗ trợ cho các quan ngại về sức khỏe của quý vị. Quý vị có thể gọi Đường dây Gọi Y tá Tư vấn nếu có thắc mắc về sức khỏe hoặc chăm sóc sức khỏe.

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1(877) 977-3397. Đây là cuộc gọi miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần Chúng tôi có dịch vụ phiên dịch dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Đây là cuộc gọi miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần

E. Đường dây Can thiệp Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi

Đường dây can thiệp khủng hoảng sức khỏe hành vi là một dịch vụ qua điện thoại hoặc trực tuyến hỗ trợ ngay lập tức cho những người đang gặp khủng hoảng về sức khỏe tâm thần hoặc sử dụng chất kích thích. Các đường dây này thường hoạt động 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần và do các chuyên gia được đào tạo phụ trách. Họ có thể tư vấn về vấn đề khủng hoảng, đánh giá tình hình và kết nối cá nhân với các nguồn lực thích hợp, bao gồm các nhóm khủng hoảng lưu động hoặc dịch vụ cấp cứu khi cần.

Nếu đang gặp trường hợp cấp cứu đe dọa tính mạng thì vui lòng gọi **911.**

Nếu đang gặp khủng hoảng về sức khỏe hành vi thì hãy sử dụng thông tin liên hệ bên dưới:

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	**Đường dây Tư vấn về Tự tử và Khủng hoảng:** 988 **Phòng chống tự tử ở San Francisco:** 1(415) 781-0500. Cuộc gọi này được miễn cước. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Chúng tôi có dịch vụ phiên dịch dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Đây là cuộc gọi miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Liên hệ với Đường dây Can thiệp Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi để được trợ giúp về:

- thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe hành vi và lạm dụng chất kích thích
- hỗ trợ tình trạng khủng hoảng ngay lập tức cho các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe tâm thần hoặc sử dụng chất kích thích
- giới thiệu đến liệu pháp ngoại trú, chương trình giải độc hoặc chăm sóc sức khỏe tâm thần
- hướng dẫn cho người thân khi họ lo lắng có người bị căng thẳng

Với các thắc mắc về dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận, hãy xem **Phần K.**

F. Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO)

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

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1(877) 588-1123
TTY	711. Đây là cuộc gọi miễn phí.
GỬI THƯ	Chương trình BFCC-QIO Commence Health LLC PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
EMAIL	communications@commence.ai Email này không được sử dụng để chia sẻ thông tin sức khỏe cá nhân.
TRANG WEB	commencehealthqio.cms.gov/en

Liên hệ với Commence Health để được trợ giúp:

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

G. Medicare

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 và người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid hoặc CMS. Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage và bao gồm cả chương trình của chúng tôi.

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này là miễn phí, 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.
TTY	1-877-486-2048. Đây là cuộc gọi miễn phí. Đây là số điện thoại dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRÒ CHUYỆN TRỰC TIẾP	Trò chuyện trực tiếp tại địa chỉ www.Medicare.gov/talk-to-someone
GỬI THƯ	Gửi thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Hình thức Liên hệ	
TRANG WEB	www.medicare.gov • Nhận thông tin về các chương trình bảo hiểm y tế và thuốc Medicare trong khu vực của quý vị, bao gồm cả chi phí và dịch vụ mà họ cung cấp. • Tìm bác sĩ tham gia Medicare hoặc các nhà cung cấp dịch vụ và thiết bị chăm sóc sức khỏe khác. • Tìm hiểu những dịch vụ được Medicare bao trả, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như tầm soát, tiêm hoặc vắc-xin và thăm khám "sức khỏe" hàng năm). • Nhận thông tin và biểu mẫu về kháng nghị Medicare. • Nhận thông tin về chất lượng chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình bảo hiểm, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở thẩm phân lọc máu, trung tâm chăm sóc cuối đời, 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. Để gửi đơn khiếu nại đến Medicare, hãy truy cập vào www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare sẽ nghiêm túc xem xét khiếu nại của quý vị và sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

H. Medi-Cal

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

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

Quý vị đã đăng ký tham gia Medicare và Medi-Cal. Nếu có thắc mắc về quyền lợi Medi-Cal của mình thì hãy gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc trong chương trình của quý vị. Nếu có thắc mắc về việc đăng ký tham gia chương trình Medi-Cal thì hãy gọi cho Health Care Options.

Hình thức Liên hệ

ĐIỆN THOẠI	1-844-580-7272 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 6:00 chiều.
TTY	1-800-430-7077 Đây là số điện thoại dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
GỬI THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Văn phòng Thanh tra về Chăm sóc Có quản lý Medi-Cal và Sức khỏe Tâm thần

Văn phòng Thanh tra sẽ giúp giải quyết các vấn đề một cách khách quan để đảm bảo hội viên nhận được tất cả các dịch vụ được bao trả cần thiết về mặt y tế. Họ sẽ lắng nghe, trả lời câu hỏi, phân tích tình trạng của quý vị, giải thích các chính sách và thủ tục, cung cấp thông tin, lời khuyên và các lựa chọn, đồng thời đề xuất giới thiệu phù hợp. Công việc của họ là giúp phát triển các giải pháp công bằng cho các vấn đề về sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Họ không làm việc với chương trình của chúng tôi hoặc các công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm y tế. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.

Hình thức Liên hệ

ĐIỆN THOẠI	1-888-452-8609 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều.
TTY	1(800) 430-7077 Đây là số điện thoại dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
GỬI THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Dịch vụ Xã hội của Quận

Nếu quý vị cần trợ giúp về các quyền lợi Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS) thì hãy liên hệ với cơ quan Dịch vụ Xã hội của Quận tại địa phương. IHSS bao gồm rất nhiều dịch vụ để đáp ứng nhu cầu cá nhân và giúp quý vị sống an toàn tại nhà. Để nhận được quyền lợi IHSS, quý vị phải đáp ứng các yêu cầu về điều kiện tham gia của chương trình IHSS. Quý vị phải đủ điều kiện nhận Medi-Cal và đáp ứng một số tiêu chí nhất định liên quan đến tuổi tác, khuyết tật và suy giảm chức năng. Sau đây là một số dịch vụ có thể có sẵn cho quý vị:

- Việc nhà và dọn dẹp, chuẩn bị bữa ăn, giặt giũ, mua sắm hợp lý và việc vặt.
- Các dịch vụ chăm sóc cá nhân, như cho ăn, tắm, chăm sóc tiêu và tiểu, mặc quần áo và các dịch vụ khác.
- Hỗ trợ vận chuyển cho các cuộc hẹn khám y khoa và các dịch vụ liên quan đến sức khỏe.
- Dịch vụ Chăm sóc Y tế.

Liên hệ với cơ quan Dịch vụ Xã hội của Quận để đăng ký Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà và giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp để quý vị có thể ở tại nhà riêng của mình một cách an toàn. Các loại dịch vụ có thể bao gồm giúp chuẩn bị bữa ăn, tắm rửa, mặc quần áo, giặt giũ, mua sắm hoặc phương tiện vận chuyển.

Liên hệ với cơ quan Dịch vụ Xã hội của Quận nếu quý vị có thắc mắc về điều kiện tham gia Medi-Cal.

Hình thức Liên hệ

ĐIỆN THOẠI	1(415) 355-6700. Đây là cuộc gọi miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều.
GỬI THƯ	Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà 1235 Mission Street San Francisco, CA 94103
TRANG WEB	sfhsa.org

K. Cơ quan Dịch vụ Sức khỏe Hành vi của Quận

Dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa và rối loạn do sử dụng chất kích thích của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí.

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1(888) 246-3333. Đây là cuộc gọi miễn phí. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Chúng tôi có dịch vụ phiên dịch dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	1(888) 484-7200. Đây là cuộc gọi miễn phí. Đây là số điện thoại dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Liên hệ với cơ quan Sức khỏe Hành vi của quận để được trợ giúp về:

- thắc mắc đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa do quận cung cấp
- thắc mắc đối với các dịch vụ rối loạn do sử dụng chất kích thích do quận cung cấp
- Các dịch vụ bao gồm:
  - Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa ngoại trú
  - Dịch vụ hỗ trợ dùng thuốc
  - Can thiệp và ổn định khủng hoảng
  - Điều trị tăng cường ban ngày
  - Phục hồi chức năng ban ngày
  - Dịch vụ điều trị nội trú cho người lớn và/hoặc khủng hoảng
  - Dịch vụ quản lý trường hợp mục tiêu
  - Dịch vụ điều trị do lạm dụng chất kích thích ngoại trú bao gồm dịch vụ ngoại trú tăng cường
  - Dịch vụ điều trị

- Dịch vụ tiền sinh nội trú
- Dịch vụ/tư vấn cai nghiện ma túy miễn phí cho bệnh nhân ngoại trú
- Dịch vụ cai nghiện và naltrexone

L. California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care (DMHC) chịu trách nhiệm điều quản các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC Help Center có thể giúp quý vị kháng nghị và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal.

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1-888-466-2219 Nhân viên đại diện của DMHC làm việc từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TDD	1-877-688-9891 Đây là số điện thoại dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
GỬI THƯ	Trung tâm Trợ giúp California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG WEB	www.dmhc.ca.gov

M. Health Consumer Alliance (HCA)

Health Consumer Alliance (HCA) là một quan hệ đối tác trên toàn tiểu bang cung cấp hỗ trợ pháp lý trực tuyến, qua điện thoại hoặc trực tiếp miễn phí để giúp cư dân California đang gặp khó khăn trong việc nhận hoặc duy trì bảo hiểm y tế và giải quyết các vấn đề với chương trình sức khỏe của họ. Để tìm hiểu thêm về HCA hoặc để được hỗ trợ, hãy gọi 1-888-804-3536 hoặc truy cập www.healthconsumer.org.

N. Các Chương trình Giúp Mọi người Trả tiền Thuốc

Trang web Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc của quý vị. Với những người có thu nhập hạn chế, chúng tôi cũng có các chương trình khác để hỗ trợ, như mô tả dưới đây.

N1. Trợ giúp Bổ sung từ Medicare

Vì đủ điều kiện nhận Medi-Cal nên quý vị đủ điều kiện và sẽ nhận được "Trợ giúp Bổ sung" từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình bảo hiểm thuốc. Quý vị không cần phải làm gì để nhận "Trợ giúp Bổ sung" này.

Hình thức Liên hệ	
ĐIỆN THOẠI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này là miễn phí, 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.
TTY	1-877-486-2048 Đây là số điện thoại miễn phí. Đây là số điện thoại dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRANG WEB	www.medicare.gov

Nếu quý vị nghĩ là mình đang trả số tiền không chính xác cho toa thuốc của mình tại tiệm thuốc tây thì chương trình của chúng tôi có một quy trình để giúp lấy bằng chứng về số tiền đồng thanh toán chính xác cho quý vị. Nếu quý vị đã có bằng chứng về số tiền phù hợp thì chúng tôi có thể giúp quý vị chia sẻ bằng chứng này với chúng tôi.

- Quý vị có thể cung cấp các chứng từ như:
    - Bản sao thẻ Medi-Cal của quý vị có ngày đủ điều kiện trong một tháng sau tháng Sáu của năm dương lịch trước đó.

- Một tài liệu do tiểu bang ban hành xác nhận tình trạng Medi-Cal trong một tháng sau tháng Sáu của năm dương lịch trước đó.
- Thư thông báo cấp Social Security cho thấy đủ điều kiện nhận Trợ cấp Thu nhập Thấp (LIS)
- Bản in hoặc ảnh chụp màn hình từ hệ thống cho thấy đủ điều kiện Medi-Cal

- SFHP Care Plus sẽ xác minh bằng chứng được cung cấp bằng hệ thống CMS và cập nhật việc chia sẻ chi phí của quý vị cho phù hợp.
- Khi 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 thừa khoản đồng thanh toán của mình thì chúng tôi sẽ trả lại cho quý vị bằng séc hoặc tín dụng đồng thanh toán trong tương lai. Nếu tiệm thuốc tây không thu tiền đồng thanh toán của quý vị và quý vị nợ họ, thì chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiệm thuốc tây đó. Nếu tiểu bang thanh toán thay cho quý vị thì chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang nếu quý vị có thắc mắc.

N2. Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP)

ADAP giúp những người đủ điều kiện ADAP đang sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV cứu mạng sống. Các loại thuốc Medicare Part D cũng có trong dược thư ADAP đủ điều kiện nhận trợ giúp chia sẻ chi phí toa thuốc thông qua Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS California (ADAP). Lưu ý: Để đủ điều kiện nhận ADAP ở tiểu bang của mình thì quý vị phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng về nơi cư trú của tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp (theo định nghĩa của tiểu bang) và tình trạng không có bảo hiểm/không được bảo hiểm. Nếu quý vị thay đổi chương trình bảo hiểm thì hãy thông báo cho nhân viên ghi danh đăng ký ADAP tại địa phương để quý vị có thể tiếp tục được hỗ trợ thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bao trả hoặc cách đăng ký tham gia chương trình, vui lòng gọi 1-844-421-7050, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến :00 tối (trừ ngày lễ).

O. Social Security

Cơ quan An sinh Xã hội xác định điều kiện tham gia Medicare và xử lý việc ghi danh đăng ký Medicare.

Nếu chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư thì quý vị phải liên hệ với cơ quan An sinh Xã hội để cho họ biết.

ĐIỆN THOẠI	1-800-772-1213 Miễn phí cuộc gọi tới số này. Phục vụ từ 8:00 sáng đến 7:00 tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của họ để nghe thông tin ghi âm và thông báo 24 giờ một ngày.
TTY	1-800-325-0778 Đây là số điện thoại dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRANG WEB	www.ssa.gov

P. Ban Hưu trí Hỏa xa (RRB)

RRB là một cơ quan độc lập của Liên bang quản lý các chương trình phúc lợi toàn diện cho công nhân đường sắt quốc gia và gia đình của họ. Nếu nhận Medicare thông qua RRB thì hãy cho họ biết nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Nếu có thắc mắc về quyền lợi của quý vị từ RRB thì hãy liên hệ với cơ quan này.

ĐIỆN THOẠI	1(877) 772-5772 Miễn phí cuộc gọi tới số này. Nhấn “0” để nói chuyện với nhân viên của RRB từ 9:00 sáng đến 3:30 chiều Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9:00 sáng đến 12:00 trưa Thứ Tư. Nhấn “1” để truy cập Đường dây Trợ giúp RRB tự động và nghe thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Đây là số điện thoại dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. Các cuộc gọi đến số này không miễn phí.
TRANG WEB	www.rrb.gov

Q. Bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm khác từ chủ lao động

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị) nhận được phúc lợi từ chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị) như một phần của chương trình này, hãy gọi cho quản trị viên phúc lợi của chủ lao động/công đoàn hoặc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số ở cuối trang nếu có bất kỳ câu hỏi nào. Quý vị có thể hỏi về chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị) hoặc phúc lợi sức khỏe hưu trí, phí bảo hiểm, hoặc thời gian ghi danh. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nếu có thắc mắc về phạm vi bảo hiểm Medicare của quý vị theo chương trình này. Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị), hãy liên hệ với **quản trị viên phúc lợi của nhóm đó**. Người quản lý phúc lợi có thể giúp quý vị hiểu chương trình bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi.

R. Chương trình Medicare Medi-Cal Ombudsperson

Chương trình Medicare Medi-Cal Ombudsperson có hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp người đang gặp khó khăn trong việc nhận hoặc duy trì bảo hiểm y tế và giải quyết các vấn đề với chương trình bảo hiểm y tế của họ.

Nếu gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- chương trình bảo hiểm y tế của quý vị
- tiếp cận các dịch vụ y tế
- kháng nghị các dịch vụ bị từ chối, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ sức khỏe tâm thần, v.v.
- hóa đơn y tế
- IHSS (Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà)

Chương trình Medicare Medi-Cal Ombudsperson hỗ trợ cho khiếu nại, kháng nghị và điều trần. Số điện thoại của Chương trình Ombudsperson là 1-855-501-3077.

S. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa nhất định có sẵn thông qua Medi-Cal Dental, bao gồm nhưng không giới hạn các dịch vụ như:

- khám ban đầu, chụp X-quang, làm sạch, trám răng và tráng florua;
- phục hình và mão răng;
- điều trị chân răng; và
- răng giả một phần hoặc toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm

Quyền lợi nha khoa có sẵn thông qua Dịch vụ tính phí (FFS) của Medi-Cal Dental.

ĐIỆN THOẠI	1-800-322-6384 Đây là cuộc gọi miễn phí. Đại diện Medi-Cal Dental FFS luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1(800) 735-2922 Đây là số điện thoại dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRANG WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa hoặc muốn thay đổi các chương trình nha khoa, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272 (người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Đây là cuộc gọi miễn phí. Thông tin liên hệ của chương trình quản lý chăm sóc nha khoa cũng có sẵn tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác

Giới thiệu

Chương này có các điều khoản và quy tắc cụ thể mà quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác được bao trả trong chương trình của chúng tôi. Chương này cũng cho biết về người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt nhất định (bao gồm từ các nhà cung cấp hoặc tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới), những việc cần làm nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chúng tôi bao trả và các quy tắc sở hữu Thiết bị Y tế Lâu bền (DME). Các thuật ngữ và định nghĩa quan trọng được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Mục Lục

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp 53

B. Các quy tắc để nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả 53

C. Người quản lý dịch vụ chăm sóc 55

C1. Người quản lý dịch vụ chăm sóc là gì 55

C2. Cách quý vị có thể liên hệ với người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình 56

C3. Cách quý vị có thể thay đổi người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình 56

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp 56

D1. Chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP) 56

D2. Chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới 59

D3. Khi nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi 59

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 60

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) 61

F. Sức khỏe hành vi (Dịch vụ sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích) ... 61

F1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi 62

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

G. Dịch vụ vận chuyển 64
G1. Vận chuyển Y tế Không Cấp cứu 64
G2. Vận chuyển không phải y tế 65
H. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu, khi cần khẩn cấp hoặc trong thảm họa 66
H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu 66
H2. Chăm sóc cần thiết khẩn cấp 68
H3. Chăm sóc trong thảm họa 69
I. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bị tính phí trực tiếp cho các dịch vụ được bao trả 69
I1. Cần làm gì nếu chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ 69
J. Phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một nghiên cứu lâm sàng 70
J1. Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng 70
J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng 71
J3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng 71
K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả trong -cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế 71
K1. Định nghĩa về cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế 71
K2. Chăm sóc từ một cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế 72
L. Dụng cụ y tế lâu bền (DME) 72
L1. Nhận DME với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi 72
L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare 73
L3. Quyền lợi về thiết bị tạo ôxy với tư cách là hội viên của chương trình 73
L4. Thiết bị tạo ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác 74

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp

Dịch vụ là chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật tư, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc, thiết bị kê toa và không kê toa và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bao trả** là bất kỳ dịch vụ nào trong số này mà chương trình của chúng tôi bao trả. Chăm sóc sức khỏe được bao trả, sức khỏe hành vi và LTSS có trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này. Các dịch vụ được bao trả của quý vị đối với thuốc kê toa và thuốc không kê toa có trong **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này.

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

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

B. Các quy tắc để nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả

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

Chương trình của chúng tôi thường sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi và nhiều LTSS mà quý vị nhận khi tuân theo các quy tắc của chúng tôi. Để được chương trình của chúng tôi bao trả:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận phải nằm trong Bảng Quyền lợi Y tế trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này.
- Dịch vụ chăm sóc đó phải **cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ hợp lý và cần thiết để chẩn đoán và điều trị tình trạng sức khỏe của quý vị. Cần sự chăm sóc cần thiết về mặt y tế để cho người bệnh không bị bệnh nặng hoặc trở nên tàn tật và giảm cơn đau dữ dội bằng cách điều trị bệnh, đau ốm hoặc tổn thương.
- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải sử dụng **bác sĩ chăm sóc chính (PCP)** trong mạng lưới để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Là hội

viên chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới để làm PCP của mình (để biết thêm thông tin, hãy xem **Phần D1** của chương này).

- Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới phải phê duyệt trước khi quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp không phải là PCP của mình hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Đây gọi là **thư giới thiệu.** Nếu không được phê duyệt thì có thể chúng tôi sẽ không bao trả cho các dịch vụ đó.
- PCP trong chương trình của chúng tôi liên kết với các nhóm y khoa/phòng khám. Khi chọn PCP thì tức là quý vị cũng sẽ chọn nhóm y khoa/phòng khám liên kết. Có nghĩa là PCP sẽ giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ đã liên kết với nhóm y khoa của họ. Nhóm y khoa là một tổ chức các nhà cung cấp điều phối một loạt các dịch vụ chăm sóc ban đầu và chuyên khoa cho bệnh nhân. Quý vị không cần phải được PCP của mình giới thiệu khi cần chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ hoặc cho bất kỳ dịch vụ nào khác được liệt kê trong **Phần D1** của chương này.
- Quý vị không cần phải được PCP của mình giới thiệu khi cần chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ hoặc cho bất kỳ dịch vụ nào khác được liệt kê trong **Phần D1** của chương này.

- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ các nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin, hãy xem **Phần D** trong chương này). Thông thường, chúng tôi sẽ không bao trả cho dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp không làm việc với chương trình bảo hiểm y tế của chúng tôi. Có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ đã nhận từ nhà cung cấp đó. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:
  - Chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết của nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, hãy xem **Phần H** trong chương này).
  - Nếu cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình bao trả nhưng các nhà cung cấp trong mạng lưới không thể cung cấp, thì quý vị có thể nhận dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trường hợp này cần phải xin ủy quyền trước. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ bao trả miễn phí cho dịch vụ chăm sóc đó. Để biết thông tin về việc phê duyệt cho sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy xem **Phần D4** trong chương này.

- Nếu cần dịch vụ lọc máu thận khi ở ngoài vùng dịch vụ của chương trình chúng tôi trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không thể thực hiện hoặc không thể tiếp cận được, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị ở ngoài vùng dịch vụ của chương trình của chúng tôi và được nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình lọc máu, chúng tôi sẽ bao trả hoàn toàn cho quý vị các dịch vụ đó. Nếu có thể, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho quý vị lọc máu duy trì khi quý vị đi xa.
- Nếu quý vị là hội viên mới trong chương trình của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại của mình. Trong một số trường hợp ngoại lệ, nếu có thể xác định quý vị đã làm việc với các nhà cung cấp đó thì chúng tôi phải phê duyệt yêu cầu này. Xem **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên* này. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu thì quý vị có thể tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại trong tối đa 12 tháng. Trong thời gian đó, người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị sẽ liên hệ với quý vị để giúp quý vị tìm kiếm các nhà cung cấp trong mạng lưới có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không còn bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nếu quý vị tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp không trong mạng lưới của chúng tôi và không liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị.

Bảo hiểm Y tế Khác: Hội viên Medi-Cal phải sử dụng tất cả các bảo hiểm y tế khác (OHC) trước khi sử dụng Medi-Cal nếu có dịch vụ tương tự trong bảo hiểm y tế khác vì Medi-Cal là bên thanh toán sau cùng. Có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp thì Medi-Cal sẽ là bên thanh toán thứ hai cho Medicare OHC, bao gồm các chi phí được phép không được chương trình của chúng tôi hoặc OHC khác thanh toán theo tỷ lệ của Medi-Cal.

Hội viên mới tham gia SFHP Care Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký SFHP Care Plus để hưởng các quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi tham gia SFHP Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây trong tối đa hai tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua SFHP Care Plus. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Vui lòng gọi theo số điện thoại miễn phí nếu quý vị có thắc mắc.

C. Người quản lý dịch vụ chăm sóc

C1. Người quản lý dịch vụ chăm sóc là gì

Người quản lý dịch vụ chăm sóc là y tá hoặc người được cấp phép khác sẽ làm quen với quý vị và tìm hiểu nhu cầu sức khỏe của quý vị. Người này có thể thuộc nhóm y khoa của

quý vị hoặc SFHP. Người quản lý dịch vụ chăm sóc sẽ làm việc trong một nhóm với quý vị, nhà cung cấp, người chăm sóc và những người khác chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

Người quản lý dịch vụ chăm sóc làm việc với quý vị để:

- Đánh giá các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Lập kế hoạch chăm sóc cùng với quý vị và Nhóm Chăm sóc của quý vị
- Tạo Kế hoạch Chăm sóc Riêng cho Cá nhân, tập trung vào nhu cầu và lựa chọn của quý vị
- Điều phối dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị
- Thảo luận với quý vị và nhà cung cấp của quý vị
- Theo dõi tình trạng sức khỏe của quý vị và sửa đổi nếu cần.

C2. Cách quý vị có thể liên hệ với người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình

Liên hệ với Đội ngũ Quản lý Chăm sóc SFHP theo số 1(415) 615-4545 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều (Giờ Thái Bình Dương)

C3. Cách quý vị có thể thay đổi người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình

Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp

D1. Chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP)

Quý vị phải chọn một PCP để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. PCP trong chương trình của chúng tôi liên kết với các nhóm y khoa. Khi chọn PCP thì tức là quý vị cũng sẽ chọn nhóm y khoa liên kết.

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

Khi trở thành hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình. PCP sẽ điều phối các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận với tư cách là hội viên của chương trình.

PCP có thể là bác sĩ nội khoa, bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa, y tá hành nghề hoặc trợ lý bác sĩ đáp ứng các yêu cầu của Tiểu bang và được đào tạo để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản cho quý vị. Quý vị sẽ nhận dịch vụ chăm sóc định kỳ hoặc cơ bản từ PCP của

mình. PCP của quý vị cũng sẽ điều phối các dịch vụ được bao trả, giúp quý vị đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc và nhận được sự cho phép trước (PA) khi cần thiết.

Quý vị có thể chọn Federally Qualified Health Center (FQHC) làm PCP. FQHC là những trung tâm y tế nằm ở các khu vực không có nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. FQHC và Phòng khám Y tế Địa phương (RHC) có thể làm PCP nếu đáp ứng các yêu cầu cụ thể của liên bang và tiểu bang (và thường thì họ đáp ứng các yêu cầu này). Trên thực tế, họ được thiết kế để trở thành nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện tuyến đầu, đặc biệt là ở các khu vực thiếu dịch vụ chăm sóc.

Quý vị có thể chọn một bác sĩ chuyên khoa làm PCP nếu bác sĩ đó được liệt kê là PCP trong *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây*.

Lựa chọn PCP của quý vị

Là hội viên SFHP Care Plus, quý vị sẽ được đăng ký với SFHP Care Plus cho cả chương trình Medicare và Medi-Cal. Quý vị sẽ phải chọn một PCP thuộc SFHP Care Plus làm bác sĩ chính, là người sẽ điều phối cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị. Quý vị có thể thay đổi PCP của mình bất cứ lúc nào.

Quý vị có thể chọn một bác sĩ chuyên khoa làm PCP nếu bác sĩ đó được liệt kê là PCP trong *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây*.

Chọn PCP mà quý vị đang sử dụng hoặc người đã được giới thiệu bởi người mà quý vị tin tưởng hoặc có văn phòng dễ tiếp cận. Lựa chọn PCP của quý vị có thể quyết định khả năng tiếp cận của quý vị với các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện. Nếu có một chuyên gia hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, PCP của quý vị phải được liên kết với nhóm y tế bao gồm quyền tiếp cận với chuyên gia hoặc bệnh viện đó. Nếu quý vị cần trợ giúp chọn PCP thì vui lòng gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Tùy chọn thay đổi PCP của quý vị

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

Hãy gọi tới Chăm sóc Khách Hàng của SFHP Care Plus để thay đổi PCP của quý vị. Nếu quý vị báo cho chúng tôi biết là muốn thay đổi PCP trước ngày làm việc cuối cùng của tháng, thì việc thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Chúng tôi sẽ xác minh xem PCP mà quý vị chọn có đang nhận bệnh nhân mới hay không. Chúng tôi sẽ sửa đổi hồ sơ hội viên để bổ sung tên của PCP mới và cho quý vị biết khi

nào thì việc thay đổi sang PCP mới sẽ có hiệu lực. Chúng tôi sẽ gửi thẻ hội viên mới có cập nhật thông tin liên lạc của PCP cho quý vị.

Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Ban đầu (PCP) của quý vị liên kết với một nhóm y tế cụ thể. Nếu quý vị thay đổi PCP, quý vị cũng có thể đổi sang nhóm y tế khác. Trước khi thực hiện thay đổi, hãy cho Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus biết nếu quý vị hiện đang thăm khám với chuyên gia hoặc nhận bất kỳ dịch vụ được bao trả nào yêu cầu phải có giấy giới thiệu hoặc ủy quyền từ PCP của quý vị. Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus có thể giúp đảm bảo rằng dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và các dịch vụ được phê duyệt khác của quý vị tiếp tục mà không bị gián đoạn khi quý vị thay đổi PCP và nhóm y tế.

Các dịch vụ quý vị có thể nhận được mà không cần sự phê duyệt từ PCP

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần có sự phê chuẩn từ PCP của mình trước khi sử dụng các nhà cung cấp khác. Việc phê duyệt này gọi là **giới thiệu.** Quý vị có thể nhận các dịch vụ như được liệt kê bên dưới mà không cần xin phê chuẩn trước từ PCP của mình.

- Dịch vụ khẩn cấp từ nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới
- Các dịch vụ được bao trả cần thiết khẩn cấp yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải là trường hợp khẩn cấp) nếu quý vị tạm thời ở ngoài vùng dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc nếu việc sử dụng dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý với thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh và thương tích y tế không lường trước được hoặc bùng phát bất ngờ các tình trạng hiện có. Tuy nhiên, các lần khám định kỳ cần thiết về mặt y tế, như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp, kể cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.
- Các dịch vụ thẩm phân lọc máu thận mà quý vị nhận tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Nếu quý vị gọi cho Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus trước khi rời khỏi khu vực dịch vụ, chúng tôi có thể giúp quý vị lọc máu khi quý vị đi vắng.
- Tiêm phòng cúm và vắc-xin COVID-19 cũng như vắc-xin viêm gan B và vắc-xin viêm phổi miễn là quý vị nhận được từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ và kế hoạch hóa gia đình định kỳ. Điều này bao gồm khám ngực, chụp quang tuyến vú sàng lọc (X-quang vú), xét nghiệm Pap và khám vùng chậu miễn là quý vị nhận được từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

Ngoài ra, nếu quý vị là Hội viên người Mỹ Da Đỏ, quý vị có thể nhận các Dịch Vụ Được Bao Trả từ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Người Mỹ Da Đỏ mà quý vị lựa chọn mà không cần phải có giấy giới thiệu từ PCP Thuộc Mạng Lưới hoặc Cho Phép Trước.

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

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

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

Điều rất quan trọng là phải được ủy quyền trước khi quý vị đến bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới hoặc một số nhà cung cấp khác. PCP của quý vị sẽ làm việc với quý vị và nhận được các ủy quyền cần thiết. Có một số trường hợp ngoại lệ, chẳng hạn như chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ. Nếu quý vị không được ủy quyền trước khi nhận dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp khác, thì có thể quý vị phải tự trả tiền cho các dịch vụ này. Nếu bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp khác muốn quý vị quay lại để chăm sóc thêm, thì trước hết cần kiểm tra để đảm bảo giấy ủy quyền trước cho lần khám đầu tiên có bao trả cho nhiều lần thăm khám. Nếu muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa cụ thể, hãy tìm hiểu xem nhà cung cấp của mình có giới thiệu bệnh nhân đến các bác sĩ chuyên khoa này hay không. Xem **Chương 4** để biết thông tin về những dịch vụ yêu cầu phải xin ủy quyền trước.

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

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

- Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thay đổi trong năm, nhưng chúng tôi phải cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận không gián đoạn với các nhà cung cấp đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ thông báo về việc nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
    - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết trong trường hợp quý vị đã đến khám tại nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.

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

- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới trong mạng lưới đủ điều kiện để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu hiện đang điều trị y tế hoặc điều trị với nhà cung cấp hiện tại thì quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận được điều trị hoặc liệu pháp cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ phối hợp với quý vị để quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp thông tin về thời gian đăng ký có sẵn và các tùy chọn mà quý vị có thể cần để thay đổi chương trình.
- Nếu không thể tìm thấy bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đủ điều kiện mà quý vị có thể tiếp cận thì chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị khi 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. Cần được ủy quyền trước.
- Nếu quý vị biết là một trong những nhà cung cấp của mình rời khỏi chương trình, thì hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Nếu nghĩ rằng chúng tôi đã không thay thế nhà cung cấp trước đây bằng một nhà cung cấp đủ điều kiện hoặc chúng tôi không quản lý tốt dịch vụ chăm sóc cho quý vị, thì quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO), phàn nàn về chất lượng chăm sóc hoặc cả hai. (Xem **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới:

- Chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết của nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, hãy xem **Phần H** trong chương này).
- Nếu cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình bao trả nhưng các nhà cung cấp trong mạng lưới không thể cung cấp, thì quý vị có thể nhận dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trường hợp này cần phải xin ủy quyền trước. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ bao trả miễn phí cho dịch vụ

chăm sóc đó. Để biết thông tin về việc phê duyệt cho sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy xem **Phần D4** trong chương này.

- Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ thẩm phân lọc máu khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không sẵn sàng hoặc không thể tiếp cận. Nếu có thể, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho quý vị lọc máu duy trì khi quý vị đi xa.

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

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

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS có thể giúp quý vị ở tại nhà và tránh phải đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề. Quý vị có quyền sử dụng một số LTSS cụ thể thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề, Dịch vụ Người lớn Tại Cộng đồng (CBAS) và Hỗ trợ Cộng đồng. Một loại LTSS khác là chương trình Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà (IHSS) có sẵn thông qua cơ quan dịch vụ xã hội của quận. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ, hãy liên hệ với Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà của Cơ quan Dịch vụ Nhân sinh Quận San Francisco theo số 1(415) 355-6700 hoặc gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang.

F. Sức khỏe hành vi (Dịch vụ sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích)

Quý vị có quyền sử dụng các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bao trả. Chúng tôi cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi do Medicare và Medi-Cal quản lý.

Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal hoặc rối loạn do sử dụng chất kích thích của quận, nhưng các dịch vụ này có sẵn cho quý vị thông qua các cơ quan sức khỏe hành vi của quận. Quý vị có thể liên lạc với SFBHS theo số 1(888) 246-3333, 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Đối với các dịch vụ sức khỏe hành vi được Chương Trình bao trả, hãy liên hệ với Carelon Behavioral Health theo số 1(855) 371-8117 (TTY 711).

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

Dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần của quận (MHP) nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal là do SFBHS cung cấp.

- dịch vụ sức khỏe tâm thần
- dịch vụ hỗ trợ dùng thuốc
- dịch vụ điều trị tăng cường ban ngày
- phục hồi chức năng ban ngày
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng
- dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị nội trú cho người lớn
- dịch vụ điều trị nội trú khủng hoảng
- dịch vụ cơ sở y tế cho bệnh tâm thần
- dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân tâm thần nội trú
- quản lý trường hợp mục tiêu
- tái hòa nhập liên quan đến công lý
- điều trị cộng đồng quyết đoán (ACT)
- điều trị cộng đồng pháp y quyết đoán (FACT)
- chăm sóc chuyên khoa phối hợp (CSC) cho rối loạn tâm thần giai đoạn đầu tiên (FEP)
- dịch vụ câu lạc bộ
- dịch vụ nhân viên y tế cộng đồng (CHW) nâng cao
- việc làm được hỗ trợ
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng

- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu
- điều phối chăm sóc sức khỏe tăng cường
- dịch vụ tại nhà tăng cường

Các dịch vụ thuốc Medi-Cal (DMC) do SFBHS cung cấp bao gồm:

- dịch vụ điều trị đặc biệt cho bệnh nhân ngoại trú
- điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện nội trú dành cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai và sau sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều trị Hỗ trợ bằng Thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng

Dịch vụ Hệ thống Phân phối Thuốc Có Tổ chức Medi-Cal (DMC-ODS) được cung cấp thông qua SFBHS nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận dịch vụ này. Các dịch vụ DMC-ODS bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị đặc biệt cho bệnh nhân ngoại trú
- dịch vụ nằm viện một phần
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều trị Hỗ trợ bằng Thuốc)
- dịch vụ điều trị nội trú
- dịch vụ cắt cơn nghiện
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc sức khỏe
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng

- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng
- dịch vụ quản lý dự phòng
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- tầm soát, chẩn đoán và điều trị định kỳ sớm (đối với hội viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

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

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa không được SFHP Care Plus bao trả sẽ được SFBHS bao trả và điều phối nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí. Quý vị có thể liên lạc SFBHS theo số 1(888) 246-3333, 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Để biết thêm thông tin về các dịch vụ sức khỏe hành vi hiện có, quy trình xác định sự cần thiết về mặt y tế, thủ tục giới thiệu giữa chương trình và tổ chức của quận và quy trình giải quyết vấn đề, vui lòng liên hệ với đường dây sức khỏe hành vi của SFHP Care Plus theo số 1(855) 371-8117 (TTY 711).

G. Dịch vụ vận chuyển

G1. Vận chuyển Y tế Không Cấp cứu

Quý vị được quyền vận chuyển y tế không cấp cứu (NEMT) nếu có nhu cầu y tế và không thể sử dụng xe, xe buýt hoặc taxi đến buổi hẹn khám. NEMT có thể được cung cấp cho những dịch vụ bảo hiểm, chẳng hạn như hẹn khám y tế, nha khoa, sức khỏe tâm thần, sử dụng hóa chất và tiệm thuốc tây. Nếu cần dịch vụ NEMT thì quý vị có thể nói với bác sĩ, nha sĩ, bác sĩ nhi khoa hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích hoặc sức khỏe tâm thần và yêu cầu dịch vụ. Nhà cung cấp của quý vị sẽ quyết định loại phương tiện vận chuyển phù hợp nhất với nhu cầu của quý vị. Nếu quý vị cần dịch vụ NEMT thì nhà cung cấp sẽ điền biểu mẫu chỉ định và gửi cho SFHP Care Plus phê duyệt. Tùy thuộc vào nhu cầu y tế của quý vị, quý vị có thể được chấp thuận trong tối đa 12 tháng. Nhà cung cấp của quý vị sẽ đánh giá lại nhu cầu NEMT của quý vị khi cần thiết hoặc khi thuốc kê toa của quý vị hết hạn và có thể phê duyệt lại NEMT trong tối đa 12 tháng.

NEMT là xe cứu thương, xe van, xe lăn hoặc vận chuyển hàng không. SFHP Care Plus cho phép phương thức vận chuyển được bao trả với chi phí thấp nhất và phương tiện NEMT phù hợp nhất với nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần đưa đón đến nơi hẹn khám. Ví dụ: nếu quý vị có thể được vận chuyển bằng xe chuyên dụng dành cho người sử dụng xe lăn vì lý do thể chất hoặc y tế, SFHP Care Plus sẽ không chi trả cho xe cứu thương. Quý vị chỉ được đi máy bay nếu tình trạng sức khỏe của quý vị không cho phép vận chuyển bằng đường bộ.

Phải sử dụng NEMT khi:

- Cần thiết về mặt thể chất hoặc y tế xác định theo văn bản cho phép của bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác vì quý vị không đủ sức khỏe sử dụng xe buýt, taxi, xe hơi hoặc xe van để đến nơi hẹn khám.
- Quý vị cần tài xế giúp di chuyển từ nơi cư trú, xe hoặc nơi điều trị do khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.

Để yêu cầu phương tiện vận chuyển y tế mà bác sĩ chỉ định cho **cuộc hẹn khám định kỳ** không khẩn cấp, hãy gọi người điều phối phương tiện vận chuyển của SFHP theo số 1(415) 547-7807 ít nhất 5 ngày làm việc (Thứ Hai-Thứ Sáu) trước cuộc hẹn. Để **hẹn khẩn cấp,** hãy gọi sớm nhất có thể. Chuẩn bị sẵn Thẻ Hội viên khi gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin.

Giới hạn về vận chuyển y tế

SFHP Care Plus cung cấp phương tiện vận chuyển không phải y tế chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị để đến nhà cung cấp có hẹn trước gần nhất từ nhà quý vị. Dịch vụ vận chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không bao trả cho dịch vụ này. Nếu loại hẹn khám được bao trả bởi Medi-Cal nhưng không qua chương trình bảo hiểm y tế, thì SFHP sẽ cung cấp hoặc giúp quý vị sắp xếp lịch vận chuyển. Danh sách các dịch vụ được bao trả có trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này. Dịch vụ vận chuyển không được bao trả bên ngoài mạng lưới hoặc khu vực dịch vụ của SFHP Care Plus trừ khi được ủy quyền trước.

G2. Vận chuyển không phải y tế

Quyền lợi vận chuyển không phải y tế (NMT) là đi đến và rời khỏi nơi hẹn khám cho một dịch vụ được bao trả do bác sĩ của quý vị ủy quyền. Quý vị có thể được vận chuyển miễn phí khi:

- Đi đến và rời khỏi buổi hẹn cho dịch vụ do bác sĩ của quý vị ủy quyền **hoặc**
- Nhận thuốc kê toa và vật tư y tế.

SFHP Care Plus cho phép quý vị sử dụng ô tô, taxi, xe buýt hoặc phương thức công cộng/riêng tư khác để đến cuộc hẹn nhận các dịch vụ do nhà cung cấp của quý vị ủy quyền. SFHP Care Plus sử dụng Modivcare để sắp xếp NMT. Chúng tôi chi trả cho loại hình NMT có chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, SFHP có thể bồi hoàn cho chuyến đi bằng phương tiện cá nhân mà quý vị thu xếp. SFHP Care Plus phải phê duyệt điều này **trước khi** quý vị đi xe và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do tại sao quý vị không thể chọn phương tiện di chuyển khác, chẳng

hạn như đi xe buýt. Quý vị có thể thông báo bằng cách gọi cho chúng tôi, qua email hoặc đến gặp trực tiếp. **Quý vị không thể được hoàn trả khi tự lái xe**.

Bồi hoàn quãng đường di chuyển yêu cầu tất cả những giấy tờ sau:

- Giấy phép lái xe của tài xế.
- Giấy đăng ký xe của tài xế.
- Chứng từ bảo hiểm xe cho tài xế.

Để yêu cầu một chuyến đi cho các dịch vụ đã được ủy quyền, hãy gọi cho SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 ít nhất 10 ngày theo lịch (Thứ Hai-Thứ Sáu) trước buổi hẹn của quý vị. Để **hẹn khẩn cấp**, hãy gọi sớm nhất có thể. Chuẩn bị sẵn Thẻ Hội viên khi gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin.

Lưu ý: Hội viên là Người Mỹ Da Đỏ có thể liên hệ Phòng khám Sức khỏe Người Da Đỏ tại địa phương để yêu cầu vận chuyển không phải y tế.

Giới hạn về vận chuyển không phải y tế

SFHP cung cấp phương tiện vận chuyển NMT đáp ứng nhu cầu của quý vị để đến nhà cung cấp có hẹn trước gần nhất từ nhà quý vị khi có hẹn trước hoặc có sẵn dịch vụ. **Quý vị không thể tự lái hoặc được bồi hoàn trực tiếp.**

NMT **không** áp dụng khi:

- Xe cấp cứu, xe van nhỏ, xe van trang bị xe lăn hoặc hình thức vận chuyển y tế không cấp cứu khác là cần thiết để đến nơi nhận dịch vụ.
- Quý vị cần tài xế hỗ trợ di chuyển từ nơi cư trú, xe hoặc nơi điều trị do tình trạng thể chất hoặc sức khỏe.
- Quý vị phải ngồi xe lăn và không thể di chuyển ra vào xe nếu không có sự trợ giúp của người lái xe.
- Dịch vụ này không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.

H. Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu, khi cần khẩn cấp hoặc trong thảm họa

H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu

Cấp cứu là tình trạng y tế với các triệu chứng như bệnh tật, đau dữ dội, chấn thương nghiêm trọng hoặc tình trạng y tế nhanh chóng trở nặng. Tình trạng này nặng đến nỗi,

nếu không được chăm sóc y tế ngay, thì quý vị hoặc người có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cũng có thể dự kiến sẽ dẫn đến:

- nguy cơ nghiêm trọng đối với mạng sống hoặc thai nhi của quý vị; **hoặc**
- gây suy yếu nghiêm trọng các chức năng cơ thể; **hoặc**
- gây tổn hại nghiêm trọng tới bất kỳ bộ phận hoặc cơ quan nào trong cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp phụ nữ mang thai chuyển dạ tích cực, khi:
    - Không có đủ thời gian để di chuyển an toàn đến bệnh viện khác trước khi sinh.
    - Việc chuyển viện có thể gây ra nguy cơ cho sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc cho thai nhi.

Nếu quý vị cần cấp cứu:

- **Hãy tìm trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu cần. Quý vị **không** cần xin chấp thuận hoặc giấy giới thiệu từ PCP của mình. Quý vị không cần phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu được bao trả bất cứ khi nào cần, ở bất kỳ đâu trong Hoa Kỳ hoặc vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép thích hợp của tiểu bang, kể cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.
- **Hãy thông báo cho FHP về trường hợp cấp cứu của quý vị càng sớm càng tốt.** Chúng tôi luôn theo dõi dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc người khác nên gọi cho chúng tôi biết về dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường là trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không trả tiền cho các dịch vụ cấp cứu nếu chậm thông báo cho chúng tôi. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang này.

Các dịch vụ được bao trả trong trường hợp cấp cứu

Medicare không cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ xe cứu thương trong các tình huống nếu đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác thì có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng bao trả cho các dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, hãy xem Bảng Quyền lợi trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này.

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và kết thúc cấp cứu. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và liên hệ với chúng tôi để lập kế hoạch nếu quý vị cần chăm sóc theo dõi để cải thiện sức khỏe.

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ chăm sóc theo dõi cho quý vị. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì chúng tôi sẽ yêu cầu các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp quản dịch vụ chăm sóc cho quý vị càng sớm càng tốt.

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

Đôi khi có thể khó nhận biết trường hợp của quý vị là cấp cứu hay sức khỏe hành vi. Quý vị có thể đến nơi chăm sóc cấp cứu và bác sĩ nói rằng đó không thực sự là trường hợp cấp cứu. Miễn là quý quý vị nghĩ rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng thì chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Tuy nhiên, nếu bác sĩ nói rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu thì chúng tôi chỉ bao trả cho dịch vụ chăm sóc bổ sung nếu:

- Quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới **hoặc**
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là “chăm sóc cần thiết khẩn cấp” và quý vị tuân theo các quy tắc để nhận dịch vụ đó. Xem phần tiếp theo.

H2. Chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong tình huống không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ: quý vị có thể bùng phát một tình trạng hiện có hoặc một bệnh hoặc chấn thương không lường trước được.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp trong khu vực dịch vụ của chương trình

Chúng tôi chỉ bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp nếu:

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

Nếu không thể hoặc không thích hợp để liên hệ với nhà cung cấp trong mạng lưới, tùy thuộc vào thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus ở cuối trang hoặc Đường dây Tư vấn Y tá theo số 1(877) 977-3397 (TTY: 711), để tìm hiểu cách tiếp cận các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp.

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

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

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết khẩn cấp trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ khi quý vị đi du lịch và tạm thời ở bên ngoài Hoa Kỳ.

H3. Chăm sóc trong thảm họa

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

Truy cập vào trang web của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thảm họa được công bố: sfhp.org/careplus-members.

Trong thảm họa được công bố, nếu không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu không thể sử dụng tiệm thuốc tây trong mạng lưới trong thời gian thảm họa được công bố thì quý vị có thể mua thuốc tại tiệm thuốc ngoài mạng lưới. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin.

I. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bị tính phí trực tiếp cho các dịch vụ được bao trả

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bao trả của mình hoặc nếu nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được bao trả, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này để biết những việc cần làm.

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

I1. Cần làm gì nếu chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ

Chương trình của chúng tôi bao trả cho tất cả các dịch vụ:

- được xác định là cần thiết về mặt y tế **và**
- được liệt kê trong Bảng Quyền lợi của chương trình (xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này) **và**

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

Nếu quý vị nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi không bao trả, thì **quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí,** trừ khi được bao trả bởi một chương trình Medi-Cal khác ngoài chương trình của chúng tôi.

Nếu muốn biết chúng tôi có trả tiền cho bất kỳ dịch vụ hoặc hình thức chăm sóc y tế nào hay không, thì quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền yêu cầu trả lời bằng văn bản. Nếu chúng tôi nói là sẽ không thanh toán cho các dịch vụ của quý vị thì quý vị có quyền kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Chương 9 của *Sổ tay Hội viên* này giải thích những việc cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng y tế. Trong đó cũng giải thích cách kháng nghị quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để tìm hiểu thêm về quyền kháng nghị của quý vị.

Chúng tôi trả tiền cho một số dịch vụ lên đến mức giới hạn nhất định. Nếu quý vị vượt quá giới hạn thì phải trả toàn bộ chi phí để nhận thêm loại dịch vụ đó. Xem **Chương 4** để biết giới hạn cụ thể về quyền lợi. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để tìm hiểu giới hạn về quyền lợi là gì và quý vị đã sử dụng bao nhiêu quyền lợi.

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

J1. Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng

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

Nếu muốn tham gia vào bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt thì quý vị **không** cần phải cho chúng tôi biết hoặc xin chấp thuận của chúng tôi hoặc bác sĩ chăm sóc chính của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ cho quý vị trong nghiên cứu **không** cần phải là nhà cung cấp trong mạng lưới. Điều này không áp dụng cho các quyền lợi được bao trả cần 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 nghiên cứu (IDE). Những quyền lợi này cũng có thể phải tuân thủ yêu cầu ủy quyền trước và các quy tắc khác của chương trình.

Nếu quý vị dự định tham gia một nghiên cứu lâm sàng, được Original Medicare bao trả cho người tham gia, thì quý vị hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị nên liên

hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để cho chúng tôi biết là quý vị sẽ tham gia nghiên cứu lâm sàng.

J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng mà Medicare chấp thuận thì quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả trong nghiên cứu. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được bao trả trong nghiên cứu, cũng như các chi phí thông thường liên quan đến dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare-phê duyệt, thì quý vị được bao trả cho hầu hết các dịch vụ và vật dụng mà quý vị nhận được trong khuôn khổ của nghiên cứu. Bao gồm:

- tiền ăn ở cho thời gian nằm viện mà Medicare sẽ bao trả kể cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác thuộc nghiên cứu
- Điều trị tác dụng phụ và biến chứng của phương pháp chăm sóc mới

Nếu tham gia nghiên cứu mà chương trình Medicare của chúng tôi **chưa** phê duyệt thì quý vị phải trả mọi chi phí cho việc tham gia nghiên cứu.

J3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng

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

K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả trong -cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế

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

Cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị thường nhận được trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề. Nếu việc nhận chăm sóc tại một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề trái với niềm tin tôn giáo của quý vị, chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc tại cơ sở tôn giáo -chăm sóc sức khỏe không phải y tế.

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

K2. Chăm sóc từ một cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế

Để nhận chăm sóc từ một cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế, quý vị phải ký vào một văn bản pháp lý nói rằng quý vị phản đối việc nhận điều trị y tế "không ngoại lệ".

- Điều trị y tế “không ngoại lệ” là dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị **tự nguyện và không bắt buộc** bởi bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế “ngoại lệ” là dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị **không tự nguyện và bắt buộc** theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được chương trình của chúng tôi bao trả thì dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ một cơ sở tôn giáo chăm sóc sức khỏe không phải y tế phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho các lĩnh vực chăm sóc không phải tôn giáo.
- Nếu nhận các dịch vụ mà tổ chức này cung cấp cho quý vị trong một cơ sở thì:
  - Quý vị phải có tình trạng sức khỏe cho phép nhận các dịch vụ được bao trả cho dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện hoặc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề.
  - Quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi được nhận vào cơ sở, nếu không thì thời gian lưu trú của quý vị **sẽ không** được bao trả.

Áp dụng giới hạn bảo hiểm Nội trú tại Bệnh viện, quý vị vui lòng xem Bảng Quyền lợi trong **Chương 4** để biết chi tiết.

L. Dụng cụ y tế lâu bền (DME)

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

Medicare, bên trả tiền chính cho người đủ điều kiện kép, giới hạn bảo hiểm DME đối với thiết bị cần thiết để sử dụng tại nhà. Medi-Cal bao trả cho một số DME cần thiết để sử dụng cả tại nhà và trong cộng đồng. Hội viên của DSNP này được hưởng đầy đủ bảo hiểm DME theo cả tiêu chí của Medicare và Medi-Cal.

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

Quý vị được sở hữu một số vật dụng DME, chẳng hạn như chân tay giả.

Các loại DME khác thì quý vị phải thuê. Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị thường **sẽ không** được sở hữu các vật dụng DME đã thuê, bất kể thời gian thuê là bao lâu.

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin.

Kể cả khi quý vị đã có DME cho tối đa 12 tháng liên tiếp theo Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, thì quý vị cũng **sẽ không** sở hữu thiết bị đó.

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

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

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

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

Nếu quý vị đã thanh toán cho thiết bị DME theo chương trình Original Medicare hoặc MA trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, **thì các khoản thanh toán của chương trình Medicare hoặc MA đó không được tính vào các khoản mà quý vị phải thanh toán sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi**.

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare hoặc một số khoản thanh toán mới liên tiếp theo quy định của chương trình MA thì mới được sở hữu vật dụng DME đó.
- Không có ngoại lệ khi quý vị quay lại Original Medicare hoặc chương trình MA.

L3. Quyền lợi về thiết bị tạo ôxy với tư cách là hội viên của chương trình

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị tạo ôxy được Medicare bao trả thì chúng tôi sẽ bao trả cho:

- thuê thiết bị tạo ôxy
- cung cấp ôxy và số lượng ôxy

- ống và các phụ kiện liên quan để cung cấp ôxy và số lượng ôxy
- bảo trì và sửa chữa thiết bị tạo ôxy

Quý vị phải trả lại thiết bị tạo ôxy khi không còn cần thiết về mặt y tế hoặc nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

L4. Thiết bị tạo ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác

Khi thiết bị tạo ôxy còn cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare,** thì quý vị phải thuê thiết bị từ nhà cung cấp trong 36 tháng. Các khoản thanh toán tiền thuê hàng tháng của quý vị bao gồm thiết bị tạo ôxy và các tiếp liệu và dịch vụ được liệt kê ở trên. Medicare và Medi-Cal bao trả cho các khoản thanh toán này nếu quý vị vẫn còn tham gia Medicare và Medi-Cal.

Nếu thiết bị tạo ôxy còn cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị thuê 36 tháng,** thì nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp:

- thiết bị, tiếp liệu và dịch vụ tạo ôxy trong 24 tháng nữa
- thiết bị và tiếp liệu tạo ôxy đến tối đa 5 năm nếu cần thiết về mặt y tế

nếu thiết bị tạo ôxy vẫn còn cần thiết về mặt y tế **vào cuối thời hạn 5 năm, thì:**

- Nhà cung cấp không còn phải cung cấp nữa và quý vị có thể chọn nhận thiết bị thay thế từ bất kỳ nhà cung cấp nào.
- Bắt đầu một giai đoạn 5 năm mới.
- Quý vị thuê từ nhà cung cấp trong 36 tháng.
- Sau đó, nhà cung cấp của quý vị sẽ cung cấp thiết bị, tiếp liệu và dịch vụ tạo ôxy trong 24 tháng nữa.
- Và sẽ bắt đầu lại một chu kỳ 5 năm nữa miễn là thiết bị tạo ôxy là cần thiết về mặt y tế.

Khi thiết bị tạo ôxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang chương trình MA khác,** thì chương trình đó sẽ bao trả ít nhất cho những khoản mà Original Medicare bao trả. Quý vị có thể hỏi chương trình MA mới là sẽ bao trả bao nhiêu cho thiết bị và tiếp liệu tạo ôxy và quý vị phải trả bao nhiêu.

Chương 4: Bảng Quyền lợi

Giới thiệu

Chương này trình bày các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả và các hạn chế hoặc giới hạn đối với những dịch vụ đó. Chương này cũng cho biết về các quyền lợi không được bao trả trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Hội viên mới tham gia SFHP Care Plus: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký SFHPCare Plus để hưởng các quyền lợi Medicare vào ngày đầu tiên của tháng sau khi tham gia SFHP Care Plus. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal của chương trình bảo hiểm y tế Medi-Cal trước đây trong một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal thông qua SFHP Care Plus. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711) nếu quý vị có thắc mắc.

Mục Lục

A. Các dịch vụ được bao trả 77

B. Quy tắc tránh bị nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị 77

C. Giới thiệu về Bảng Quyền lợi của chương trình 77

D. Bảng Quyền lợi của chương trình 81

E. Các quyền lợi cho khách đến thăm hoặc khách du lịch trong chương trình của chúng tôi 137

F. Hỗ trợ Cộng đồng 137

G. Các quyền lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi 140

G1. Chuyển tiếp tại Cộng đồng California (CCT) 140

G2. Medi-Cal Dental 141

G3. Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà (IHSS) 142

F4. 1915(c) Chương trình Miễn trừ Dịch vụ Tại Nhà và Cộng đồng (HCBS) 142

G5. Các Dịch vụ Sức khỏe Hành vi của Quận được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi (Dịch vụ Rối loạn do Sử dụng Chất kích thích và Sức khỏe Tâm thần) 146

H. Quyền lợi được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả 149

A. Các dịch vụ được bao trả

Chương này cho biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bao trả. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được bao trả. Thông tin về quyền lợi thuốc có trong **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này. Chương này cũng giải thích về các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Vì quý vị được Medi-Cal trợ giúp nên quý vị không phải trả phí cho các dịch vụ được bao trả miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc của chương trình. Xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này để biết chi tiết về các quy tắc trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu những dịch vụ nào được bao trả thì hãy gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc và/hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

B. Quy tắc tránh bị nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của mình tính phí các dịch vụ được bao trả trong mạng lưới cho quý vị. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp của mình và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi bất kỳ khoản phí nào. Quy định được áp dụng kể cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn mức mà nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ.

Quý vị không bao giờ phải nhận hóa đơn từ nhà cung cấp cho các dịch vụ được bao trả. Trong trường hợp đó, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này hoặc gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

C. Giới thiệu về Bảng Quyền lợi của chương trình

Bảng Quyền lợi cho quý vị biết các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả (Bao trả thuốc nằm trong **Chương 5.**) Trong đó liệt kê các dịch vụ được bao trả theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích các dịch vụ đó.

Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi khi các quy tắc sau được tuân thủ. Quý vị **không phải** trả tiền cho bất kỳ dịch vụ nào được liệt kê trong Bảng Quyền lợi này, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu được mô tả dưới đây.

- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bao trả theo các quy tắc của Medicare và Medi-Cal.
- Các dịch vụ bao gồm chăm sóc y tế, sức khỏe hành vi và sử dụng chất kích thích, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, tiếp liệu, thiết bị và thuốc phải “cần thiết về mặt y tế”. Cần thiết về mặt y tế là các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc mà quý vị cần để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng y tế hoặc để duy trì tình

trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Cũng có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận theo thực hành y tế.

- Người mới đăng ký trong 90 ngày đầu tiên có thể không cần phải được phê duyệt trước cho bất kỳ đợt điều trị tích cực nào, kể cả dịch vụ điều trị của ban đầu do một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được bao trả, trừ trường hợp cấp cứu hoặc cần chăm sóc khẩn cấp hoặc khi chương trình bảo hiểm hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị có thể cần phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp cho các dịch vụ ngoài mạng lưới mà quý vị nhận được. **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong và ngoài mạng lưới.
- Quý vị có bác sĩ chăm sóc chính (PCP) hoặc nhóm chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới phải phê duyệt trước khi quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp không phải là PCP của mình hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Đây gọi là giới thiệu. **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này có thêm thông tin về việc đề nghị giấy giới thiệu và khi nào quý vị **không** cần.
- Chúng tôi chỉ bao trả cho một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác đã được chúng tôi chấp thuận trước. Đây được gọi là ủy quyền trước (PA). Chúng tôi đánh dấu chân trang cho các dịch vụ được bao trả trong Bảng Quyền lợi cần PA.
- Nếu chương trình bảo hiểm phê duyệt yêu cầu PA cho một quá trình điều trị, thì sự chấp thuận đó phải có hiệu lực hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn chăm sóc dựa trên tiêu chí bảo hiểm, tiền sử bệnh của quý vị và khuyến cáo của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.
- Giống như tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare, chúng tôi bao trả mọi thứ mà Original Medicare chi trả. (Để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy truy cập sổ tay *Medicare & You 2027* của quý vị. Xem trực tuyến tại www.Medicare.gov hoặc yêu cầu một bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048.)
- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2027, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ đó.

- Nếu quý vị mất Medi-Cal trong khoảng thời gian ba (3) tháng kể từ khi được coi là đủ điều kiện tiếp tục, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các phúc lợi Medicare được bao trả của chương trình-Medicare Advantage. Tuy nhiên, bảo hiểm Medi-Cal của quý vị có thể kết thúc sớm hơn phạm vi bao trả Medicare của quý vị với chúng tôi. Liên hệ với văn phòng Medi-Cal tại quận hoặc Health Care Options để biết thông tin về điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị. Vui lòng tham khảo **Chương 2, Phần H,** để biết thông tin liên hệ Medi-Cal.
- Nếu quý vị đang trong khoảng thời gian ba (3) tháng được coi là đủ điều kiện tiếp tục của chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi được bao trả bởi chương trình-Medicare Advantage và Medi-Cal. Trong thời gian này, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tư cách hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Nếu quý vị lấy lại tư cách hội đủ điều kiện Medi-Cal sau khi chúng tôi hủy đăng ký quý vị khỏi phạm vi bảo hiểm Medicare của chúng tôi, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để đăng ký lại chương trình.

Thông tin Quan trọng về Quyền lợi cho Hội viên bị một số bệnh mạn tính.

- Nếu bị bất kỳ tình trạng mạn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí y tế cụ thể thì quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung*:*
  - Rối loạn mạn tính do sử dụng rượu và rối loạn do sử dụng chất kích thích khác (SUD)
  - Các tình trạng bệnh lý đòi hỏi phải tiếp tục các dịch vụ trị liệu để bệnh nhân duy trì chức năng hoặc duy trì hoạt động
  - Tình trạng mạn tính làm giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác
  - Các tình trạng khó khăn về chức năng
  - Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức
  - Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch
  - Sau cấy ghép nội tạng
  - Đột quỵ
  - Rối loạn thần kinh
  - Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây ra tàn tật
  - Rối loạn phổi mạn tính

- HIV/AIDS
- Rối loạn huyết học nặng
- Bệnh thận mạn tính (CKD)
- Bệnh đường tiêu hóa mạn tính
- Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa
- Bệnh tiểu đường
- Chứng mất trí
- Suy tim mạn tính
- Rối loạn tim mạch
- Ung thư
- Bệnh rối loạn tự miễn dịch

- Chúng tôi sẽ xác nhận xem quý vị có đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung hay không dựa trên yêu cầu của bác sĩ, giới thiệu từ người quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc các quy trình khác. Hội viên đủ điều kiện sẽ có thể sử dụng trợ cấp hàng tháng của Thẻ linh hoạt SFHP Care Plus để mua thực phẩm/hàng tạp hóa lành mạnh và các tiện ích (nước, sưởi, điện thoại di động, v.v.)
- Để biết thêm chi tiết, hãy chuyển đến hàng "Trợ giúp dành cho một số tình trạng mạn tính" trong Bảng Quyền lợi bên dưới.
- Hãy liên hệ với chúng tôi để biết chính xác những quyền lợi mà quý vị có thể đủ điều kiện nhận.

Tất cả các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quả táo này hiển thị các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền lợi.

D. Bảng Quyền lợi của chương trình

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Các chương trình giáo dục sức khỏe và thể lực Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng sức khỏe cụ thể. Bao gồm: • các lớp học về sức khỏe; • các lớp học về dinh dưỡng; • cai thuốc lá; **và** • đường dây nóng về điều dưỡng	$0
	Các dịch vụ của chương trình điều trị Opioid (OTP)* Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng opioid (OUD) thông qua OTP như sau: • hoạt động tiếp nhận • đánh giá định kỳ • thuốc được FDA phê duyệt và quản lý và cung cấp cho quý vị những loại thuốc này (nếu có) • tư vấn sử dụng chất kích thích • trị liệu cá nhân và nhóm • xét nghiệm ma tuý hoặc hóa chất trong cơ thể (xét nghiệm độc tính)	$0 *Có thể cần xin phép trước.
	Các dụng cụ giả và chỉnh hình và vật tư liên quan* Các dụng cụ giả thay thế tất cả hoặc một phần của một bộ phận hoặc chức năng cơ thể. Các dụng cụ và vật tư liên quan bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • thử nghiệm, lắp hoặc đào tạo cách sử dụng các dụng cụ giả và chỉnh hình • túi hậu môn nhân tạo và tiếp liệu đại tràng liên quan đến chăm sóc phẫu thuật mở hậu môn nhân tạo	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và dinh dưỡng qua tĩnh mạch, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm truyền, ống và bộ chuyển đổi, dung dịch và vật tư để tự tiêm truyền • máy tạo nhịp tim • niềng răng • giày cho chân giả • tay và chân nhân tạo • vú giả (bao gồm cả áo ngực sau phẫu thuật cắt bỏ vú) • bộ phận giả để thay thế tất cả hoặc một phần các bộ phận bên ngoài cơ thể đã bị loại bỏ hoặc suy giảm do bệnh, chấn thương hoặc dị tật bẩm sinh • kem và tã cho đại tiểu tiện không tự chủ Chúng tôi bao trả cho một số vật tư liên quan đến các dụng cụ giả và chỉnh hình. Chúng tôi cũng bao trả chi phí sửa chữa hoặc thay thế các dụng cụ giả và chỉnh hình. Chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm sau khi chữa đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Xem mục “Chăm sóc thị lực” ở phần sau của bảng này để biết chi tiết.	
	Cai thuốc lá **Tư vấn bỏ hút thuốc và sử dụng thuốc lá được bao trả trên cơ sở ngoại trú và nằm viện cho** những người 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 • đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn • một bác sĩ đủ tiêu chuẩn hoặc bác sĩ được Medicare công nhận khác cung cấp dịch vụ tư vấn	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Chúng tôi bao trả cho hai lần cai thuốc lá mỗi năm (mỗi lần cai có thể bao gồm tối đa bốn buổi mức độ trung bình hoặc chuyên sâu, tổng cộng tối đa tám buổi mỗi năm).	
	Chăm sóc an ủi Chăm sóc an ủi được bao trả trong chương trình của chúng tôi. Chăm sóc an ủi là dành cho những người bị bệnh nặng. Chăm sóc an ủi là chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách dự đoán, phòng ngừa và xoa dịu nỗi đau. Chăm sóc an ủi **không** phải là chăm sóc cuối đời, do đó không yêu cầu phải còn sống từ sáu tháng trở xuống để đủ điều kiện nhận chăm sóc an ủi. Chăm sóc an ủi có thể được cung cấp cùng lúc với chăm sóc chữa bệnh/thông thường. Chăm sóc an ủi bao gồm: • lập kế hoạch chăm sóc trước • đánh giá và tư vấn chăm sóc an ủi • kế hoạch chăm sóc bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc an ủi và chữa bệnh được phép, kể cả sức khỏe tâm thần và các dịch vụ y khoa xã hội • dịch vụ từ nhóm chăm sóc được chỉ định của quý vị • điều phối chăm sóc sức khỏe • kiểm soát cơn đau và triệu chứng Quý vị không thể nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời và chăm sóc an ủi cùng một lúc nếu đã trên 21 tuổi. Nếu nhận chăm sóc an ủi và đủ điều kiện chăm sóc cuối đời, quý vị có thể yêu cầu đổi sang chăm sóc cuối đời bất kỳ lúc nào.	$0
	Chăm sóc cần thiết khẩn cấp Chăm sóc cần thiết khẩn cấp là chăm sóc để điều trị:	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• trường hợp không cấp cứu cần được chăm sóc y tế ngay **hoặc** • bị một bệnh không lường trước được **hoặc** • chấn thương **hoặc** • tình trạng cần được chăm sóc ngay. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Chăm sóc cần thiết khẩn cấp (tiếp theo)** Nếu cần chăm sóc khẩn cấp, thì trước tiên quý vị nên cố gắng nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới nếu không thể đến nhà cung cấp trong mạng lưới do thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh của quý vị, không thể hoặc không hợp lý khi nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và yêu cầu các dịch vụ cần thiết về mặt y tế ngay lập tức cho một tình trạng không lường trước nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu). Chương trình này bao trả dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ theo yêu cầu, đồng thời bao gồm quyền lợi bổ sung (thêm) cung cấp bảo hiểm khẩn cấp/gấp trên toàn thế giới khi quý vị không ở ngoài vùng dịch vụ trong 6 tháng hoặc ít hơn. Các quyền lợi được bao trả giới hạn ở mức $50,000 mỗi năm. Quý vị phải gửi mẫu yêu cầu bồi hoàn với những giấy tờ sau: 1) chứng từ thanh toán (biên lai), 2) tên bác sĩ/bệnh viện và ngày quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc, và 3) hồ sơ y tế hoặc tài liệu khác mô tả các dịch vụ đã nhận.	
	Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ: • được cung cấp bởi một nhà cung cấp được đào tạo để cấp cứu	$0 Nếu được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• cần để đánh giá hoặc điều trị một trường hợp cấp cứu y tế. Cấp cứu y tế là bệnh, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng y tế nhanh chóng trở nặng. Tình trạng này nặng đến nỗi, nếu không được chăm sóc y tế ngay, người có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cũng có thể dự kiến sẽ dẫn đến: • nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc thai nhi; **hoặc** • gây nguy hại nghiêm trọng các chức năng cơ thể; **hoặc** **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Chăm sóc khẩn cấp (tiếp theo)** • gây tổn hại nghiêm trọng tới bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể; **hoặc** • mất một chi hoặc mất chức năng của một chi. • Trong trường hợp phụ nữ mang thai chuyển dạ tích cực, khi: o Không có đủ thời gian để di chuyển an toàn đến bệnh viện khác trước khi sinh. o Việc chuyển viện có thể gây ra nguy cơ cho sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc cho thai nhi. Chương trình này bao trả dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ theo yêu cầu, đồng thời bao gồm quyền lợi bổ sung (thêm) cung cấp bảo hiểm cấp cứu/khẩn cấp trên toàn thế giới khi quý vị không ở ngoài vùng dịch vụ trong 6 tháng hoặc ít hơn. Các quyền lợi được bao trả giới hạn ở mức $50,000 mỗi năm. Quý vị phải gửi mẫu yêu cầu bồi hoàn với những giấy tờ sau: 1) chứng từ thanh toán (biên lai), 2) tên bác sĩ/bệnh viện và ngày quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc, và 3) hồ sơ y tế hoặc tài liệu khác mô tả các dịch vụ đã nhận.	trú sau khi cấp cứu ổn định, thì quý vị phải chuyển đến một bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được bao trả cho các dịch vụ chăm sóc. Quý vị chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để chăm sóc nội trú nếu chương trình của chúng tôi chấp thuận cho quý vị lưu trú.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Vui lòng tham khảo **Chương 2, Phần A,** để biết thông tin về cách gửi biểu mẫu bồi hoàn cho chương trình.	
	Chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà* Trước khi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết là các dịch vụ đó cần thiết cho quý vị và phải do cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Quý vị phải ở trong nhà, có nghĩa là rất khó rời khỏi nhà. Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • các dịch vụ điều dưỡng lành nghề và trợ lý sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc không liên tục (để được bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng thời gian sử dụng dịch vụ điều dưỡng lành nghề và dịch vụ trợ giúp y tế tại nhà phải dưới tám giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • vật lý trị liệu, chức năng trị liệu và âm ngữ trị liệu • dịch vụ y khoa và xã hội • thiết bị và tiếp liệu y khoa	$0 *Có thể cần xin phép trước.
	Chăm sóc cuối đời Quý vị có quyền chọn chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp dịch vụ và giám đốc y khoa về chăm sóc cuối đời xác định quý vị có tiên lượng là giai đoạn cuối. Có nghĩa là quý vị bị mắc bệnh nan y và dự kiến chỉ còn sống tối đa sáu tháng. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm các chương trình mà chúng tôi sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được bao trả bao gồm: • thuốc điều trị triệu chứng và đau • chăm sóc thay thế ngắn hạn • chăm sóc tại nhà **Khi quý vị được nhận vào chương trình chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền ở lại trong chương trình của chúng tôi.** **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Chăm sóc cuối đời (tiếp theo)** **Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Part A hoặc Medicare Part B bao trả liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị sẽ được tính phí cho Medicare:** • Original Medicare (không phải chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời và bất kỳ dịch vụ Part A hoặc B nào liên quan đến bệnh nan y của quý vị. Trong khi quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời sẽ tính phí cho Original Medicare đối với các dịch vụ mà Original Medicare bao trả. **Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả nhưng không được Medicare Part A hoặc Medicare Part B bao trả:** • Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ không được bao trả theo Medicare Part A hoặc Medicare Part B. Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ cho dù dịch vụ đó có liên quan đến tiên lượng giai	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này. **Đối với các loại thuốc có thể được bao trả theo quyền lợi Medicare Part D trong chương trình:** • Thuốc sẽ không được chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, hãy xem **Chương 5** trong *Sổ tay Hội viên* này. **Lưu ý:** Nếu bị bệnh nghiêm trọng thì quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc an ủi được cung cấp dựa trên nhóm bệnh nhân và gia đình để cải thiện chất lượng cuộc sống. Quý vị có thể nhận được chăm sóc an ủi cùng lúc với chăm sóc chữa bệnh/định kỳ. Vui lòng xem phần Chăm sóc An ủi bên dưới để biết thêm thông tin. **Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ không phải chăm sóc cuối đời, hãy gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc và/hoặc Chăm sóc Khách hàng để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ không phải chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị.	
	Chăm sóc nội trú trong bệnh viện* Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây: • một phòng hai người (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn kiêng đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng thông thường • chi phí của các khoa chăm sóc đặc biệt, như chăm sóc đặc biệt hoặc chăm sóc mạch vành **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo**	$0 Quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận cho chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi trường hợp cấp cứu của quý vị ổn định. *Có thể cần xin phép trước.

	Chăm sóc nội trú trong bệnh viện* (tiếp theo) • thuốc và dược phẩm • xét nghiệm • chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác • vật tư phẫu thuật và y tế cần thiết • thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • dịch vụ phòng phẫu thuật và hồi sức • vật lý trị liệu, chức năng trị liệu và âm ngữ trị liệu • dịch vụ lạm dụng chất kích thích nội trú • trong một số trường hợp, các loại cấy ghép sau: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa nội tạng. Nếu cần cấy ghép thì một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt sẽ xem xét trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có đủ điều kiện để được ghép tạng hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở tại địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Medicare, thì quý vị có thể nhận các dịch vụ cấy ghép tại địa phương hoặc ngoài loại hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy ghép ngoài loại hình chăm sóc cho cộng đồng của chúng tôi và quý vị chọn cấy ghép ở đó, thì chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một người khác. Khoản bồi hoàn chi phí đưa đón và lưu trú được áp dụng cho các dịch vụ trong thời gian quý vị và người đi cùng quý vị đến và đi từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế để thực hiện các dịch vụ liên quan đến chăm sóc cấy ghép. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Chăm sóc nội trú trong bệnh viện* (tiếp theo)**	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• máu, bao gồm cả lưu trữ và quản lý. Chế độ chi trả cho máu toàn phần và khối hồng cầu chỉ bắt đầu áp dụng từ đơn vị máu thứ tư mà quý vị cần. Quý vị phải trả chi phí cho ba đơn vị máu đầu tiên quý vị nhận được trong một năm dương lịch hoặc tự mình hoặc nhờ người khác hiến tặng số máu đó. Tất cả các thành phần khác của máu được bảo hiểm bắt đầu với đơn vị đầu tiên. • dịch vụ bác sĩ • Chương trình này định nghĩa địa điểm xa là địa điểm nằm ngoài khu vực phục vụ của hội viên VÀ cách nhà của hội viên ít nhất 75 dặm. • Điều trị/dịch vụ phải từ một trung tâm cấy ghép được Medicare phê chuẩn và phải liên quan đến việc chăm sóc cấy ghép. Đối với mỗi yêu cầu bồi hoàn chi phí đi lại và lưu trú: o Gửi thư từ trung tâm cấy ghép được Medicare phê chuẩn cho biết ngày quý vị nhận được dịch vụ nội trú từ trung tâm cấy ghép được Medicare phê chuẩn và ngày quý vị được điều trị ngoại trú o Bao gồm giấy tờ của bất kỳ người đi cùng nào và ngày họ đi cùng quý vị trong khi quý vị nhận các dịch vụ liên quan đến chăm sóc cấy ghép. • Chi phí đưa đón và lưu trú sẽ được hoàn trả cho số dặm di chuyển và chỗ ở phù hợp với hướng dẫn về số dặm di chuyển và chỗ ở hiện hành của IRS vào ngày dịch vụ được cung cấp. • Chi phí lưu trú sẽ được hoàn trả dựa trên mức thấp hơn giữa: 1) chi phí thực tế theo hóa đơn, hoặc 2) mức tối đa cho phép theo quy định của IRS đối với địa điểm đó. Quý vị có thể truy cập khoản hoàn trả hiện tại trên trang web của US General Services Administration www.gsa.gov. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo**	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Chăm sóc nội trú trong bệnh viện* (tiếp theo) • Tất cả các yêu cầu hoàn trả phải được gửi trong vòng một năm (12 tháng) kể từ ngày phát sinh. Quý vị có thể yêu cầu mẫu đơn hoàn trả chi phí di chuyển từ Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus. Để biết thêm thông tin về cách thức và nơi gửi yêu cầu, vui lòng xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này. **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp phải viết chỉ định chính thức nhận quý vị là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Kể cả khi ở lại bệnh viện qua đêm thì quý vị vẫn có thể được coi là "bệnh nhân ngoại trú". Nếu không chắc mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú thì quý vị hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Tìm hiểu thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare *Quyền lợi Bệnh viện Medicare* có tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048. Vui lòng tham khảo **Chương 2, Phần A,** để biết thông tin về cách gửi mẫu đơn bồi hoàn cho chương trình.	
	Chăm sóc ở cơ sở điều dưỡng* Cơ sở điều dưỡng (NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể được chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nhập bệnh viện. Các dịch vụ mà chúng tôi bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn, như sau: • phòng hai người (nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn kiêng đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • vật lý trị liệu, chức năng trị liệu và âm ngữ trị liệu	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• trị liệu hô hấp • thuốc được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của quý vị. (Bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, như các yếu tố đông máu.) • máu, bao gồm cả lưu trữ và quản lý • vật tư y tế và phẫu thuật thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • các xét nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng thực hiện • chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác thường được các cơ sở điều dưỡng thực hiện • sử dụng các thiết bị, như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng* (tiếp theo)** • dịch vụ bác sĩ/chuyên môn • dụng cụ y tế lâu bền • dịch vụ nha khoa, bao gồm cả răng giả • quyền lợi nhãn khoa • khám thính lực • chữa bệnh bằng phương pháp nắn khớp xương • dịch vụ bàn chân Quý vị thường nhận chăm sóc cho mình từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ một cơ sở không nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	từ những cơ sở sau nếu họ chấp nhận mức thanh toán trong chương trình của chúng tôi: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống ngay trước khi đến bệnh viện (miễn là cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng). • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống của quý vị đang sống vào thời điểm quý vị rời bệnh viện.	
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi: • một bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép • một bác sĩ tâm lý lâm sàng • một nhân viên xã hội lâm sàng (CSW) • một y tá chuyên khoa lâm sàng (CNS) • một cố vấn chuyên môn được cấp phép (LPC) • bác sĩ chuyên khoa hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) • một y tá hành nghề (NP) • một trợ lý bác sĩ (PA) • bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần nào khác đủ điều kiện Medicare được phép theo luật hiện hành của tiểu bang Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • dịch vụ phòng khám • điều trị ban ngày	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• dịch vụ phục hồi chức năng tâm lý xã hội • nhập viện một phần hoặc các chương trình ngoại trú chuyên sâu **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú (tiếp theo)** • đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần cho cá nhân và nhóm • nghiệm pháp tâm lý khi được chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần • dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú với mục đích kiểm tra dược liệu pháp • xét nghiệm, thuốc, tiếp liệu và thực phẩm chức năng cho bệnh nhân ngoại trú • tư vấn tâm thần	
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF)* Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề, hãy xem **Chương 12.** Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • phòng hai người hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế • bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn kiêng đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng lành nghề • vật lý trị liệu, chức năng trị liệu và âm ngữ trị liệu • Thuốc mà quý vị nhận theo kế hoạch chăm sóc của mình, kể cả các chất tự nhiên trong cơ thể như các yếu tố đông máu • máu, bao gồm cả lưu trữ và truyền máu • tiếp liệu y khoa và phẫu thuật do SNF cung cấp	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm do SNF cung cấp • chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác do các cơ sở điều dưỡng thực hiện • các thiết bị, như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp Quý vị thường nhận chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Trong một số điều kiện nhất định, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ một cơ sở không nằm trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ những cơ sở sau nếu họ chấp nhận mức thanh toán trong chương trình của chúng tôi: • cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống trước khi đến bệnh viện (miễn là cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) • cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời trong gia đình của quý vị sống vào thời điểm quý vị rời bệnh viện	
	Chăm sóc thị lực Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • một lần khám mắt định kỳ mỗi năm **và** • lên đến $100 cho kính mắt (gọng và tròng kính) hoặc lên đến $100 kính áp tròng, bao gồm cả nâng cấp, mỗi năm Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ ngoại trú của bác sĩ để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương mắt. Ví dụ: điều trị thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi tác. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo**	$0

	Chăm sóc thị lực (tiếp theo) Chúng tôi bao trả cho một lần khám kiểm tra tăng nhãn áp mỗi năm cho người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: • 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 • người Mỹ gốc Hispanic từ 65 tuổi trở lên Chúng tôi bao trả dịch vụ khám tầm soát bệnh võng mạc do tiểu đường mỗi năm một lần cho người mắc bệnh tiểu đường. Chúng tôi bao trả cho một cặp kính hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ lắp thủy tinh thể nội nhãn. Nếu có hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt thì quý vị phải nhận một cặp kính sau mỗi lần phẫu thuật. Quý vị không thể nhận hai cặp kính sau ca phẫu thuật thứ hai, kể cả khi không nhận một cặp kính sau ca phẫu thuật đầu tiên. **Quyền lợi bổ sung (thêm):** Ngoài các quyền lợi được mô tả ở trên, chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau: • một lần khám mắt định kỳ mỗi năm và • lên đến $300 cho kính mắt (gọng và tròng kính) hoặc kính áp tròng, bao gồm cả nâng cấp, mỗi năm Các dịch vụ này chỉ có sẵn thông qua mạng lưới các nhà cung cấp VSP của chúng tôi. Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711) để biết thêm chi tiết.	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Châm cứu* Chúng tôi bao trả cho tối đa hai dịch vụ châm cứu ngoại trú trong một tháng dương lịch bất kỳ hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng bao trả cho tối đa 12 lần châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mạn tính, được định nghĩa là: • kéo dài 12 tuần trở lên; • không cụ thể (không có nguyên nhân toàn thân có thể xác định được, chẳng hạn như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hoặc truyền nhiễm); • không liên quan đến phẫu thuật; • không liên quan đến thai kỳ. Ngoài ra, chúng tôi bao trả thêm tám buổi châm cứu cho chứng đau thắt lưng mạn tính nếu quý vị cho thấy có cải thiện. Quý vị không được điều trị hơn 20 lần châm cứu cho chứng đau thắt lưng mạn tính mỗi năm. Phải ngừng điều trị bằng châm cứu nếu quý vị không thấy cải thiện hoặc nếu thấy trở nặng. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Châm cứu* (tiếp theo)** Yêu cầu của Nhà cung cấp: Các bác sĩ có thể thực hiện châm cứu theo yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Trợ lý bác sĩ (PA), y tá hành nghề (NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) và nhân viên phụ trợ có thể thực hiện châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tương đương tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông y của trường được công nhận bởi Ủy ban Kiểm định Châm cứu và Đông Y (ACAOM); và	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• giấy phép hiện hành, đầy đủ, có hiệu lực và không hạn chế để thực hành châm cứu tại Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Khối Thịnh vượng chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Đặc khu Columbia. Nhân viên phụ trợ thực hiện châm cứu phải có sự giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi. **Quyền lợi bổ sung (thêm):** Ngoài ra, chương trình của chúng tôi bao trả tối đa 24 lần châm cứu mỗi năm cho: • đánh giá và quản lý châm cứu, • châm cứu và bấm huyệt, • phương thức và thủ thuật điều trị để điều trị các hội chứng đau, tình trạng cơ xương khớp và buồn nôn không thuộc các quyền lợi theo yêu cầu của CMS bao trả Các quyền lợi được cung cấp thông qua nhà cung cấp trong mạng lưới với American Specialty Health Plans of California, Inc. (Chương trình ASH). Để biết thêm thông tin hoặc để tìm nhà cung cấp tham gia Chương trình ASH, quý vị có thể gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc truy cập vào sfhp.org/careplus-members.	
	Chương trình Phòng ngừa Bệnh tiểu đường Medicare (MDPP) Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ MDPP cho người đủ điều kiện. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi lành mạnh. MDPP cung cấp dịch vụ đào tạo thực tế về: • thay đổi chế độ ăn uống lâu dài **và** • hoạt động thể chất **và** • các cách duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại phòng mạch của bác sĩ Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp ở những nơi như: o phòng mạch của bác sĩ o trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận o khoa ngoại trú tại bệnh viện o bất kỳ địa điểm nào khác **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại phòng mạch của bác sĩ (tiếp theo)** • tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa • khám kiểm tra thính giác và thăng bằng cơ bản do bác sĩ của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ yêu cầu để biết có cần điều trị hay không • một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị (bác sĩ hoặc nhân viên y tế thực hiện) cho hội viên ở một số địa phương cụ thể hoặc những nơi khác được Medicare phê duyệt • dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng cho hội viên lọc máu tại nhà được thực hiện bởi trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc tiếp cận đặc biệt tại bệnh viện, cơ sở lọc thận hoặc tại nhà • dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ • dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho hội viên bị rối loạn do sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời bất kể quý vị ở đâu	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán

	• dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần
	• dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho khám sức khỏe tâm thần là do các phòng khám y tế địa phương và trung tâm y tế đủ điều kiện liên bang cung cấp.
	• khám trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc video) với bác sĩ trong 5-10 phút **nếu**
	  ○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**
	  ○ buổi khám không liên quan đến lần khám tại phòng mạch trong 7 ngày qua **và**
	  ○ buổi khám không dẫn đến việc phải khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc lần hẹn khám sớm nhất
	Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo
	Dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại phòng mạch của bác sĩ (tiếp theo)
	• Đánh giá qua video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi cho bác sĩ và thông dịch và theo dõi trong vòng 24 giờ **nếu**:
	  ○ quý vị không phải là bệnh nhân mới và
	  ○ đánh giá không liên quan đến lần khám tại phòng mạch trong 7 ngày qua **và**
	  ○ đánh giá không dẫn đến lần khám tại phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc lần hẹn khám sớm nhất
	• Bác sĩ của quý vị tham vấn các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới
	• Ý kiến thứ hai của một bác sĩ trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật. Quý vị có thể lấy ý kiến thứ hai với bác sĩ ngoài mạng lưới nếu không có bác sĩ trong mạng lưới. Cần được cho phép trước.	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• Chăm sóc nha khoa không định kỳ. Các dịch vụ được bao trả được giới hạn cho: ○ phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan ○ gãy xương hàm hoặc xương mặt ○ nhổ răng trước khi xạ trị ung thư tân sinh ○ các dịch vụ sẽ được bao trả khi được bác sĩ thực hiện	
	Dịch vụ bàn chân Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật cho các vết thương và bệnh ở bàn chân (như ngón chân búa hoặc gai gót chân) • chăm sóc bàn chân định kỳ cho hội viên có bệnh ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như tiểu đường	$0
	Dịch vụ bệnh viện ngoại trú* Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc chấn thương, chẳng hạn như: • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, như phẫu thuật ngoại trú hoặc dịch vụ theo dõi • Xét nghiệm và nghiệm pháp chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nhập viện một phần, nếu bác sĩ xác nhận là cần điều trị nội trú mà không cần làm nghiệm pháp **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo**	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Dịch vụ bệnh viện ngoại trú* (tiếp theo) • Chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác do bệnh viện lập hóa đơn • Vật tư y tế, chẳng hạn như nẹp và bó bột • Một số loại thuốc và chế phẩm sinh học mà quý vị không thể tự dùng cho mình	
	Dịch vụ điều trị ngoại trú cho rối loạn do sử dụng chất kích thích Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • tư vấn và tầm soát lạm dụng rượu • điều trị lạm dụng ma túy • tư vấn nhóm hoặc cá nhân bởi một bác sĩ lâm sàng đủ điều kiện • khử độc bán cấp tính trong chương trình cai nghiện nội trú • dịch vụ cai rượu và/hoặc ma túy trong trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu • điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) mở rộng	$0
	Dịch vụ hỗ trợ sinh nở với doula Người đang mang thai sẽ được chúng tôi bao trả cho chín lần thăm khám với doula trong thời kỳ tiền sản và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh con. Có thể được bao trả thêm đến chín lần chăm sóc hậu sản.	$0
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Theo luật thì quý vị có thể chọn bất kỳ nhà cung cấp nào ,trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới, cho một số dịch	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	vụ kế hoạch hóa gia đình cụ thể. Có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, tiệm thuốc tây hoặc phòng kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • khám và điều trị y khoa cho kế hoạch hóa gia đình • các xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm y tế liên quan kế hoạch hóa gia đình **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp theo)** • phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/IUD, cấy ghép, tiêm, thuốc tránh thai, miếng dán hoặc vòng tránh thai) • tiếp liệu kế hoạch hóa gia đình được kê toa (bao cao su, miếng xốp, bọng xốp, lớp phim, màng ngăn, nắp âm đạo) • các dịch vụ sinh sản hạn chế như tư vấn và giáo dục về các kỹ thuật nâng cao nhận thức về khả năng sinh sản và/hoặc tư vấn, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) trước khi mang thai • tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS và các bệnh khác liên quan đến HIV • tránh thai vĩnh viễn (phải từ 21 tuổi trở lên để lựa chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký vào mẫu đồng ý triệt sản của liên bang trước ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày phẫu thuật.) • tư vấn di truyền Chúng tôi cũng bao trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi cho các dịch vụ sau: • điều trị các tình trạng vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các cách thụ thai nhân tạo.) • điều trị AIDS và các bệnh khác liên quan đến HIV • xét nghiệm di truyền	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Dịch vụ nắn khớp xương Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • nắn chỉnh cột sống **Quyền lợi bổ sung (thêm):** Ngoài ra, chương trình của chúng tôi còn bao trả tối đa 12 lần chăm sóc thần kinh cột sống thông thường mỗi năm, được thực hiện cho: • bao trả bổ sung cho việc đánh giá và quản lý điều trị • chụp X-quang • liệu pháp nắn chỉnh cột sống • phương thức và thủ thuật điều trị • phục hồi chức năng thể chất cho các tình trạng cơ xương khớp của cột sống và chân tay Các quyền lợi được cung cấp thông qua nhà cung cấp trong mạng lưới với American Specialty Health Plans of California, Inc. (Chương trình ASH). Để biết thêm thông tin hoặc để tìm nhà cung cấp tham gia Chương trình ASH, quý vị có thể gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc truy cập vào sfhp.org/careplus-members.	$0
	Dịch vụ Người lớn Tại Cộng đồng (CBAS)* CBAS là một chương trình dịch vụ ngoại trú tại cơ sở, nơi mọi người tuân thủ theo lịch trình. Chương trình này cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề, dịch vụ xã hội, trị liệu (bao gồm trị liệu chức năng, thể chất và âm ngữ), chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/người chăm sóc, dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác. Chương trình của chúng tôi bao trả cho CBAS nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về điều kiện tham gia. Lưu ý: Nếu không có cơ sở CBAS thì có thể chúng tôi sẽ cung cấp riêng các dịch vụ này.	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Dịch vụ nha khoa* Chúng tôi bao trả cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là phần không thể thiếu để điều trị cụ thể cho tình trạng y tế ban đầu 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. Những mục chúng tôi không bao trả sẽ có sẵn thông qua Medi-Cal Dental, như mô tả trong **Phần G2** dưới đây. **Dịch vụ Medi-Cal Dental** Quý vị có các quyền lợi nha khoa toàn diện thông qua Medi-Cal Dental. **Quyền lợi bổ sung (thêm):** Chương trình của chúng tôi cũng bao trả các dịch vụ nha khoa không được Medi-Cal Dental bao trả: • khám răng miệng bổ sung mỗi năm • dịch vụ phục hồi (mão răng bằng kim loại quý cao cấp, 1 mão mỗi răng trong mỗi chu kỳ bảy năm dương lịch) • Phục hình răng (lót lại toàn bộ hoặc một phần hàm giả, cầu răng sử dụng kim loại quý cao cấp; mỗi răng được thực hiện 1 lần trong bảy năm dương lịch) Phải đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y tế. Các dịch vụ nha khoa bổ sung của SFHP Care Plus chỉ được cung cấp thông qua mạng lưới Liberty Dental. Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711) để biết thêm chi tiết.	$0 *Có thể cần xin phép trước.
	Dịch vụ Nhân viên Y tế Cộng đồng SFHP bao trả các dịch vụ của nhân viên y tế cộng đồng (CHW) cho cá nhân khi được bác sĩ hoặc nhân viên có giấy phép hành nghề khác khuyến nghị để phòng ngừa bệnh, khuyết tật và các tình trạng sức khỏe khác hoặc sự tiến triển của chúng; kéo dài tuổi thọ; nâng cao hiệu quả cũng như	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	sức khỏe thể chất và tinh thần. Dịch vụ của CHW không có giới hạn địa điểm cung cấp dịch vụ và hội viên có thể nhận dịch vụ trong cơ sở, chẳng hạn như phòng cấp cứu. Dịch vụ phòng ngừa bạo lực của CHW có sẵn cho Hội viên đáp ứng các trường hợp sau đây, được chuyên viên có giấy phép xác định: • Quý vị bị thương nặng do bạo lực cộng đồng. • Quý vị có nguy cơ đáng kể bị tổn thương do bạo lực cộng đồng. • Quý vị đã bị tiếp xúc lâu dài với bạo lực cộng đồng. Dịch vụ phòng ngừa bạo lực của CHW chủ yếu tập trung vào bạo lực cộng đồng (ví dụ: bạo lực băng đảng). Dịch vụ của CHW có thể được cung cấp cho Hội viên bị bạo hành gia đình/giữa các cá nhân thông qua những hình thức khác về huấn luyện/trải nghiệm cụ thể theo nhu cầu của họ. Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711) để biết thêm chi tiết.	
	Dịch vụ nhập viện một phần **và dịch vụ ngoại trú chuyên sâu*** Nhập viện một phần là một chương trình điều trị tâm thần tích cực có tổ chức. Dịch vụ được cung cấp dưới dạng ngoại trú của bệnh viện hoặc một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng chuyên sâu hơn so với loại chăm sóc mà quý vị nhận được tại phòng mạch bác sĩ, nhà trị liệu, bác sĩ chuyên khoa hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc phòng mạch cố vấn chuyên môn được cấp phép. Dịch vụ này có thể giúp quý vị không phải ở lại bệnh viện. Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là một chương trình có tổ chức về trị liệu sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực, được cung cấp dưới hình thức dịch vụ ngoại trú, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ tiêu chuẩn liên bang hoặc phòng khám sức khỏe địa phương chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	được tại văn phòng bác sĩ, nhà trị liệu, LMFT hoặc cố vấn chuyên môn được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần. **Lưu ý:** Vì không có trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng trong mạng lưới nên chúng tôi chỉ bao trả cho nhập viện một phần dưới hình thức dịch vụ ngoại trú của bệnh viện.	
	Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần phải nằm viện. • Nếu quý vị cần dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi sẽ thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của quận địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Việc cho phép chăm sóc sau 190 ngày sẽ được phối hợp với cơ quan sức khỏe tâm thần của quận. o Giới hạn 190 ngày **không** áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa • Nếu từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được tại Bệnh viện Tâm thần (IMD).	$0
	Dịch vụ phòng ngừa hen suyễn Quý vị có thể được hướng dẫn về bệnh hen suyễn và đánh giá môi trường gia đình để tìm các tác nhân thường thấy trong nhà đối với những người bị hen suyễn được kiểm soát kém.	$0
	Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Chúng tôi bao trả cho vật lý trị liệu, chức năng trị liệu và âm ngữ trị liệu.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Quý vị có thể nhận các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ khoa ngoại trú của bệnh viện, phòng mạch trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác.	
	Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính từ trung bình đến rất nặng (COPD). Quý vị phải có chỉ định phục hồi chức năng phổi của bác sĩ hoặc nhà cung cấp điều trị COPD.	$0
	Dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch (tim) Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Hội viên phải đáp ứng một số điều kiện cụ thể và có chỉ định của bác sĩ. Chúng tôi bao trả cho các chương trình toàn diện này nếu quý vị đã có ít nhất một trong các tình trạng sau: • đau tim trong 12 tháng qua • phẫu thuật bắc cầu động mạch vành • đau thắt ngực ổn định (đau ngực) • sửa hoặc thay van tim **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch (tim) (tiếp theo)** • nong mạch vành (một thủ thuật y tế được sử dụng để mở động mạch bị tắc) hoặc đặt stent mạch vành (một thủ thuật được sử dụng để giữ cho động mạch mở) • ghép tim, tim và phổi • suy tim mạn tính ổn định Giới hạn phạm vi bảo hiểm:	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Quý vị có thể nhận được tối đa 36 buổi phục hồi chức năng tim. Quý vị có thể có hai buổi mỗi ngày (mỗi buổi kéo dài một giờ) và chương trình có thể kéo dài đến 36 tuần. Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể được nhận thêm 36 buổi trị liệu, với lịch trình có thể được sắp xếp trải dài trong một khoảng thời gian dài hơn.	
	Dịch vụ trợ thính Chúng tôi bao trả cho khám kiểm tra thính lực và thăng bằng do bác sĩ của quý vị thực hiện. Những nghiệm pháp này cho biết quý vị có cần phải điều trị y tế hay không. Các dịch vụ này được bao trả như chăm sóc ngoại trú khi nhận từ bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác. Chúng tôi cũng bao trả cho máy trợ thính khi được bác sĩ hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác chỉ định, bao gồm: • khuôn, tiếp liệu và phụ kiện • sửa chữa • một bộ pin ban đầu • sáu lần khám để đào tạo, điều chỉnh và lắp với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị nhận máy trợ thính • thời gian dùng thử để thuê máy trợ thính • thiết bị trợ thính trong tai, thiết bị trợ thính qua xương đeo trên bề mặt • các dịch vụ sau đánh giá và thính học liên quan đến máy trợ thính **Quyền lợi bổ sung (thêm):** Chương trình này bao trả dịch vụ thử lắp và đánh giá máy trợ thính, đồng thời bao trả tối đa 2,000 mỗi năm cho việc mua từ 1–2 máy trợ thính theo toa. Quý vị phải trả số tiền vượt quá mức này.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Các dịch vụ này được thực hiện thông qua các nhà cung cấp dịch vụ trợ thính cụ thể trong mạng lưới. Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711) để biết thêm chi tiết.	
	Dịch vụ và tiếp liệu cho bệnh thận Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn cách chăm sóc thận và giúp quý vị đưa ra quyết định đúng về chăm sóc cho mình. Quý vị phải mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV và phải được bác sĩ giới thiệu. Chúng tôi bao trả cho tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị lọc máu ngoại trú, bao gồm điều trị thẩm phân lọc máu khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như giải thích trong **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không hoạt động hoặc không thể tiếp cận được. • Điều trị thẩm phân lọc máu nội trú nếu quý vị nhập viện nội trú để được chăm sóc đặc biệt • Huấn luyện tự lọc máu, bao gồm huấn luyện cho quý vị và người giúp quý vị lọc máu tại nhà • Thiết bị và tiếp liệu lọc máu tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như các nhân viên lọc máu được đào tạo cần thiết đến trực tiếp để kiểm tra quá trình lọc máu tại nhà, để trợ giúp trong trường hợp khẩn cấp và kiểm tra thiết bị lọc máu và nguồn cung cấp nước của quý vị. Medicare Part B bao trả cho một số loại thuốc để lọc máu. Để biết thông tin, hãy xem “Thuốc Medicare Part B” trong bảng này.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Dịch vụ xe cứu thương* Dịch vụ xe cứu thương được bao trả, cho dù trong tình huống cấp cứu hay không cấp cứu, bao gồm đường bộ và đường hàng không (máy bay và máy bay trực thăng). Xe cứu thương sẽ đưa đến nơi gần nhất có thể chăm sóc cho quý vị. Có nghĩa là tình trạng của quý vị đủ nặng mà những cách khác để đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng quý vị. Dịch vụ xe cứu thương cho các trường hợp khác (không cấp cứu) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong trường hợp không phải cấp cứu thì chúng tôi có thể trả tiền cho xe cứu thương. Điều này có nghĩa là tình trạng của quý vị phải đủ nặng mà những cách khác để đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe quý vị. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo**	$0 *Có thể cần xin phép trước.
	Dịch vụ xe cứu thương* (tiếp theo) Chương trình này bao trả các dịch vụ xe cứu thương khẩn cấp trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ theo yêu cầu, đồng thời bao gồm quyền lợi bổ sung (thêm) cung cấp dịch vụ xe cứu thương khẩn cấp trên toàn thế giới khi quý vị không ở ngoài khu vực phục vụ trong 6 tháng hoặc ít hơn. Các quyền lợi được bao trả giới hạn ở mức $50,000 mỗi năm. Quý vị phải gửi mẫu yêu cầu bồi hoàn với những nội dung sau: 1) chứng từ thanh toán (biên lai), 2) tên bác sĩ/bệnh viện và ngày quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc, 3) hồ sơ y tế hoặc tài liệu khác mô tả các dịch vụ đã nhận. Vui lòng tham khảo **Chương 2, Phần A,** để biết thông tin về cách gửi mẫu đơn bồi hoàn cho chương trình.	
	Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) với HIV Nếu quý vị không nhiễm HIV, nhưng bác sĩ hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe khác xác định quý vị có nguy cơ	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	bị nhiễm HIV cao, thì chúng tôi sẽ bao trả thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ điều kiện, thì có thể nhận các dịch vụ được bao trả, bao gồm: • Thuốc PrEP uống hoặc tiêm được FDA chấp thuận, bao gồm cả phí tiêm thuốc, nếu có. • Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ HIV, giảm nguy cơ nhiễm HIV và tuân thủ dùng thuốc) mỗi 12 tháng. • Tối đa 8 lần tầm soát HIV mỗi 12 tháng. • Tầm soát vi-rút viêm gan B một lần.	
🍎	**Đo mật độ xương** Chúng tôi bao trả cho một số thủ thuật nhất định cho hội viên đủ điều kiện (thường là người có nguy cơ bị mất khối lượng xương hoặc loãng xương). Các thủ thuật này xác định mật độ xương, kiểm tra xương hoặc chất lượng xương. Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng bao trả cho một bác sĩ kiểm tra và nhận xét về kết quả.	$0

🍎	**Huấn luyện, dịch vụ và tiếp liệu tự kiểm soát bệnh tiểu đường**
	
	Chúng tôi bao trả các dịch vụ sau cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (cho dù người bệnh có sử dụng insulin hay không):
	
	• Tiếp liệu để theo dõi lượng đường trong máu, bao gồm:
	  ○ máy đo đường huyết
	  ○ que thử đường huyết
	  ○ thiết bị chích và lưỡi chích
		$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	○ giải pháp kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo • Những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh bàn chân do tiểu đường nặng sẽ được chúng tôi bao trả như sau: ○ một đôi giày chuyên dụng cho người bệnh tiểu đường (kể cả miếng lót), bao gồm cả công đo/thử giày và hai cặp miếng lót bổ sung mỗi năm dương lịch **hoặc** **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Huấn luyện, dịch vụ và tiếp liệu tự kiểm soát bệnh tiểu đường (tiếp theo)** ○ một đôi giày sâu, bao gồm cả công đo/thử giày và ba cặp miếng lót mỗi năm (không bao gồm các miếng lót có thể tháo rời, không được thiết kế riêng, đi kèm với đôi giày đó) • Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả cho việc huấn luyện để giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.	
	Khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare" Chúng tôi bao trả cho một lần khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare". Lần khám này bao gồm: • đánh giá sức khỏe, • hướng dẫn và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm khám tầm soát và chích ngừa (hoặc vắc xin)) **và** • giới thiệu cho dịch vụ chăm sóc khác nếu cần. **Lưu ý:** Chúng tôi chỉ bao trả cho một lần thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến với Medicare" trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi đặt lịch	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	hẹn, hãy nói với văn phòng bác sĩ là quý vị muốn đặt lịch khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”.	
	Khám sức khỏe hàng năm Quý vị có thể có một lần khám sức khỏe hàng năm. Lần thăm khám này là để lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi bao trả cho loại thăm khám này 12 tháng một lần. **Lưu ý:** Quý vị không được thực hiện lần khám sức khỏe hàng năm đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần khám **Chào mừng đến với Medicare**. Tuy nhiên, quý vị không cần phải đi khám **Chào mừng đến với Medicare** thì mới được khám sức khỏe hàng năm sau khi đã khám theo Phần B trong 12 tháng.	$0
	Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Nam giới từ 50 tuổi trở lên, được chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau mỗi 12 tháng: • khám trực tràng kỹ thuật số • xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	$0
	Liệu pháp dinh dưỡng y khoa Quyền lợi này là dành cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận không cần lọc máu. Quyền lợi này cũng áp dụng sau khi ghép thận khi có chỉ định của bác sĩ. Chúng tôi bao trả cho ba giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong năm đầu tiên quý vị nhận dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y khoa theo Medicare. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi bao trả cho hai giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, cách điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi thì quý vị có thể nhận được nhiều giờ	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	điều trị hơn theo chỉ định của bác sĩ. Bác sĩ phải chỉ định các dịch vụ này và gia hạn chỉ định mỗi năm nếu quý vị cần điều trị trong năm tiếp theo. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế.	
	Liệu pháp luyện tập có giám sát (SET)* Chúng tôi thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD) có giấy giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình của chúng tôi bao trả cho: • tối đa 36 buổi trong thời gian 12 tuần nếu đáp ứng tất cả các yêu cầu của SET • thêm 36 buổi theo thời gian nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải là: • Các buổi huấn luyện tập trị liệu kéo dài từ 30 đến 60 phút về PAD cho hội viên bị chuột rút ở chân do lưu lượng máu kém (claudication) • trong cơ sở bệnh viện ngoại trú hoặc trong phòng mạch bác sĩ • được cung cấp bởi nhân viên đủ tiêu chuẩn đảm bảo lợi ích nhiều hơn tác hại và những người được đào tạo về liệu pháp luyện tập cho PAD • dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA) hoặc y tá hành nghề (NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) được đào tạo cả về kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao	$0 *Có thể cần xin phép trước.
	Liệu pháp truyền dịch tại nhà Chương trình của chúng tôi bao trả cho liệu pháp truyền dịch tại nhà, được định nghĩa là thuốc hoặc chất sinh	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	học được đưa vào tĩnh mạch hoặc bôi dưới da và được cung cấp cho quý vị tại nhà. Sau đây là những yêu cầu cần thiết để truyền dịch tại nhà: • thuốc hoặc chất sinh học, chẳng hạn như globulin kháng vi-rút hoặc miễn dịch; • thiết bị, như máy bơm; **và** • vật tư y tế, như ống hoặc ống thông. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Liệu pháp truyền tại nhà (tiếp theo)** Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ truyền dịch tại nhà, bao gồm (nhưng không giới hạn): • các dịch vụ chuyên môn, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của quý vị; • đào tạo và giáo dục hội viên chưa được bao gồm trong quyền lợi DME; • giám sát từ xa; **và** • dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp và thuốc truyền dịch tại nhà được cung cấp bởi nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện.	
	Phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú* Chúng tôi bao trả cho phẫu thuật ngoại trú và các dịch vụ tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật ngoại trú. **Lưu ý:** Nếu đang phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện thì nên kiểm tra với bác sĩ của mình để biết quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Nếu bác sĩ không chỉ định tiếp nhận quý vị là bệnh nhân nội trú vào bệnh viện, thì quý vị là bệnh nhân ngoại trú. Kể cả khi ở lại bệnh viện qua đêm thì quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Phương tiện Vận chuyển: vận chuyển không phải y tế Đây là quyền lợi vận chuyển đến các dịch vụ y tế bằng ô tô khách, taxi hoặc các loại hình vận chuyển công cộng/tư nhân khác. Vận chuyển được yêu cầu với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết được Medi-Cal bao trả, bao gồm đi đến các nơi hẹn khám nha khoa và lấy thuốc. Dịch vụ vận chuyển được cả Medi-Cal và Medicare đồng bao trả. Dịch vụ Vận chuyển Không phải Y tế sẽ được áp dụng khi quý vị xác nhận là quý vị không có cách nào khác để nhận dịch vụ y tế được bao trả. SFHP cung cấp phương tiện vận chuyển NMT đáp ứng nhu cầu của quý vị để đến nhà cung cấp có hẹn trước gần nhất từ nhà quý vị khi có hẹn trước hoặc có sẵn dịch vụ. Hội viên không thể tự lái xe thì được hoàn trả trực tiếp cho NMT. Có thể sử dụng NMT nếu quý vị không cần giám sát hoặc hỗ trợ y tế từ tài xế. NMT sử dụng ô tô, taxi, xe buýt, tàu điện ngầm/xe điện hoặc phương tiện công cộng hoặc tư nhân khác để đến/tiếp cập các dịch vụ được bao trả của quý vị. Quý vị không phải trả phí khi sử dụng dịch vụ này. Không cần toa thuốc hoặc ủy quyền trước từ Bác sĩ để sử dụng NMT. Bác sĩ không cần phải điền biểu mẫu để cho quý vị sử dụng dịch vụ vận chuyển này. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Phương tiện Vận chuyển: Vận chuyển không phải y tế (tiếp theo)** Đôi khi, SFHP có thể bồi hoàn (trả lại tiền cho quý vị) cho chuyến đi bằng phương tiện cá nhân mà quý vị thu xếp. SFHP phải phê duyệt yêu cầu này trước chuyến đi. Để hoàn trả cho quãng đường đi quý vị phải nộp bản sao giấy phépláixe, đăng ký xe và bằng chứng bảo hiểm xe hợp lệ/hiện hành. Trong trường hợp cấp cứu, hãy gọi 911. Có sẵn phương tiện vận chuyển cho các dịch vụ và cuộc hẹn không liên quan đến chăm sóc khẩn cấp.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Để yêu cầu vận chuyển, quý vị có thể liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Quý vị nên thông báo cho chúng tôi biết về nhu cầu vận chuyển của quý vị ít nhất 10 ngày trước lịch hẹn hoặc sớm nhất có thể khi quý vị có hẹn khám khẩn cấp. Hãy chuẩn bị sẵn thẻ hội viên SFHP Care Plus của quý vị khi gọi điện. Giờ làm việc được liệt kê ở cuối trang. Vui lòng tham khảo **Chương 2, Phần A,** để biết thông tin về cách gửi mẫu đơn bồi hoàn cho chương trình.	
	Phương tiện vận chuyển: Vận chuyển y tế không cấp cứu* Quyền lợi này cho phép sử dụng dịch vụ vận chuyển y tế cho một dịch vụ được bao trả bởi chương trình của chúng tôi và Medicare. Điều này có thể bao gồm: dịch vụ vận chuyển y tế bằng xe cứu thương, xe vận chuyển bệnh nhân nằm và xe chuyên dụng dành cho người sử dụng xe lăn, phối hợp với dịch vụ vận chuyển dành cho người khuyết tật. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Phương tiện vận chuyển: Vận chuyển y tế không cấp cứu* (tiếp theo)** Các hình thức vận chuyển được phép sử dụng khi: • Nhà cung cấp dịch vụ y tế xác định tình trạng sức khỏe và/hoặc thể chất của quý vị không cho phép quý vị đi bằng xe buýt, xe khách, taxi hoặc phương tiện giao thông công cộng hoặc tư nhân khác **và** cần có sự cho phép trước và quý vị phải gọi cho chương trình của mình để sắp xếp chuyến đi. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng SFHP theo các số ở cuối trang này để được trợ giúp lên lịch đi xe.	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• Quý vị có thể yêu cầu vận chuyển y tế không cấp cứu bằng cách hỏi bác sĩ, nha sĩ, bác sĩ điều trị chân hoặc bác sĩ điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do lạm dụng dược chất. Nhà cung cấp của quý vị sẽ quyết định chính xác loại phương tiện vận chuyển để đáp ứng nhu cầu của quý vị. Nếu thấy quý vị cần vận chuyển y tế không cấp cứu, họ sẽ chỉ định bằng cách điền một mẫu đơn và nộp cho SFHP. Sau khi phê duyệt, giấy chấp thuận sẽ có hiệu lực tối đa 12 tháng tùy vào nhu cầu y tế. Sau khi phê duyệt, quý vị có thể được vận chuyển tùy theo nhu cầu. Bác sĩ của quý vị cần đánh giá lại nhu cầu vận chuyển y tế không cấp cứu của quý vị và nếu thích hợp thì sẽ phê duyệt lại chỉ định vận chuyển y tế cho quý vị khi hết hạn, nếu quý vị vẫn đủ tiêu chuẩn. Bác sĩ của quý vị có thể phê duyệt lại phương tiện vận chuyển y tế không cấp cứu tối đa đến 12 tháng. Quý vị sẽ được vận chuyển y tế nếu: • Cần thiết về mặt sức khỏe và y tế bằng văn bản cho phép của bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác; vì quý vị không đủ sức khỏe sử dụng xe hơi, xe buýt, tàu điện hoặc taxi để đến buổi hẹn khám • Quý vị cần tài xế giúp di chuyển từ nhà, xe hoặc nơi điều trị do khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Phương tiện vận chuyển: Vận chuyển y tế không cấp cứu* (tiếp theo)** • Để yêu cầu phương tiện vận chuyển y tế mà bác sĩ chỉ định cho cuộc hẹn khám không khẩn cấp (thông thường), hãy gọi người điều phối phương tiện vận chuyển của SFHP theo số 1(415) 547-7807 ít nhất 5 ngày làm việc trước cuộc hẹn. Để hẹn khẩn cấp, hãy gọi sớm nhất có thể.	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người bệnh Mạn tính Chương trình này cung cấp các quyền lợi bổ sung như là một phần của Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Chương trình Người bị bệnh Mạn tính (SSBCI). Nếu quý vị đã được chẩn đoán bởi một nhà cung cấp chương trình với một hoặc nhiều (các) tình trạng mạn tính được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận thêm quyền lợi SSBCI. Các tình trạng mạn tính bao gồm: • Rối loạn mạn tính do sử dụng rượu và rối loạn do sử dụng chất kích thích khác (SUD) • Các tình trạng bệnh lý đòi hỏi phải tiếp tục các dịch vụ trị liệu để bệnh nhân duy trì chức năng hoặc duy trì hoạt động • Tình trạng mạn tính làm giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác • Các tình trạng khó khăn về chức năng • Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức • Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch • Sau cấy ghép nội tạng • Đột quỵ • Rối loạn thần kinh • Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây ra tàn tật • Rối loạn phổi mạn tính • HIV/AIDS • Rối loạn huyết học nặng • Bệnh thận mạn tính (CKD)	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• Bệnh đường tiêu hóa mạn tính • Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa • Bệnh tiểu đường • Chứng mất trí • Suy tim mạn tính • Rối loạn tim mạch • Ung thư • Bệnh rối loạn tự miễn dịch Chúng tôi sẽ xác nhận xem quý vị có đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung hay không dựa trên yêu cầu của bác sĩ, giới thiệu từ người quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc các quy trình khác. Hội viên đủ điều kiện sẽ có thể sử dụng trợ cấp hàng tháng của Thẻ linh hoạt SFHP Care Plus để mua thực phẩm/hàng tạp hóa lành mạnh và tiện ích (nước, sưởi, điện thoại di động, v.v.). Liên hệ với chúng tôi để biết thêm thông tin.	
🍎	**Tầm soát bệnh tiểu đường** Chúng tôi bao trả cho loại thăm khám tầm soát này (bao gồm xét nghiệm đường huyết lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: • huyết áp cao (cao huyết áp) • tiền sử hàm lượng cholesterol và chất béo trung tính bất thường (rối loạn mỡ máu) • béo phì • Tiền sử hàm lượng đường trong máu cao (glucose) Các xét nghiệm có thể được bao trả trong một số trường hợp khác, chẳng hạn như thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Quý vị có thể đủ điều kiện khám tầm soát bệnh tiểu đường tối đa hai lần sau mỗi 12 tháng kể từ ngày xét nghiệm tầm soát bệnh tiểu đường gần nhất.	
	Tầm soát HIV Chúng tôi bao trả cho một lần khám tầm soát HIV trong 12 tháng cho những người: • yêu cầu xét nghiệm tầm soát HIV hoặc • có nguy cơ cao bị nhiễm HIV. Nếu quý vị đang mang thai thì sẽ được bao trả đến ba lần xét nghiệm tầm soát HIV trong thai kỳ. Chúng tôi cũng bao trả cho (các) dịch vụ tầm soát HIV bổ sung theo khuyến cáo của bác sĩ.	$0
	Tầm soát nhiễm vi-rút viêm gan C **Chúng tôi bao trả cho một lần khám tầm soát Viêm gan C** nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác yêu cầu và quý vị đáp ứng một trong các điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì sử dụng hoặc đã tiêm chích ma túy bất hợp pháp. • Quý vị đã truyền máu trước năm 1992. • Quý vị sinh từ năm 1945-1965. Nếu quý vị sinh từ năm 1945-1965 và không được coi là có nguy cơ cao, thì chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám tầm soát. Nếu có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị đã tiếp tục tiêm chích kể từ khi xét nghiệm sàng lọc viêm gan C âm tính trước đó), thì chúng tôi sẽ bao trả cho một lần khám tầm soát hàng năm.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Tầm soát phình động mạch chủ bụng Chúng tôi bao trả cho một lần siêu âm tầm soát cho những người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả cho nghiệm pháp tầm soát này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ cụ thể và có giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA), y tá hành nghề (NP) hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS).	$0
	Tầm soát trầm cảm Chúng tôi bao trả cho một lần khám tầm soát trầm cảm mỗi năm. Phải khám tầm soát trong cơ sở chăm sóc ban đầu có thể cung cấp dịch vụ điều trị theo dõi và/hoặc giấy giới thiệu.	$0
	Tầm soát ung thư âm đạo và cổ tử cung Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • cho tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám vùng chậu 24 tháng một lần • đối với phụ nữ có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần • đối với những phụ nữ đã làm xét nghiệm Pap bất thường trong vòng ba năm qua và trong độ tuổi sinh đẻ: một xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng • đối với phụ nữ từ 30-65 tuổi: xét nghiệm vi-rút Papilloma ở Người (HPV) hoặc xét nghiệm Pap cộng với HPV 5 năm một lần	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Tầm soát ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Chương trình của chúng tôi bao trả cho chi phí tầm soát ung thư phổi 12 tháng một lần nếu quý vị: • tuổi từ 50-77, **và** • có một buổi tư vấn và đưa ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác **và** • đã hút ít nhất một gói thuốc lá mỗi ngày trong 20 năm mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi hoặc hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc trong vòng 15 năm qua Sau lần tầm soát đầu tiên, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần tầm soát khác mỗi năm theo văn bản chỉ định của bác sĩ hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác. Nếu bác sĩ chọn tư vấn tầm soát ung thư phổi và thăm khám đưa ra quyết định chung- để tầm soát ung thư phổi, thì phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho những lần khám đó.	$0
	Tầm soát ung thư trực tràng Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • Nội soi đại tràng không giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả 120 tháng (mười năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau khi nội soi đại tràng sigma ống mềm trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau lần nội soi tầm soát đại tràng trước đó. • Bao trả thủ thuật chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng khi ít nhất 59 tháng đã trôi qua sau lần chụp cắt lớp vi tính tầm soát đại tràng gần nhất hoặc khi	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	47 tháng đã trôi qua sau lần nội soi tầm soát đại tràng sigma ống mềm hoặc nội soi tầm soát đại tràng gần nhất. Bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng có thể được bao trả cho thủ thuật chụp cắt lớp vi tính tầm soát đại tràng được thực hiện khi ít nhất 23 tháng đã trôi qua sau lần chụp cắt lớp vi tính tầm soát đại tràng gần nhất hoặc nội soi tầm soát đại tràng gần nhất. • Nội soi đại tràng sigma ống mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi được nội soi tầm soát đại tràng. 48 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao kể từ lần nội soi đại tràng sigma ống mềm hoặc thụt bari hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng gần nhất. • Xét nghiệm tầm soát máu ẩn trong phân cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Tầm soát ung thư đại trực tràng (tiếp theo)** • Xét nghiệm DNA trong phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. Ba năm một lần. • Xét nghiệm Dấu hiệu sinh học trong máu đối với bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí nguy cơ cao. Ba năm một lần. • Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng tầm soát tiếp theo sau khi xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng qua phân không xâm lấn được Medicare bao trả cho kết quả dương tính. Các xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi tầm soát đại tràng sigma ống mềm theo kế hoạch hoặc nội soi tầm soát đại tràng, bao gồm việc loại bỏ mô hoặc vật chất khác hoặc thủ thuật khác liên quan được thực hiện trong cùng một lần khám lâm sàng với xét nghiệm tầm soát.	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Tầm soát ung thư vú (chụp X-quang vú) Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • một lần chụp X-quang vú cơ sở trong độ tuổi từ 35 đến 39 • một lần chụp X-quang vú mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	$0
	Tầm soát và trị liệu béo phì để giảm cân Nếu chỉ số khối cơ thể của quý vị từ 30 trở lên thì chúng tôi sẽ bao trả cho tư vấn giúp giảm cân. Quý vị phải được tư vấn trong cơ sở chăm sóc ban đầu. Theo đó quý vị có thể được quản lý với kế hoạch phòng ngừa đầy đủ của mình. Hãy thảo luận với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	$0
	Tầm soát và tư vấn về bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) Chúng tôi bao trả cho các lần khám tầm soát chlamydia, bệnh lậu, giang mai và viêm gan B. Các lần khám tầm soát này được bao trả cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao bị mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục. Các xét nghiệm này phải do bác sĩ chăm sóc chính yêu cầu. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này mỗi 12 tháng hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ. Chúng tôi cũng bao trả cho tối đa hai buổi tư vấn hành vi cường độ cao, trực tiếp mỗi năm cho người trưởng thành đang hoạt động tình dục có nguy cơ cao bị mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục. Mỗi buổi tư vấn có thể kéo dài từ 20 đến 30 phút. Chúng tôi chỉ bao trả cho các buổi tư vấn dịch vụ phòng ngừa này nếu do bác sĩ chăm sóc chính thực	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	hiện. Các buổi tư vấn phải ở trong cơ sở chăm sóc ban đầu, chẳng hạn như phòng mạch của bác sĩ.	
	Thăm khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch (tim) (liệu pháp điều trị bệnh tim) Chúng tôi bao trả cho một lần khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế, với bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị để giúp giảm nguy cơ của bệnh tim. Trong các buổi khám, bác sĩ có thể: • thảo luận về việc sử dụng aspirin, • kiểm tra huyết áp **và/hoặc** • lời khuyên để quý vị ăn uống lành mạnh.	$0
	Theo dõi của bệnh viện ngoại trú* Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ theo dõi của bệnh viện ngoại trú để xác định xem quý vị có cần nhập viện nội trú hay có thể xuất viện. Các dịch vụ 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 chỉ định của bác sĩ hoặc người khác được luật tiểu bang và quy định của bệnh viện cho phép để tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc chỉ định xét nghiệm ngoại trú. **Lưu ý:** Nếu bác sĩ không chỉ định tiếp nhận quý vị là bệnh nhân nội trú vào bệnh viện, thì quý vị là bệnh nhân ngoại trú. Kể cả khi ở lại bệnh viện qua đêm thì quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, thì hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Tìm hiểu thêm thông tin từ tờ thông tin Medicare *Quyền lợi Bệnh viện Medicare* có tại	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	
	Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan Xem **Chương 12** của *Sổ tay Hội viên* này để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)". Chúng tôi bao trả cho những vật dụng sau: • xe lăn, bao gồm cả xe lăn điện • nạng • hệ thống nệm hỗ trợ • giường chống loét • tiếp liệu cho bệnh tiểu đường • giường bệnh viện do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà • bơm truyền tĩnh mạch (IV) và cột • thiết bị tạo giọng nói **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (tiếp theo)** • thiết bị và tiếp liệu tạo ôxy • máy xông khí dung • khung tập đi • gậy cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế • đai kéo giãn cổ (gắn cửa) • máy kích thích liền xương • thiết bị chăm sóc thẩm phân lọc máu • Các vật dụng khác có thể được bao trả.	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Chúng tôi thanh toán cho tất cả DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal thường bao trả. Nếu nhà cung cấp trong khu vực không có loại thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, thì quý vị có thể hỏi xem họ có thể đặt hàng đặc biệt cho quý vị hay không.	
	Thuốc Medicare Part B* Những thuốc này được bao trả theo Part B của Medicare. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các loại thuốc sau: • các thuốc mà quý vị thường không tự tiêm và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận các dịch vụ của bác sĩ, bệnh viện ngoại trú hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu • insulin được cung cấp thông qua một vật dụng của thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các thuốc khác mà quý vị dùng bằng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy xông khí dung) mà chương trình của chúng tôi cho phép • thuốc điều trị Alzheimer Leqembi® (hoạt chất gốc lecanemab), được sử dụng bằng đường truyền tĩnh mạch (IV). Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần thực hiện các loại hình chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm bổ sung trước và/hoặc trong quá trình điều trị. Nói chuyện với bác sĩ của quý vị về về các loại hình chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm mà quý vị có thể cần thực hiện trong quá trình điều trị. • các yếu tố đông máu tự tiêm nếu quý vị mắc bệnh máu khó đông **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo**	$0 *Có thể cần xin phép trước.

	Thuốc Medicare Part B* (tiếp theo) • cấy ghép/thuốc ức chế miễn dịch: Medicare bao trả cho liệu pháp điều trị bằng thuốc cấy ghép nếu Medicare bao trả cho việc cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có Part A tại thời điểm cấy ghép được bao trả và Part B tại thời điểm dùng thuốc ức chế miễn dịch. Medicare Part D bao trả các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu không được bao trả theo Part B. • thuốc loãng xương dạng tiêm. Chúng tôi bao trả cho những loại thuốc này nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận là do -loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc. • một số kháng nguyên: Medicare bao trả cho các kháng nguyên do bác sĩ chuẩn bị và một người được hướng dẫn thích hợp (có thể là quý vị - bệnh nhân) sử dụng kháng nguyên dưới sự giám sát thích hợp • một số thuốc chống ung thư dạng uống: Medicare bao trả cho một số thuốc điều trị ung thư dạng uống nếu quý vị dùng một loại thuốc dạng tiêm có sẵn hoặc thuốc đó là tiền chất (một dạng thuốc dùng đường uống mà khi được đưa vào cơ thể sẽ phân giải thành cùng loại hoạt chất có trong thuốc tiêm). Khi có các loại thuốc điều trị ung thư dạng uống mới thì có thể được bao trả theo Part B. Nếu Part B không bao trả thì sẽ được Part D bao trả. • thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare bao trả cho các thuốc chống buồn nôn-dạng uống mà quý vị sử dụng theo phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu cần sử dụng trước, tại hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc sử dụng để thay thế liệu pháp đầy đủ cho thuốc chống buồn nôn tiêm tĩnh mạch • một số thuốc cho Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) dạng uống được bao trả theo Medicare Part B **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Thuốc Medicare Part B* (tiếp theo)**	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• thuốc kết dính calcimimetic và phosphate 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 • thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare bao trả cho erythropoietin dạng tiêm nếu quý vị bị ESRD hoặc cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® hoặc Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • globulin miễn dịch IV để điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát • dinh dưỡng đường tĩnh mạch và đường ruột (cho ăn qua đường tĩnh mạch và bằng ống) Chúng tôi cũng bao trả cho một số loại vắc xin theo Medicare Part B và hầu hết các loại vắc xin dành cho người lớn theo quyền lợi thuốc Medicare Part D. **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích quyền lợi thuốc của chúng tôi. Trong đó có giải thích các quy tắc cần tuân thủ để lấy toa thuốc được bao trả. **Chương 6** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích những khoản quý vị phải trả cho thuốc thông qua chương trình.	
	**Tiêm ngừa** Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau: • vắc xin viêm phổi	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• tiêm phòng cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • vắc xin viêm gan B nếu quý vị chưa từng tiêm đủ liệu trình, không rõ lịch sử tiêm chủng của mình, hoặc có bất kỳ tình trạng nào khác khiến quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc bệnh viêm gan B • vắc xin COVID-19 • vắc xin Papilloma ở Người (HPV) • các loại vắc xin khác nếu quý vị có nguy cơ và đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần B Chúng tôi thanh toán cho các loại vắc xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Part D. Xem **Chương 6** của *Sổ tay Hội viên* này để tìm hiểu thêm.	
	Trợ Cấp cho Thuốc Không Kê Toa (OTC) Mỗi tháng, quý vị sẽ nhận được khoản trợ cấp $100, được nạp sẵn vào thẻ linh hoạt SFHP Care Plus của quý vị. Có thể sử dụng tiền trong thẻ để mua một số vật dụng chăm sóc sức khỏe và thể lực không kê toa như thuốc ho và cảm lạnh, vitamin, thuốc giảm đau và băng gạc. Quý vị có thể sử dụng thẻ linh hoạt SFHP Care Plus để mua các mặt hàng đủ điều kiện được liệt kê trong danh mục sản phẩm OTC của chúng tôi, danh mục này sẽ được gửi qua đường bưu điện cho quý vị. Cũng có thể sử dụng tiền này để mua các vật dụng chăm sóc sức khỏe và thể lực OTC tại một số địa điểm bán lẻ. Phần trợ cấp hằng tháng chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Chương trình Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người mắc Bệnh mạn tính (SSBCI), quý vị có thể sử dụng khoản trợ cấp hằng tháng này để mua các mặt hàng sau từ một số nhà cung cấp nhất định:	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• Thực phẩm/hàng tạp hóa lành mạnh: trái cây tươi, rau, bữa ăn đông lạnh, thịt, hải sản, sữa lắc dinh dưỡng, nước, sản phẩm từ sữa và ngũ cốc • Hóa đơn tiện ích: điện, sưởi, cáp, vệ tinh, dịch vụ viễn thông, mạng máy tính/dịch vụ thông tin và nước	
	Trợ giúp cho một số bệnh mạn tính Chương trình này cung cấp các quyền lợi bổ sung như là một phần của Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Chương trình Người bị bệnh Mạn tính (SSBCI). Nếu quý vị đã được chẩn đoán bởi một nhà cung cấp chương trình với một hoặc nhiều (các) tình trạng mạn tính được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận thêm quyền lợi SSBCI. Các tình trạng mạn tính bao gồm: • Rối loạn mạn tính do sử dụng rượu và rối loạn do sử dụng chất kích thích khác (SUD) • Các tình trạng bệnh lý đòi hỏi phải tiếp tục các dịch vụ trị liệu để bệnh nhân duy trì chức năng hoặc duy trì hoạt động • Tình trạng mạn tính làm giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác • Các tình trạng khó khăn về chức năng • Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức • Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch • Sau cấy ghép nội tạng • Đột quỵ • Rối loạn thần kinh • Tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây ra tàn tật • Rối loạn phổi mạn tính • HIV/AIDS • Rối loạn huyết học nặng	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	• Bệnh thận mạn tính (CKD) • Bệnh đường tiêu hóa mạn tính • Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa • Bệnh tiểu đường • Chứng mất trí **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Trợ giúp cho một số bệnh mạn tính (tiếp theo)** • Suy tim mạn tính • Rối loạn tim mạch • Ung thư • Bệnh rối loạn tự miễn dịch Chúng tôi sẽ xác nhận xem quý vị có đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung hay không dựa trên yêu cầu của bác sĩ, giới thiệu từ người quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc các quy trình khác. Hội viên đủ điều kiện sẽ có thể sử dụng trợ cấp hàng tháng của Thẻ linh hoạt SFHP Care Plus để mua thực phẩm/hàng tạp hóa lành mạnh và tiện ích (nước, sưởi, điện thoại di động, v.v.). Liên hệ với chúng tôi để biết thêm thông tin. **Trợ cấp bằng Thẻ linh hoạt SFHP Care Plus:** Hội viên đủ điều kiện có thể sử dụng khoản trợ cấp $100 hằng tháng từ thẻ chi tiêu linh hoạt SFHP Care Plus để mua hoặc thanh toán cho các vật dụng và dịch vụ sau tại các địa điểm bán lẻ được chỉ định: • Thực phẩm/hàng tạp hóa lành mạnh: trái cây tươi, rau củ, món ăn đông lạnh, thịt, hải sản, thức uống dinh dưỡng, nước và nhiều sản phẩm khác • Hóa đơn tiện ích: điện, sưởi, cáp, vệ tinh, dịch vụ viễn thông, mạng máy tính/dịch vụ thông tin và các tiện ích khác	

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Khoản trợ cấp 100 đô la hàng tháng của thẻ linh hoạt SFHP Care Plus được kết hợp với quyền lợi bổ sung dành cho các sản phẩm không kê toa (OTC). Mọi khoản trợ cấp chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo. Có thể áp dụng các giới hạn và hạn chế khác. Để biết thêm chi tiết về các địa điểm bán lẻ, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số điện thoại ở cuối trang. **Tiếp tục xem quyền lợi này ở trang tiếp theo** **Trợ giúp cho một số bệnh mạn tính (tiếp theo)** **Vận chuyển đến các Địa điểm Không phải Y tế:** Chương trình của chúng tôi bao trả 24 chuyến đi một chiều tới các địa điểm không liên- quan đến y tế được phê duyệt mỗi năm. Thông qua đơn vị điều phối dịch vụ vận chuyển của SFHP Care Plus, Modivcare, quý vị có thể nhận dịch vụ vận chuyển bằng phương tiện công cộng, dịch vụ đi chung xe, taxi, xe sedan hoặc xe lăn. Các địa điểm được phê duyệt bao gồm các trung tâm giải trí/cộng đồng, cửa hàng tạp hóa hoặc kho thực phẩm, nhà thờ hoặc những nơi thờ cúng khác. Không cần phải xin phép để vận chuyển đến các địa điểm không dành cho mục đích y tế. Để biết thêm chi tiết về các điểm đến vận chuyển đủ điều kiện và cách yêu cầu vận chuyển tổng thể, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711).	
	Tư vấn và tầm soát lạm dụng rượu Chúng tôi bao trả cho một lần tầm soát lạm dụng rượu (SABIRT) cho người lớn lạm dụng rượu nhưng không lệ thuộc vào rượu. Bao gồm cả phụ nữ mang thai. Nếu tầm soát lạm dụng rượu là dương tính thì quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị có thể tham gia và nhận thức trong quá	$0

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	trình tư vấn) với bác sĩ chăm sóc chính (PCP) hoặc bác sĩ đủ điều kiện trong cơ sở chăm sóc ban đầu. SFHP khuyến khích hội viên cần hỗ trợ cai rượu hoặc cai sử dụng chất kích thích khác nên tìm dịch vụ chăm sóc. Các dịch vụ cai sử dụng chất kích thích sẵn có từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chung như chăm sóc chính, bệnh viện nội trú, khoa cấp cứu và từ các nhà cung cấp cai sử dụng chất kích thích chuyên khoa. Các Chương trình Sức khỏe Hành vi của Quận thường cung cấp các dịch vụ chuyên khoa. Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích, hãy gọi San Francisco Treatment Access Program (TAP) theo số 1(628) 754-9100, là chương trình trong hệ thống sức khỏe tâm thần của quận.	
	Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ, tiếp liệu điều trị* Chúng tôi bao trả cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây: • X-quang • xạ trị (radium và đồng vị), bao gồm cả tiếp liệu và vật tư của kỹ thuật viên • tiếp liệu phẫu thuật, như băng gạc • nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để điều trị gãy xương và trật khớp • xét nghiệm • máu, bao gồm cả lưu trữ và truyền máu • các xét nghiệm chẩn đoán ngoài phòng thí nghiệm như chụp CT, MRI, EKG và PET khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu để điều trị tình trạng y tế • các nghiệm pháp chẩn đoán ngoại trú khác	$0 *Có thể cần xin phép trước.

Dịch vụ được Bao trả		Phần quý vị thanh toán
	Xét nghiệm tầm soát bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch 5 năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các khiếm khuyết do nguy cơ mắc bệnh tim cao.	$0

E. Các quyền lợi cho khách đến thăm hoặc khách du lịch trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị ở ngoài vùng dịch vụ của chương trình trong hơn sáu tháng một lần nhưng không chuyển đi vĩnh viễn, chúng tôi phải hủy đăng ký quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

F. Hỗ trợ Cộng đồng

Quý vị có thể nhận được hỗ trợ theo Chương trình bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe Cá nhân của mình. Hỗ trợ Cộng đồng là dịch vụ hoặc cơ sở thay thế phù hợp về mặt y tế và hiệu quả về chi phí cho người được bao trả trong Chương trình bảo hiểm Medi-Cal Tiểu bang. Đây là những dịch vụ tùy chọn cho hội viên. Nếu đủ điều kiện, những dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Những dịch vụ đó không thay thế quyền lợi mà quý vị đã có trong Medi-Cal.

Ví dụ về Hỗ trợ Cộng đồng mà chúng tôi cung cấp bao gồm:

Bữa ăn theo Nhu cầu Y tế

Bữa ăn theo Nhu cầu Y tế là những bữa ăn mà quý vị có thể nhận miễn phí. Những bữa ăn này được tạo ra để phục vụ cho sức khỏe của quý vị. Quý vị có thể nhận các Bữa ăn Theo Nhu cầu Y tế nếu quý vị có một hoặc nhiều tình trạng sau:

- Mắc một bệnh mạn tính, chẳng hạn như bệnh tiểu đường, rối loạn tim mạch, suy tim sung huyết, đột quỵ, rối loạn phổi mạn tính, vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), ung thư, bệnh tiểu đường thai kỳ, các bệnh nguy cơ cao khác quanh thai kỳ và rối loạn sức khỏe tâm thần/hành vi mạn tính hoặc khuyết tật; hoặc
- Vừa được xuất viện hoặc một cơ sở khác; hoặc
- Có nhiều nhu cầu chăm sóc sức khỏe.

Quý vị có thể nhận đến 2 bữa ăn mỗi ngày, trong tối đa 12 tuần. Quý vị có thể tiếp tục nhận bữa ăn sau 12 tuần nếu cần thiết về mặt y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

Chăm sóc Phục hồi

Medical Respite (Chăm sóc Phục hồi) là trung tâm chăm sóc mà quý vị có thể phục hồi và lành bệnh sau thời gian ở bệnh viện thay vì ở lại bệnh viện lâu hơn hoặc quay trở lại tình trạng sống hiện tại của mình. Trung tâm này có y tá và người quản lý sự vụ giúp quý vị. Quý vị phải đáp ứng tiêu chí đủ điều kiện cho dịch vụ này. Nhóm phụ trách về xuất viện hoặc nơi trú ẩn sẽ giới thiệu cho quý vị dịch vụ này. Quý vị không mất phí cho dịch vụ này.

Trung tâm Hồi tỉnh

Trung tâm Hồi tỉnh là điểm đến khác cho những hội viên 18 tuổi trở lên bị say rượu ở nơi công cộng. Trung tâm Hồi tỉnh là dịch vụ thay cho dịch vụ thường được cung cấp trong khoa cấp cứu và nhà giam. Họ cung cấp môi trường an toàn, hỗ trợ để hồi phục sau khi say rượu cấp tính. Quý vị phải đáp ứng tiêu chí đủ điều kiện này. Nhân viên vận chuyển cấp cứu, nhân viên bệnh viện hoặc thành viên khác trong nhóm chăm sóc có thể giúp giới thiệu quý vị cho dịch vụ này. Quý vị không mất phí cho dịch vụ này.

Dịch vụ Hỗ trợ Chuyển tiếp Nhà ở

Dịch vụ Chuyển tiếp Nhà ở có thể giúp quý vị tìm được nhà ở an toàn để sinh sống. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp chuyển nhà hoặc giúp giữ nhà ở hiện tại của mình. Quý vị có thể được hỗ trợ nhà ở nếu bị vô gia cư hoặc có nguy cơ vô gia cư, kết hợp với một điều kiện sau đây trở lên:

- Bị khuyết tật
- Mắc 1 bệnh mạn tính nghiêm trọng trở lên hoặc bệnh tâm thần
- Bị rối loạn do sử dụng chất kích thích
- Có nguy cơ phải đến cơ sở điều trị
- Vừa được ra khỏi nhà giam, bệnh viện hoặc một cơ sở khác
- Có thu nhập hàng năm ít hơn 30% mức thu nhập trung bình của gia đình tại địa phương
- Là Thanh niên Tuổi Chuyển tiếp từ 16-25 tuổi đã qua chế độ chăm sóc nuôi dưỡng hoặc tư pháp trẻ vị thành niên
- Không có chế độ hỗ trợ như được gia đình, bạn bè hoặc nhà thờ giúp đỡ và quý vị còn:
    - Đã chuyển nhà ở 2 lần trở lên trong 60 ngày qua
    - Đang sống trong nhà của người khác
    - Được thông báo phải rời khỏi nơi ở của quý vị trong 21 ngày tới

- Sống trong khách sạn hoặc nhà nghỉ không được chương trình nào thanh toán
- Sống trong phòng đơn (SRO) với 2 người trở lên
- Sống trong một ngôi nhà có hơn 1,5 người/phòng.
- Mới rời khỏi một cơ sở như bệnh viện, nhà giam, chăm sóc nuôi dưỡng, v.v.

Dịch vụ Thuê Nhà và Duy trì Chỗ ở

Dịch vụ Hỗ trợ Thuê nhà và Duy trì Nhà ở hỗ trợ hội viên duy trì sự an toàn và thuê nhà ổn định sau khi có được chỗ ở. Quý vị có thể được dịch vụ Hỗ trợ Thuê nhà hỗ trợ nếu có một điều kiện sau đây trở lên:

- Có nguy cơ bị vô gia cư
- Bị khuyết tật
- Mắc 1 bệnh mạn tính nghiêm trọng trở lên hoặc bệnh tâm thần
- Bị rối loạn do sử dụng chất kích thích
- Có nguy cơ phải đến cơ sở điều trị
- Vừa được ra khỏi nhà giam, bệnh viện hoặc một cơ sở khác
- Có thu nhập hàng năm ít hơn 30% mức thu nhập trung bình của gia đình tại địa phương.
- Là Thanh niên Tuổi Chuyển tiếp từ 16-25 tuổi đã qua chế độ chăm sóc nuôi dưỡng hoặc tư pháp trẻ vị thành niên
- Không có hệ thống hỗ trợ như gia đình, bạn bè hoặc giúp đỡ từ nhà thờ và quý vị còn:
  - Đã chuyển nhà ở 2 lần trở lên trong 60 ngày qua
  - Đang sống trong nhà của người khác
  - Được thông báo phải rời khỏi nơi ở của quý vị trong 21 ngày tới
  - Sống trong khách sạn hoặc nhà nghỉ không được chương trình nào thanh toán
  - Sống trong phòng đơn (SRO) với 2 người trở lên
  - Sống trong một ngôi nhà có hơn 1,5 người/phòng.
  - Mới rời khỏi một cơ sở như bệnh viện, nhà giam, chăm sóc nuôi dưỡng, v.v.

Sửa chữa Nhà cửa (Thích ứng với Khả năng Tiếp cận Môi trường)

Thích ứng với Khả năng Tiếp cận Môi trường (còn gọi là Sửa chữa Nhà cửa) là những thay đổi trong nhà để giúp quý vị sống an toàn và độc lập. Ví dụ về các thay đổi trong nhà quý vị bao gồm:

- Lắp đặt các đoạn đường dốc
- Mở rộng cửa ra vào cho xe lăn
- Thang nâng
- Làm phòng tắm và lắp vòi hoa sen dễ tiếp cận cho người ngồi xe lăn

Quý vị có thể được hỗ trợ về Sửa chữa Nhà cửa nếu:

- Có nguy cơ phải vào một cơ sở điều dưỡng
- Không an toàn hoặc không tốt cho quý vị ở trong nhà

Chuyển tiếp Cơ sở Điều dưỡng về Nhà

Chương trình Chuyển tiếp Cơ sở Điều dưỡng về nhà dành cho các hội viên sống tại cơ sở điều dưỡng muốn được chuyển tiếp an toàn về cộng đồng và cần hỗ trợ thực hiện điều đó.

Quý vị có thể được hỗ trợ Chuyển tiếp từ Cơ sở Điều dưỡng về nhà nếu:

- Hiện đang nhận các dịch vụ có Mức độ Chăm sóc (LOC) cần thiết về mặt y tế và chọn chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng hoặc Chăm sóc Phục hồi
- Ở hơn 60 ngày trong viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc phục hồi y tế
- Muốn quay trở về cộng đồng

Nếu quý vị cần giúp hoặc muốn tìm hiểu xem Hỗ trợ Cộng đồng có áp dụng cho quý vị hay không, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711) hoặc gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

G. Các quyền lợi được bao trả bên ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ sau, nhưng được bao trả -theo-dịch vụ *có tính phí của Medi-Cal.*

G1. Chuyển tiếp tại Cộng đồng California (CCT)

Chương trình Chuyển tiếp Cộng đồng California (CCT) sử dụng các Tổ chức Lãnh đạo tại địa phương để giúp người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện, đã sống trong cơ sở nội trú ít nhất 60 ngày liên tục, chuyển tiếp trở lại và ở lại an toàn trong cơ sở cộng

đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong giai đoạn trước khi chuyển tiếp và trong 365 ngày sau khi chuyển tiếp để hỗ trợ người thụ hưởng quay trở lại cơ sở cộng đồng.

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ chức Lãnh đạo CCT nào phục vụ quận mà quý vị sinh sống. Quý vị có thể tìm thấy danh sách các Tổ chức Lãnh đạo CCT và các quận mà họ phục vụ trên trang web của Department of Health Care Services tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Đối với dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT

Medi-Cal bao trả cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ không liên quan đến quá trình chuyển tiếp CCT của quý vị

Nhà cung cấp sẽ tính tiền các dịch vụ của quý vị cho chúng tôi. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển tiếp. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Khi quý vị nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi ở **Phần D.**

Không thay đổi với quyền lợi bảo hiểm thuốc

Chương trình CCT **không** bao trả thuốc. Quý vị tiếp tục nhận được quyền lợi thuốc thông thường của mình thông qua chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy xem **Chương 5** trong *Sổ tay Hội viên* này.

Lưu ý: Nếu cần chăm sóc chuyển tiếp không phải CCT, hãy gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị để sắp xếp các dịch vụ. Chăm sóc chuyển tiếp không phải CCT là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến quá trình chuyển tiếp quý vị từ một bệnh viện hoặc cơ sở.

G2. Medi-Cal Dental

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Medi-Cal Dental.

Xem thêm thông tin trên trang web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental bao gồm nhưng không giới hạn các dịch vụ sau:

- khám ban đầu, chụp X-quang, làm sạch, trám răng và tráng florua
- phục hình và mão răng
- điều trị chân răng
- răng giả một phần hoặc toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và đệm hàm

Để biết thêm thông tin về các quyền lợi nha khoa có trong Medi-Cal Dental hoặc nếu cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với đường dây Chăm sóc

Khách hàng của Nha khoa Medi-Cal theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi 1-800-735-2922). Đây là cuộc gọi miễn phí. Đại diện của Medi-Cal Dental luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập vào trang web smilecalifornia.org để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ nha khoa bổ sung. Xem Bảng Quyền lợi trong **Part D** để biết thêm thông tin.

G3. Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà (IHSS)

- Chương trình IHSS sẽ giúp bao trả cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để có thể ở lại nhà riêng của mình một cách an toàn. IHSS được coi là một giải pháp thay thế cho chăm sóc ngoài gia đình, chẳng hạn như viện điều dưỡng hoặc các cơ sở chăm sóc và hỗ trợ ăn ở.
- Để cung cấp dịch vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ có thể được ủy quyền cho mỗi người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các dịch vụ có thể được ủy quyền thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt ủi, mua sắm tạp hóa, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc đại và tiểu tiện, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), cùng với các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ cho người khuyết tật tâm thần.
- Người quản lý dịch vụ chăm sóc có thể giúp quý vị nộp đơn xin IHSS với cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị. Để tìm hiểu thêm về IHSS có sẵn tại quận của quý vị, hãy truy cập https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss. Hoặc gọi cho Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà (IHSS) của Cơ quan Dịch vụ Nhân sinh Quận San Francisco theo số 1(415) 355-6700 (TTY: 1(833) 342-5388).

F4. 1915(c) Chương trình Miễn trừ Dịch vụ Tại Nhà và Cộng đồng (HCBS)

Miễn trừ Hỗ trợ Sinh hoạt (ALW)

- Chương trình Miễn trừ Hỗ trợ Sinh hoạt (ALW) cung cấp cho những người thụ hưởng đủ điều kiện Medi-Cal lựa chọn cư trú trong môi trường hỗ trợ sinh hoạt như một giải pháp thay thế cho việc sắp xếp dài hạn trong cơ sở điều dưỡng. Mục tiêu của ALW là tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuyển tiếp từ cơ sở điều dưỡng trở lại cơ sở cộng đồng và giống như ở nhà hoặc tránh phải vào cơ sở điều dưỡng lành nghề cho những người thụ hưởng có nhu cầu thay đổi cơ sở điều dưỡng.
- Hội viên đã đăng ký vào ALW có thể tiếp tục tham gia ALW đồng thời nhận được các lợi ích do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với Cơ quan Điều phối Chăm sóc ALW để điều phối các dịch vụ cho quý vị.

- ALW hiện chỉ có ở các quận sau: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara và Sonoma.
- Người quản lý dịch vụ chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký ALW hoặc liên hệ:

  Institute on Aging (Viện người cao tuổi)

  - Địa chỉ: 701 Gateway Blvd, Nam San Francisco, CA 94080
  - Điện thoại: 1(415) 750-4111 hoặc 1(650) 424-1411
  - Giờ làm việc: 7 ngày/tuần, từ 8:00 sáng – 8:00 tối.
  - Trang web: Connect@ioaging.org

  All Hours Adult Care (Chăm sóc người lớn toàn thời gian)

  - Địa chỉ: 3641 Adams St, Riverside, CA 92504 (cung cấp dịch vụ từ xa cho SF)
  - Điện thoại: 1(844) 657-4748
  - Giờ làm việc: Thứ Hai–Thứ Năm, 9:00 sáng – 5:00 chiều.
  - Trang web: info@allhoursadultcare.com

  New Horizons CCA (Cơ sở chăm sóc người cao tuổi)

  - Địa chỉ: 6060 Sunrise Vista Drive, Suite 3200, Citrus Heights, CA 95601
  - Điện thoại: 1(916) 745-3754
  - Giờ làm việc: Thứ Hai–Thứ Sáu, 9:00 sáng – 5:00 chiều.
  - Trang web: casemanagement@newhorizonscca.com

  Star Nursing, Inc. (Viện điều dưỡng)

  - Địa chỉ: 2795 E Bidwell St, Suite 100-102, Folsom, CA 95630
  - Điện thoại: 1(916) 542-1445
  - Giờ làm việc: Thứ Hai–Thứ Sáu, 9:00 sáng – 5:00 chiều.

Miễn trừ HCBS cho Cư dân California bị Khuyết tật Phát triển tâm thần (HCBS-DD)

Miễn trừ trong Chương trình California Self-Determination Program (SDP) cho Người bị Khuyết tật về Phát triển tâm thần

- Có hai loại miễn trừ theo 1915 (c), Miễn trừ HCBS-DD và Miễn trừ SDP, cung cấp dịch vụ cho những người đã được chẩn đoán bị khuyết tật phát triển tâm thần bắt đầu trước sinh nhật lần thứ 18 và dự kiến sẽ tiếp tục vô thời hạn. Cả hai loại miễn trừ đều là một cách để tài trợ cho một số dịch vụ nhất định, cho phép người khuyết tật phát triển tâm thần sống tại nhà hoặc trong cộng đồng thay vì cư trú trong một cơ sở y tế được cấp phép. Chi phí cho các dịch vụ này được tài trợ bởi chương trình Medicaid của chính phủ liên bang và Tiểu bang California. Người quản lý dịch vụ chăm sóc có thể giúp kết nối quý vị với các dịch vụ Miễn trừ DD.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

Miễn trừ Chương trình Thay thế Tại Nhà và Cộng đồng (HCBA)

- Miễn trừ HCBA cung cấp các dịch vụ quản lý chăm sóc cho những người có nguy cơ được đưa vào viện dưỡng lão hoặc các cơ sở chăm sóc tập trung. Các dịch vụ quản lý chăm sóc được cung cấp bởi Nhóm Quản lý Chăm sóc đa ngành, bao gồm y tá và nhân viên xã hội. Nhóm điều phối các dịch vụ Miễn trừ và Chương trình bảo hiểm của Tiểu bang (chẳng hạn như y tế, sức khỏe hành vi, Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà, v.v.), đồng thời sắp xếp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn khác có sẵn trong cộng đồng tại địa phương. Dịch vụ quản lý chăm sóc và Miễn trừ được cung cấp tại nơi cư trú trong cộng đồng của người tham gia. Nơi cư trú này có thể thuộc sở hữu tư nhân, được bảo đảm thông qua thỏa thuận cho thuê hoặc nơi cư trú của thành viên gia đình của người tham gia.
- Hội viên đã đăng ký Miễn trừ MSSP có thể tiếp tục đăng ký vào chương trình Miễn trừ MSSP đồng thời nhận được các lợi ích do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan miễn trừ HCBA của quý vị để điều phối các dịch vụ cho quý vị.
- Người quản lý dịch vụ chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký HCBA. Liên hệ với Bộ phận Quản lý Chăm sóc Sức khỏe và Gia đình tại:
  - Điện thoại: 1(800) 400-0727
  - Fax: 1(530) 894-3186
  - Giờ làm việc: Thứ Hai–Thứ Sáu, 8:00 sáng – 5:00 chiều.

Chương trình Miễn trừ Medi-Cal (MCWP)

- Chương trình Miễn trừ Medi-Cal (MCWP) cung cấp các dịch vụ quản lý hồ sơ toàn diện và chăm sóc trực tiếp cho những người sống chung với HIV như một giải pháp thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý hồ sơ là cách tiếp cận nhóm, trọng tâm là người tham gia, bao gồm y tá đã đăng ký và người quản lý hồ sơ công tác xã hội. Người quản lý hồ sơ làm việc với người tham gia và bác sĩ chăm sóc chính, gia đình, người chăm sóc và các nhà cung cấp dịch vụ khác, để đánh giá nhu cầu chăm sóc nhằm giữ người tham gia ở nhà và tại cộng đồng của họ.
- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng cho những người nhiễm HIV có thể cần các dịch vụ tại cơ sở; (2) hỗ trợ người tham gia quản lý sức khỏe HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận hỗ trợ sức khỏe hành vi và xã hội và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ trùng lặp các dịch vụ.
- Hội viên đã đăng ký Miễn trừ MCWP có thể tiếp tục đăng ký vào chương trình Miễn trừ MCWP đồng thời nhận được các lợi ích do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan miễn trừ MCWP của quý vị để điều phối các dịch vụ cho quý vị.

- Người quản lý dịch vụ chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký MCWP. Chương trình Miễn trừ Medi-Cal tại địa phương cho những người sống chung với HIV/AIDS phục vụ Quận San Francisco là:

  Primary Care at Home, Inc. (Chăm sóc sức khỏe tại nhà)

  - Địa chỉ: 400 29th Street, Suite 306 Oakland, CA 94609
  - Điện thoại: 1(510) 822-2588
  - Giờ làm việc: Thứ Hai–Thứ Sáu, 8:00 sáng – 5:00 chiều.

Chương trình Dịch vụ cho Người cao tuổi Đa mục đích (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Multipurpose Senior Services Program (MSSP) cung cấp cả dịch vụ quản lý xã hội và chăm sóc sức khỏe để hỗ trợ cho những người ở lại nhà riêng và cộng đồng của họ.
- Trong khi hầu hết người tham gia chương trình cũng nhận được Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà, MSSP cung cấp dịch vụ điều phối chăm sóc liên tục, liên kết người tham gia với các dịch vụ và nguồn lực cộng đồng cần thiết khác, phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và mua một số dịch vụ cần thiết không có sẵn để tránh hoặc trì hoãn phải nhập viện. Tổng chi phí quản lý chăm sóc và các dịch vụ khác kết hợp hàng năm phải thấp hơn chi phí nhận dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở điều dưỡng lành nghề.
- Một nhóm các chuyên viên dịch vụ xã hội và y tế cung cấp cho mỗi người tham gia MSSP một đánh giá đầy đủ về sức khỏe và tâm lý xã hội để xác định các dịch vụ cần thiết. Sau đó, nhóm này làm việc với người tham gia MSSP, bác sĩ, gia đình của họ và những người khác để lập một kế hoạch chăm sóc riêng cho cá nhân. Các dịch vụ bao gồm:
  - quản lý chăm sóc sức khỏe
  - Chăm sóc ban ngày cho người trưởng thành
  - sửa chữa/bảo trì nhỏ cho nhà ở
  - các dịch vụ bổ sung làm việc nhà, chăm sóc cá nhân và giám sát bảo vệ
  - dịch vụ chăm sóc thay thế tạm thời
  - dịch vụ vận chuyển
  - dịch vụ tư vấn và trị liệu
  - dịch vụ bữa ăn
  - dịch vụ giao tiếp
- Hội viên đã đăng ký Miễn trừ MSSP có thể tiếp tục đăng ký vào chương trình Miễn trừ MSSP đồng thời nhận được các lợi ích do chương trình của chúng tôi

cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với nhà cung cấp MSSP để điều phối các dịch vụ cho quý vị.

- Người quản lý dịch vụ chăm sóc có thể giúp quý vị đăng ký MSSP. Multipurpose Senior Services Plan (MSSP) ở Quận San Francisco được quản lý bởi:

  Self-Help for the Elderly (Hỗ trợ người cao tuổi sống độc lập)

  - Địa chỉ: 731 Sansome Street, San Francisco, CA 94111
  - Điện thoại: 1(415) 369-2218
  - Phòng Dịch vụ Xã hội: 1(415) 677-7585
  - Giờ làm việc: Thứ Hai–Thứ Sáu, 8:30 sáng – 5:15 chiều.

G5. Các Dịch vụ Sức khỏe Hành vi của Quận được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi (Dịch vụ Rối loạn do Sử dụng Chất kích thích và Sức khỏe Tâm thần)

Quý vị có quyền sử dụng các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bao trả. Chúng tôi cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi do Medicare và Medi-Cal quản lý. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal hoặc rối loạn do sử dụng chất kích thích của quận, nhưng các dịch vụ này có sẵn cho quý vị thông qua các cơ quan sức khỏe hành vi của quận.

Dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần của quận (MHP) nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để sử dụng các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal do MHP tại quận của quý vị cung cấp bao gồm:

- dịch vụ sức khỏe tâm thần
- dịch vụ hỗ trợ dùng thuốc
  - dịch vụ điều trị tăng cường ban ngày
- phục hồi chức năng ban ngày
  - dịch vụ can thiệp khủng hoảng
  - dịch vụ ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị nội trú cho người lớn
- dịch vụ điều trị nội trú khủng hoảng
- dịch vụ cơ sở y tế cho bệnh tâm thần
- dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân tâm thần nội trú

- quản lý trường hợp mục tiêu
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng
- dịch vụ hành vi trị liệu
- chăm sóc nuôi dưỡng trị liệu
- điều phối chăm sóc sức khỏe tăng cường
- dịch vụ tại nhà tăng cường
- tái hòa nhập liên quan đến công lý
- điều trị cộng đồng quyết đoán (ACT)
- điều trị cộng đồng pháp y quyết đoán (FACT)
- chăm sóc chuyên khoa phối hợp (CSC) cho rối loạn tâm thần giai đoạn đầu tiên (FEP)
- dịch vụ câu lạc bộ
- dịch vụ nhân viên y tế cộng đồng (CHW) nâng cao

Các dịch vụ Hệ thống Phân phối Thuốc có Tổ chức (DMC) Medi-Cal có sẵn cho quý vị thông qua cơ quan sức khỏe hành vi của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận các dịch vụ này.

- dịch vụ điều trị đặc biệt cho bệnh nhân ngoại trú
- điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện nội trú dành cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai và sau sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều trị Hỗ trợ bằng Thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- tầm soát, chẩn đoán và điều trị định kỳ sớm (đối với hội viên dưới 21 tuổi)

Dịch vụ Hệ thống Phân phối Thuốc có Tổ chức Medi-Cal bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị đặc biệt cho bệnh nhân ngoại trú
- dịch vụ nằm viện một phần
- thuốc điều trị nghiện (còn được gọi là Điều trị Hỗ trợ bằng Thuốc)
- dịch vụ điều trị nội trú
- dịch vụ cắt cơn nghiện
- chương trình điều trị nghiện ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc sức khỏe
- dịch vụ hỗ trợ đồng đẳng
- dịch vụ can thiệp khủng hoảng lưu động tại cộng đồng
- dịch vụ quản lý dự phòng
- dịch vụ can thiệp sớm (dành cho hội viên dưới 21 tuổi)
- tầm soát, chẩn đoán và điều trị định kỳ sớm (đối với hội viên dưới 21 tuổi)
- dịch vụ điều trị nội trú

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

Nếu quý vị có thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe hành vi, ủy quyền cho các dịch vụ, tầm soát mức độ khuyết tật để xác định các dịch vụ thích hợp, thủ tục giới thiệu hoặc quy trình giải quyết vấn đề, hãy gọi cho đường dây Sức khỏe Hành vi SFHP từ Thứ Hai–Thứ Sáu, 8:00 sáng–8:00 tối theo giờ PST theo số 1(855) 371-8117.

Quý vị cũng có thể gọi cho chương trình sức khỏe tâm thần tại quận của mình. Để tìm tất cả các số điện thoại miễn phí của quận, hãy truy cập http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx.

H. Quyền lợi được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bao trả

Phần này cho quý vị biết các quyền lợi bị loại trừ trong chương trình của chúng tôi. “Bị loại trừ” có nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho những quyền lợi đó. Medicare và Medi-Cal cũng không bao trả cho những dịch vụ đó.

Dưới đây là danh sách mô tả một số dịch vụ và vật dụng không được chúng tôi bao trả trong bất kỳ điều kiện nào và một số chỉ bị loại trừ trong một số trường hợp.

Chúng tôi không thanh toán cho các quyền lợi y tế bị loại trừ được liệt kê trong phần này (hoặc bất kỳ nơi nào khác trong *Sổ tay Hội viên* này) ngoại trừ trong các điều kiện cụ thể như được liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận dịch vụ tại một cơ sở cấp cứu, chương trình sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó. Nếu nghĩ là chương trình của chúng tôi cần bao trả cho một dịch vụ không được bao trả thì quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Để biết thông tin về cách kháng nghị, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.

Ngoài những loại trừ hoặc giới hạn được mô tả trong Bảng Quyền lợi này, chương trình của chúng tôi không bao trả cho các vật dụng và dịch vụ sau:

- các dịch vụ được coi là không “hợp lý và cần thiết về mặt y tế”, theo Medicare và Medi-Cal, trừ khi được liệt kê là các dịch vụ được bao trả
- biện pháp điều trị y tế và phẫu thuật, vật dụng và thuốc thử nghiệm, trừ khi các khoản này được Medicare bao trả, nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc chương trình bảo hiểm của chúng tôi. Xem **Chương 3** trong *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về nghiên cứu lâm sàng. Biện pháp điều trị và các vật dụng thử nghiệm thường không được cộng đồng y tế chấp nhận.
- điều trị phẫu thuật đối với bệnh béo phì, trừ khi cần thiết về mặt y tế và Medicare sẽ bao trả cho những dịch vụ này
- phòng riêng trong bệnh viện, trừ trường hợp cần thiết về mặt y tế
- điều dưỡng cá nhân
- vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi
- chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị
- phí do người thân trực hệ hoặc thành viên trong gia đình của quý vị tính
- bữa ăn được giao đến nhà

- các thủ thuật hoặc dịch vụ nâng cao mang tính chọn lọc hoặc tự nguyện (bao gồm: giảm cân, giúp mọc tóc, cải thiện sức khỏe tình dục, hiệu quả thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống- lão hóa và cải thiện sức khỏe tâm thần), trừ khi cần thiết về mặt y tế
- phẫu thuật thẩm mỹ hoặc thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi điều đó là cần thiết bởi tổn thương do tai nạn hoặc để cải thiện một bộ phận trên cơ thể không có hình dạng bình thường. Tuy nhiên, chúng tôi bao trả cho việc tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú và điều trị vú còn lại cho cân đối.
- chăm sóc nắn bóp cột sống, ngoại trừ thao tác thủ công cột sống theo hướng dẫn bảo hiểm
- chăm sóc bàn chân định kỳ, ngoại trừ được mô tả trong các dịch vụ điều trị Bệnh bàn chân trong Bảng Quyền lợi ở **Phần D**
- giày chỉnh hình, trừ khi giày là một bộ phận của trụ chống chân và được tính vào chi phí của nẹp chân hoặc giày dành cho người bị bệnh bàn chân do tiểu đường
- thiết bị hỗ trợ cho bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu cho người bị bệnh bàn chân do tiểu đường
- rạch giác mạc hình nan hoa, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác
- quy trình phục hồi triệt sản
- dịch vụ trị liệu thuận tự nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)
- các dịch vụ được cung cấp cho cựu chiến binh tại cơ sở Cựu Chiến Binh (VA). Tuy nhiên, khi cựu chiến binh nhận dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA và phần chia sẻ chi phí VA nhiều hơn mức chia sẻ chi phí theo chương trình, thì chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch cho cựu chiến binh đó. Quý vị vẫn phải trả số tiền chia sẻ chi phí của mình.

Chương 5: Nhận thuốc cho bệnh nhân ngoại trú

Giới thiệu

Chương này giải thích các quy tắc để quý vị nhận thuốc ngoại trú. Có các loại thuốc mà bác sĩ kê toa để quý vị lấy từ một tiệm thuốc tây hoặc đặt hàng qua bưu điện. Bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D và Medi-Cal. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Chúng tôi cũng bao trả cho các thuốc sau, mặc dù không được đề cập trong chương này:

- **Thuốc được Medicare Part A bao trả.** Thường bao gồm các thuốc được cung cấp cho quý vị khi ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được Medicare Part B bao trả.** Bao gồm một số loại thuốc hóa trị, một số mũi tiêm thuốc cho quý vị trong khi khám tại phòng mạch bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác và các thuốc được dùng tại phòng mạch thẩm phân lọc máu. Để tìm hiểu thêm về những thuốc Medicare Part B được bao trả, hãy xem Bảng Quyền lợi trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này.
- Ngoài bảo hiểm Medicare Part D và quyền lợi y tế của chương trình, thuốc của quý vị có thể được Original Medicare bao trả nếu đang được chăm sóc cuối đời theo Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5, Phần F3,** "Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận."

Các quy tắc về bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình

Chúng tôi thường bao trả cho các thuốc nếu quý vị tuân thủ các quy tắc trong phần này.

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

Bác sĩ kê toa cho quý vị **không** được nằm trong Danh sách Loại trừ hoặc Ngăn chặn của Medicare hoặc bất kỳ danh sách Medi-Cal tương tự nào.

Thông thường, quý vị phải mua thuốc kê toa của mình tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới. (Xem **Phần A1** để biết thêm thông tin). Hoặc quý vị có thể mua thuốc kê toa bằng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình.

Thuốc kê toa của quý vị phải có trong *Danh mục Thuốc được Bao trả* của chương trình. Chúng tôi gọi tắt là "*Danh mục Thuốc*". (Xem **Phần B** của chương này.)

- Nếu thuốc không có trong *Danh mục Thuốc* thì chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó bằng cách cấp cho quý vị một ngoại lệ.
- Xem **Chương 9: Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**, để tìm hiểu về việc yêu cầu ngoại lệ.
- Xin lưu ý rằng yêu cầu chi trả cho thuốc kê toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn Medicare và Medi-Cal.

Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Có nghĩa là việc sử dụng thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định. Bác sĩ kê toa cho quý vị có thể giúp xác định các tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc được kê toa theo yêu cầu. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng cụ thể một thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được công nhận về an toàn và công hiệu.

Thuốc của quý vị phải được chương trình của chúng tôi phê duyệt dựa trên các tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi bao trả. (Xem **Phần C** trong chương này).

Mục Lục

A. Mua thuốc kê toa 155

A1. Mua thuốc kê toa tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới 155

A2. Sử dụng Thẻ Hội viên của quý vị khi mua thuốc kê toa 155

A3. Cần làm gì nếu quý vị thay đổi tiệm thuốc tây trong mạng lưới của mình 155

A4. Phải làm gì nếu tiệm thuốc tây của quý vị rời khỏi mạng lưới 156

A5. Sử dụng tiệm thuốc tây chuyên khoa 156

A6. Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện để nhận thuốc của quý vị 157

A7. Nhận lượng thuốc dùng lâu dài 159

A8. Sử dụng tiệm thuốc tây không nằm trong mạng lưới chương trình 159

A9. Hoàn lại tiền một toa thuốc cho quý vị 160

B. *Danh mục Thuốc* trong chương trình của chúng tôi 160

B1. Thuốc trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi 160

B2. Tôi có thể tìm một loại thuốc trong *Danh mục Thuốc* bằng cách nào? 161

B3. Các thuốc không có trong *Danh mục thuốc* của chúng tôi 161

B4. Bậc chia sẻ chi phí trong *Danh mục Thuốc* 163

C. Giới hạn đối với một số thuốc 163

D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được bảo hiểm 165

D1. Nhận lượng thuốc dùng tạm thời 166

D2. Yêu cầu lượng thuốc dùng tạm thời 167

E. Thay đổi bảo hiểm cho thuốc của quý vị 168

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt 171

F1. Trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề với thời gian lưu trú mà chương trình của chúng tôi bao trả 171

F2. Trong một cơ sở chăm sóc dài hạn 171

F3. Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận..... 171

G. Chương trình an toàn thuốc và quản lý thuốc..... 172

G1. Các chương trình giúp quý vị dùng thuốc an toàn 172

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc..... 172

G3. Chương trình quản lý thuốc (DMP) giúp hội viên sử dụng thuốc opioid an toàn..... 173

A. Mua thuốc kê toa

A1. Mua thuốc kê toa tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ bao trả cho toa thuốc khi mua tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới của chúng tôi. Tiệm thuốc tây trong mạng lưới là cửa hàng thuốc đồng ý cấp thuốc kê toa cho hội viên của chương trình. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ tiệm thuốc tây nào trong mạng lưới của chúng tôi. (Xem **Phần A8** để biết thông tin về thời điểm chúng tôi bao trả cho các toa thuốc mua tại tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới.)

Để tìm tiệm thuốc tây trong mạng lưới, hãy tham khảo *Danh bạ Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A2. Sử dụng Thẻ Hội viên của quý vị khi mua thuốc kê toa

Để mua thuốc kê toa, **hãy xuất trình Thẻ Hội viên của mình** tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới. Tiệm thuốc tây trong mạng lưới sẽ tính hóa đơn thuốc được bảo hiểm của quý vị cho chúng tôi.

Xin nhớ rằng, quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Xác nhận Quyền lợi (BIC) để sử dụng các thuốc được Medi-Cal Rx bao trả.

Nếu không mang theo Thẻ Hội viên hoặc BIC khi mua thuốc kê toa, thì hãy yêu cầu tiệm thuốc tây gọi cho chúng tôi để lấy thông tin cần thiết hoặc quý vị có thể yêu cầu tiệm thuốc tây tra cứu thông tin tham gia chương trình của quý vị.

Nếu tiệm thuốc tây không lấy được thông tin cần thiết, thì có thể quý vị phải trả toàn bộ chi phí của toa thuốc. Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại tiền cho quý vị. **Nếu quý vị không thể thanh toán tiền thuốc thì hãy liên hệ ngay với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.** Chúng tôi sẽ làm mọi thứ có thể để giúp quý vị.

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại tiền, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này.
- Nếu quý vị cần trợ giúp mua thuốc kê toa, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A3. Cần làm gì nếu quý vị thay đổi tiệm thuốc tây trong mạng lưới của mình

Nếu quý vị thay đổi tiệm thuốc tây và cần bổ sung thuốc kê toa, thì có thể yêu cầu bác sĩ kê toa thuốc mới hoặc yêu cầu tiệm thuốc tây của quý vị chuyển toa thuốc đến tiệm thuốc tây mới nếu có bất kỳ toa thuốc nào còn lại.

Nếu quý vị cần trợ giúp thay đổi tiệm thuốc tây trong mạng lưới, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A4. Phải làm gì nếu tiệm thuốc tây của quý vị rời khỏi mạng lưới

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

Để tìm một tiệm thuốc tây trong mạng lưới mới, hãy tham khảo *Danh bạ Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A5. Sử dụng tiệm thuốc tây chuyên khoa

Đôi khi phải mua thuốc kê toa tại một tiệm thuốc tây chuyên khoa. Các tiệm thuốc tây chuyên khoa bao gồm:

- Tiệm thuốc tây cung cấp thuốc cho liệu pháp truyền dịch tại nhà.
- Tiệm thuốc tây cung cấp thuốc cho cư dân trong cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng.
    - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn có tiệm thuốc riêng. Nếu là cư dân của một cơ sở chăm sóc dài hạn thì chúng tôi đảm bảo quý vị có thể mua các loại thuốc cần thiết tại tiệm thuốc của cơ sở đó.
    - Nếu tiệm thuốc tây tại cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không nằm trong mạng lưới của chúng tôi hoặc quý vị gặp khó khăn khi mua thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.
- Các tiệm thuốc tây Indian Health Care Provider (IHCP). Hội Viên Người Mỹ Da Đỏ và Người Bản Xứ Alaska có quyền sử dụng các tiệm thuốc tây tại một Indian Health Care Provider (IHCP) trong phạm vi họ có một tiệm thuốc tây bán lẻ đã đăng ký. Nếu không phải là người Mỹ Da Đỏ hoặc người bản xứ Alaska thì quý vị vẫn có thể nhận được dịch vụ từ một tiệm thuốc bán lẻ tại IHCP nếu quý vị được chỉ định đến phòng khám hoặc trong trường hợp cấp cứu.
- Tiệm thuốc tây phân phối thuốc bị FDA hạn chế đến một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, điều phối nhà cung cấp hoặc hướng dẫn cách sử dụng thuốc. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra.)
- Để tìm một tiệm thuốc tây chuyên khoa, hãy tham khảo *Danh bạ Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

A6. Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện để nhận thuốc của quý vị

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Nói chung, các thuốc có sẵn thông qua dịch vụ đặt hàng qua bưu điện là những thuốc dùng thường xuyên cho một bệnh mạn tính hoặc lâu dài. Các thuốc **không** có sẵn thông qua dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình được đánh dấu là “NM” trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi.

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình yêu cầu quý vị phải đặt lượng thuốc dùng trong 100 ngày. Lượng thuốc dùng trong 100 ngày có khoản đồng thanh toán bằng lượng thuốc dùng trong một tháng.

Mua thuốc qua đường bưu điện

Để biết thông tin về việc mua thuốc kê toa của quý vị qua thư, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Thông thường, bưu điện sẽ giao thuốc kê toa trong vòng 7-14 ngày. Nếu toa thuốc của quý vị bị trì hoãn, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Quy trình đặt hàng qua bưu điện

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện có các quy trình khác nhau đối với các toa thuốc mới mà họ nhận được từ quý vị, nhận trực tiếp từ văn phòng của bác sĩ và mua lại toa thuốc đặt hàng qua bưu điện của quý vị.

1. **Toa thuốc mới mà tiệm thuốc tây nhận được từ quý vị**

   Tiệm thuốc tây sẽ tự động xử lý và cung cấp các toa thuốc mới mà họ nhận được từ quý vị.

2. **Toa thuốc mới mà tiệm thuốc tây nhận được từ phòng mạch của bác sĩ.**

   Tiệm thuốc tây sẽ tự xử lý và cung cấp các toa thuốc mới mà họ nhận được từ bác sĩ mà không cần kiểm tra trước với quý vị, nếu:

   - Quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện với chương trình của chúng tôi trước đây **hoặc**
   - Quý vị đăng ký tự động giao tất cả các toa thuốc mới mà quý vị nhận được trực tiếp từ bác sĩ. Quý vị có thể yêu cầu giao tự động tất cả các toa thuốc mới ngay bây giờ hoặc bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với tiệm thuốc tây của quý vị. Nếu quý vị gặp khó khăn và cần hỗ trợ, vui lòng liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị theo số điện thoại được liệt kê ở cuối trang này.

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng đặt hàng qua bưu điện và không muốn tiệm thuốc tây tự động mua và vận chuyển từng toa thuốc mới, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc quản lý chăm sóc của quý vị.

Nếu chưa sử dụng dịch vụ giao hàng qua bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng mua thuốc tự động theo toa mới, thì tiệm thuốc tây sẽ liên hệ với quý vị mỗi khi nhận được toa thuốc mới từ bác sĩ để xem quý vị có muốn mua thuốc và giao ngay lập tức hay không.

- Việc này sẽ đảm bảo tiệm thuốc tây đang cung cấp đúng loại thuốc (bao gồm nồng độ, số lượng và hình thức) và nếu cần thì cho phép quý vị hủy hoặc trì hoãn đơn đặt hàng trước khi giao thuốc.
- Hãy trả lời mỗi khi tiệm thuốc tây liên hệ với quý vị, để cho họ biết phải làm gì với toa thuốc mới và để tránh bị chậm trễ trong việc vận chuyển.

Để chọn không tham gia giao hàng tự động các toa thuốc mới mà quý vị nhận trực tiếp từ phòng mạch của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

3. Mua lại toa thuốc đặt hàng qua bưu điện

Để mua lại thuốc, quý vị có thể chọn đăng ký chương trình mua lại thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi bắt đầu tự động xử lý lần mua lại thuốc tiếp theo khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy là quý vị sắp hết thuốc.

- Tiệm thuốc tây sẽ liên hệ với quý vị trước mỗi lần cấp lại thuốc để đảm bảo quý vị có thêm thuốc và quý vị có thể hủy việc mua lại thuốc theo lịch trình nếu đã có đủ thuốc hoặc thay đổi thuốc.
- Nếu chọn không sử dụng chương trình tự động mua lại thuốc của chúng tôi, thì hãy liên hệ với tiệm thuốc tây 14 ngày trước khi hết toa thuốc hiện tại của quý vị để đảm bảo đơn hàng tiếp theo được giao cho quý vị kịp thời.

Để chọn không tham gia chương trình tự động chuẩn bị nạp thêm thuốc đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Hãy cho tiệm thuốc tây biết những cách tốt nhất để liên hệ với quý vị để họ có thể liên hệ xác nhận đơn đặt hàng trước khi giao. Để cung cấp các lựa chọn liên lạc của quý vị, hãy liên hệ với Bộ phận Trợ giúp Tiệm thuốc tây của SFHP Care Plus theo số 1(877) 391-9293 (TTY: 711), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

A7. Nhận lượng thuốc dùng lâu dài

Quý vị có thể được cung cấp lượng thuốc duy trì dài hạn trong *Danh mục Thuốc* của chương trình. Thuốc duy trì là thuốc dùng thường xuyên, cho bệnh mạn tính hoặc lâu dài.

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua bưu điện trong mạng lưới của chương trình để nhận được lượng thuốc duy trì lâu dài. Xem **Phần A6: Sử dụng dịch vụ đặt thuốc qua đường bưu điện để nhận thuốc của quý vị** để tìm hiểu về dịch vụ đặt hàng qua bưu điện.

A8. Sử dụng tiệm thuốc tây không nằm trong mạng lưới chương trình

Nói chung, chúng tôi chỉ thanh toán cho các thuốc mua ở tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng tiệm thuốc tây trong mạng lưới. Chúng tôi có các tiệm thuốc tây trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của mình để hội viên của chương trình có thể mua thuốc kê toa. Trong những trường hợp này, hãy kiểm tra trước với người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để tìm hiểu xem có tiệm thuốc tây trong mạng lưới gần đó hay không.

Chúng tôi thanh toán cho các toa thuốc mua tại tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau:

- Quý vị không thể nhận thuốc kê toa được bao trả kịp thời trong khu vực dịch vụ của chúng tôi vì không có tiệm thuốc tây trong mạng lưới hoặc không hoạt động. (Ví dụ: không có tiệm thuốc tây trong mạng lưới hoạt động 24 giờ trong khoảng cách lái xe hợp lý.)
- Quý vị đang mua một thuốc kê toa được bao trả nhưng không thường xuyên được dự trữ tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới dễ tiếp cận. (Ví dụ: một thuốc chuyên khoa.) Quý vị đang đi ra ngoài khu vực dịch vụ (trong phạm vi Hoa Kỳ) và hết thuốc hoặc nếu quý vị bị mất thuốc hoặc bị bệnh và không thể đến tiệm thuốc tây trong mạng lưới.
- Thuốc kê toa dành cho trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp, khi không có tiệm thuốc tây trong mạng lưới.
- Quý vị đang mua thuốc kê toa trong một thảm họa liên bang được tuyên bố hoặc tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng, mà quý vị phải sơ tán hoặc rời khỏi nhà của mình và không thể tiếp cận tiệm thuốc tây trong mạng lưới.

A9. Hoàn lại tiền một toa thuốc cho quý vị

Nếu phải sử dụng tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới thì quý vị thường phải thanh toán toàn bộ chi phí thay vì đồng thanh toán khi nhận thuốc. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.

Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc vốn có thể được Medi-Cal Rx bao trả thì quý vị có thể được tiệm thuốc tây hoàn lại tiền sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho toa thuốc đó. Hoặc quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx hoàn lại tiền cho quý vị bằng cách gửi yêu cầu "Hoàn trả Chi phí Tự trả Medi-Cal (Conlan)". Có thể tìm thêm thông tin trên trang web của Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home.

Để tìm hiểu thêm về các tiệm thuốc tây đặt hàng qua bưu điện, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này.

B. *Danh mục Thuốc* trong chương trình của chúng tôi

Chúng tôi có *Danh mục Thuốc được Bao trả.* Chúng tôi gọi tắt là *"Danh mục Thuốc"*.

Chúng tôi lựa chọn các thuốc trong *Danh mục Thuốc* với sự giúp đỡ của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. *Danh mục Thuốc* cũng cho biết các quy tắc mà quý vị cần tuân thủ để nhận được thuốc.

Chúng tôi thường bao trả cho thuốc trong *Danh mục Thuốc* của chương trình nếu quý vị tuân thủ các quy tắc mà chúng tôi giải thích trong chương này.

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

Danh mục Thuốc của chúng tôi bao gồm các thuốc được bao trả theo Medicare Part D.

Hầu hết các thuốc quý vị nhận được từ tiệm thuốc tây đều được chương trình của quý vị bao trả. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm Chăm sóc Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 1-800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Xác nhận Quyền lợi Medi-Cal (BIC) khi nhận toa thuốc qua Medi-Cal Rx.

Danh mục Thuốc của chúng tôi có bao gồm thuốc biệt dược, thuốc phổ thông và sản phẩm sinh học (có thể bao gồm thuốc tương tự sinh học).

Thuốc biệt dược là thuốc được bán với tên đã đăng ký nhãn hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Sinh phẩm là loại thuốc phức tạp hơn các loại thuốc thông thường. Trong *Danh mục Thuốc*, khi đề cập đến thuốc thì có thể hiểu là một thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Các thuốc phổ thông nhưng sử dụng cùng các thành phần hoạt tính giống như thuốc biệt dược. Các sản phẩm sinh học có các lựa chọn thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Nói chung, thuốc phổ thông và thuốc sinh học tương tự có hiệu quả như thuốc biệt dược hoặc các sản phẩm sinh học gốc và thường có chi phí thấp hơn. Có các chất thay thế thuốc phổ thông có sẵn cho nhiều loại thuốc biệt dược và các lựa chọn thay thế sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi cho nhau và tùy thuộc vào luật pháp tiểu bang để có thể thay thế cho sinh phẩm gốc tại tiệm thuốc tây mà không cần toa thuốc mới, giống như thuốc phổ thông có thể thay thế cho thuốc biệt dược.

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

B2. Tôi có thể tìm một loại thuốc trong *Danh mục Thuốc* bằng cách nào?

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

- Truy cập vào trang web của chương trình tại địa chỉ sfhp.org/careplus-members. *Danh mục Thuốc* trên trang web của chúng tôi luôn là danh sách mới nhất.
- Gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để tìm hiểu xem một thuốc có nằm trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi hay không hoặc yêu cầu một danh sách.
- Các loại thuốc không được Part D bao trả có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.
- Sử dụng "Công cụ Quyền lợi theo Thời gian thực" của chúng tôi tại sfhp.org/careplus-members để tìm kiếm các thuốc trong *Danh mục Thuốc* để ước tính số tiền quý vị phải trả và xem có các loại thuốc thay thế trong *Danh mục Thuốc* có thể điều trị bệnh tương tự hay không. Quý vị có thể gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để biết thêm thông tin.

B3. Các thuốc không có trong *Danh mục thuốc* của chúng tôi

Chúng tôi không bao trả cho tất cả các loại thuốc.

- Một số thuốc không có trong *Danh mục thuốc* của chúng tôi vì luật pháp không cho phép chúng tôi bao trả cho những loại thuốc đó.
- Trong các trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một loại thuốc vào *Danh mục Thuốc* của mình.

- Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được một loại thuốc không có trong Danh mục Thuốc của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy xem **Chương 9.**

Chương trình của chúng tôi không chi trả cho các thuốc được mô tả trong phần này. Đó được gọi là **thuốc bị loại trừ.** Nếu nhận được đơn thuốc bị loại trừ thì có thể quý vị phải tự trả tiền. Nếu nghĩ rằng chúng tôi phải trả tiền cho một loại thuốc bị loại trừ trong trường hợp của quý vị, thì quý vị có thể kháng nghị. Xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về kháng nghị.

Dưới đây là ba quy tắc chung cho các thuốc loại trừ:

1. Bảo hiểm thuốc cho bệnh nhân ngoại trú của chương trình (bao gồm Medicare Part D) không thể thanh toán cho một loại thuốc mà Medicare Part A hoặc Medicare Part B đã bao trả. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các thuốc được Medicare Part A hoặc Medicare Part B bao trả, nhưng những thuốc này không được coi là quyền lợi thuốc ngoại trú của quý vị.
2. Chương trình của chúng tôi không thể chi trả cho thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
3. Việc sử dụng thuốc phải được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định là phương pháp điều trị cho bệnh của quý vị. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể kê toa một thuốc cụ thể để điều trị bệnh của quý vị, mặc dù thuốc đó không được chấp thuận để điều trị bệnh này. Đây được gọi là “kê toa ngoại lệ”. Chương trình của chúng tôi thường không chi trả cho các thuốc kê toa ngoại lệ (kê toa không theo hướng dẫn trên nhãn).

Theo luật thì các thuốc được liệt kê dưới đây không được Medi-Cal bao trả.

- Thuốc tăng tỉ lệ thụ tinh
- Thuốc giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh*
- Thuốc dành cho mục đích thẩm mỹ hoặc để tăng khả năng mọc tóc
- Vitamin kê toa và các sản phẩm khoáng, ngoại trừ vitamin tiền sinh và các chế phẩm có florua*
- Các thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn tình dục hoặc cương dương
- Thuốc dùng để điều trị chán ăn, giảm cân hoặc tăng cân*
- Thuốc ngoại trú được sản xuất bởi một công ty yêu cầu chỉ họ mới được thực hiện xét nghiệm hoặc dịch vụ

*Một số sản phẩm có thể được Medi-Cal bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web của Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.

B4. Bậc chia sẻ chi phí trong *Danh mục Thuốc*

Mỗi loại thuốc trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi đều thuộc một trong sáu (6) bậc. Bậc là một nhóm thuốc thường cùng loại (ví dụ: thuốc biệt dược, thuốc phổ thông hoặc thuốc không kê toa).

- Thuốc Bậc 1 là thuốc phổ thông ưu tiên.
- Thuốc Bậc 2 là thuốc phổ thông.
- Thuốc Bậc 3 là thuốc biệt dược ưu tiên.
- Thuốc Bậc 4 là thuốc biệt dược.
- Thuốc bậc 5 là thuốc đặc trị.
- Thuốc bậc 6 là thuốc phổ thông được ưu tiên giúp kiểm soát các bệnh mạn tính cụ thể.

Để biết thuốc của mình thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tìm thuốc trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi.

Chương 6 của *Sổ tay Hội viên* này cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc ở mỗi bậc.

C. Giới hạn đối với một số thuốc

Có các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi chi trả cho một số loại thuốc. Nói chung, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị mua một loại thuốc phù hợp với tình trạng sức khỏe của mình và an toàn và hiệu quả. Khi có một loại thuốc an toàn, chi phí thấp hơn nhưng hiệu quả như một loại thuốc có chi phí cao hơn, thì chúng tôi muốn bác sĩ của quý vị sẽ kê toa thuốc có chi phí thấp hơn.

Lưu ý rằng đôi khi một thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong Danh mục Thuốc của chúng tôi. Đây có thể là do cùng một loại thuốc nhưng khác nhau dựa trên độ mạnh, số lượng hoặc dạng thuốc do bác sĩ của quý vị kê toa và các hạn chế khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một liều mỗi ngày so với hai liều mỗi ngày; viên nén so với dạng lỏng.)

Nếu có quy tắc đặc biệt cho thuốc của quý vị thì đó thường có nghĩa là quý vị hoặc bác sĩ phải thực hiện các bước bổ sung để chúng tôi chi trả cho thuốc đó. Ví dụ: bác sĩ phải cho chúng tôi biết trước chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp kết quả xét nghiệm máu. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của mình cho rằng không nên áp dụng quy tắc của chúng tôi cho trường hợp của quý vị, thì hãy yêu cầu chúng tôi sử dụng quy trình

quyết định bảo hiểm để đưa ra ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý cho sử dụng thuốc mà không cần thực hiện các bước bổ sung.

Để tìm hiểu thêm về yêu cầu ngoại lệ, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.

1. **Hạn chế sử dụng thuốc biệt dược hoặc các sản phẩm sinh học gốc khi có phiên bản sinh học phổ thông tương tự hoặc có thể hoán đổi**

   Nói chung, thuốc phổ thông hoặc thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi đều hoạt động giống như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có chi phí thấp hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có sẵn phiên bản sinh học phổ thông tương tự hoặc có thể hoán đổi của thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc, thì tiệm thuốc tây trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp phiên bản sinh học phổ thông tương tự hoặc có thể hoán đổi cho quý vị.

   - Chúng tôi thường không chi trả cho thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc khi có sẵn phiên bản phổ thông.
   - Tuy nhiên, nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc sinh học phổ thông tương tự hoặc có thể hoán đổi là không phù hợp với quý vị ***hoặc*** ghi rõ là "Không thay thế" trên toa thuốc cho một sản phẩm có thương hiệu *hoặc sản phẩm sinh học gốc* ***hoặc*** cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc phổ thông, thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi hoặc các loại thuốc được bảo hiểm khác điều trị cùng bệnh sẽ không hiệu quả với quý vị thì chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc biệt dược.

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

   Một số loại thuốc yêu cầu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi mua. Đây được gọi là ủy quyền trước. Điều này là để đảm bảo an toàn cho thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng thích hợp một số loại thuốc. Nếu quý vị không được chấp thuận thì chúng tôi có thể không bao trả cho thuốc đó. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng theo số ở cuối trang hoặc trên trang web của chúng tôi tại sfhp.org/for-members/care-plus/benefits/pharmacy-services để biết thêm thông tin về ủy quyền trước.

3. **Dùng trước một loại thuốc khác**

   Nói chung, chúng tôi muốn quý vị dùng các loại thuốc chi phí thấp hơn nhưng có cùng hiệu quả trước khi chúng tôi chi trả cho các thuốc có chi phí cao hơn. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B cùng điều trị cho một bệnh và Thuốc A có giá thấp hơn Thuốc B, thì chúng tôi có thể yêu cầu quý vị dùng Thuốc A trước.

Nếu Thuốc A **không** hiệu quả với quý vị thì chúng tôi sẽ bao trả cho Thuốc B. Đây được gọi là liệu pháp từng bước. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang hoặc trên trang web của chúng tôi tại sfhp.org/for-members/care-plus/benefits/pharmacy-services để biết thêm thông tin về liệu pháp từng bước.

4. Giới hạn số lượng

Chúng tôi giới hạn số lượng với một số loại thuốc mà quý vị có thể nhận. Đây được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: nếu chỉ uống một loại viên thuốc cụ thể mỗi ngày thường được coi là an toàn, thì chúng tôi có thể giới hạn lượng thuốc mà quý vị có thể nhận mỗi khi mua thuốc kê toa.

Để tìm hiểu xem có bất kỳ quy tắc nào ở trên áp dụng cho thuốc mà quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy xem *Danh mục Thuốc* của chúng tôi. Để biết thông tin cập nhật nhất, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc kiểm tra trang web của chúng tôi theo sfhp.org/careplus-members. Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào ở trên, thì quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Vui lòng xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên này.*

D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được bảo hiểm

Chúng tôi cố gắng để quý vị sử dụng hiệu quả bảo hiểm thuốc của mình, nhưng đôi khi một thuốc có thể không được bao trả theo cách quý vị muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không bao trả cho loại thuốc mà quý vị muốn dùng. Thuốc có thể không có trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể bao trả cho phiên bản phổ thông của thuốc nhưng không bao trả phiên bản thuốc biệt dược mà quý vị muốn dùng. Một thuốc mới và chúng tôi chưa xem xét độ an toàn và hiệu quả của thuốc.
- Chương trình của chúng tôi bao trả cho thuốc, nhưng có các quy tắc hoặc giới hạn đặc biệt về bảo hiểm. Như đã giải thích ở phần trên, **C. Giới hạn đối với một số loại thuốc,** một số loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả có quy tắc giới hạn việc sử dụng chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc bác sĩ kê toa có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng quy tắc ngoại lệ.

Nếu chúng tôi không bao trả cho thuốc theo cách quý vị mong muốn thì có một số việc cần làm.

D1. Nhận lượng thuốc dùng tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp một lượng thuốc tạm thời cho quý vị khi thuốc đó không có trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một hình thức nào đó. Đây là cách để quý vị có thời gian thảo luận với bác sĩ của mình về việc mua một loại thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi bao trả cho thuốc đó.

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

1. Thuốc quý vị đang dùng:
    - không còn trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
    - không có trong *Danh mục Thuốc* **hoặc**
    - hiện đang bị hạn chế theo hình thức nào đó.
2. Quý vị phải thuộc các tình huống sau:
    - Quý vị đã tham gia chương trình bảo hiểm của chúng tôi vào năm ngoái.
        - Chúng tôi bao trả cho lượng thuốc dùng tạm thời **trong 90 ngày đầu tiên của năm dương lịch.**
        - Lượng thuốc dùng tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
        - Nếu quý vị được kê toa thuốc cho một vài ngày thì chúng tôi sẽ cho phép cấp thuốc nhiều lần, lên tới tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua thuốc tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới.
        - Các tiệm thuốc tây chăm sóc dài hạn có thể cung cấp nhiều lượng thuốc nhỏ tại một thời điểm để tránh lãng phí.
    - Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
        - Chúng tôi bao trả cho lượng thuốc dùng tạm thời **trong 90 ngày đầu tiên quý vị tham gia chương trình.**
        - Lượng thuốc dùng tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
        - Nếu quý vị được kê toa thuốc cho một vài ngày thì chúng tôi sẽ cho phép cấp thuốc nhiều lần, lên tới tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua thuốc tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới.
        - Các tiệm thuốc tây chăm sóc dài hạn có thể cung cấp nhiều lượng thuốc nhỏ tại một thời điểm để tránh lãng phí.

- Nếu quý vị đã tham gia chương trình hơn 90 ngày, sống ở một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần thuốc ngay lập tức.
    - Chúng tôi bao trả cho lượng thuốc dùng trong 31 ngày trở xuống nếu quý vị được kê toa thuốc ít ngày hơn. Đây là thuốc bổ sung cho lượng thuốc dùng tạm thời ở trên.
- Nếu là hội viên hiện tại chuyển từ cơ sở điều trị này sang cơ sở điều trị khác, thì đây được gọi là Thay đổi Mức độ Chăm sóc. Một số ví dụ bao gồm:
    - Vào cơ sở chăm sóc dài hạn từ bệnh viện chăm sóc cấp tính
    - Xuất viện về nhà
    - Kết thúc thời gian lưu trú chăm sóc điều dưỡng chuyên môn Phần A với việc chuyển sang bảo hiểm Phần D
    - Từ bỏ tình trạng chăm sóc cuối đời để trở lại các quyền lợi tiêu chuẩn Phần A và Phần B
    - Kết thúc thời gian lưu lại cơ sở chăm sóc dài hạn và trở về cộng đồng
    - Xuất viện từ bệnh viện tâm thần
- Nếu quý vị có Thay đổi về Mức độ Chăm sóc, đối với mỗi loại thuốc không có trong Danh mục Thuốc hoặc nếu khả năng nhận thuốc của quý vị bị hạn chế, thì chúng tôi sẽ bao trả cho lượng thuốc tạm thời trong 30 ngày khi quý vị nhận thuốc tại tiệm thuốc trong mạng lưới. Sau đợt cấp thuốc 30 ngày đầu tiên của quý vị, chúng tôi sẽ không thanh toán cho những loại thuốc này. Trong những trường hợp này, quý vị có hai tùy chọn:
    - Hãy hỏi Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus về danh mục các thuốc giống như loại mà quý vị muốn dùng. Sau đó đưa danh mục này cho bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác. Họ có thể kê một thuốc trong Danh mục Thuốc giống như loại thuốc mà quý vị muốn dùng **hoặc**
    - Quý vị có thể yêu cầu SFHP Care Plus áp dụng trường hợp ngoại lệ để bao trả cho thuốc của quý vị. Vui lòng xem **Phần D3** để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

D2. Yêu cầu lượng thuốc dùng tạm thời

Để yêu cầu cung cấp thuốc tạm thời, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

Khi quý vị nhận thuốc dùng tạm thời, hãy trao đổi với bác sĩ của mình càng sớm càng tốt để biết phải làm gì khi hết thuốc. Dưới đây là các lựa chọn cho quý vị:

- Đổi sang một thuốc khác.

  Chương trình của chúng tôi có thể chi trả cho một loại thuốc khác phù hợp với quý vị. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để yêu cầu danh sách các loại thuốc điều trị cùng một bệnh mà chúng tôi bao trả. Danh sách này có thể giúp bác sĩ tìm một thuốc được bao trả có thể phù hợp với quý vị.

  HOẶC

- Yêu cầu ngoại lệ.

Quý vị và bác sĩ có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho một thuốc không có trong *Danh mục Thuốc* hoặc yêu cầu bao trả cho thuốc đó không giới hạn. Nếu bác sĩ có lý do y tế chính đáng cho một trường hợp ngoại lệ, thì họ có thể giúp quý vị yêu cầu.

E. Thay đổi bảo hiểm cho thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc là vào ngày 1 tháng Một, nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc loại bỏ các thuốc trong *Danh mục Thuốc* trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy định về thuốc. Ví dụ: chúng tôi có thể:

- Quyết định có yêu cầu hoặc không yêu cầu chấp thuận trước đối với một loại thuốc (chúng tôi cho phép trước khi quý vị có thể mua thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế về liệu pháp từng bước đối với một thuốc (quý vị phải dùng một thuốc trước khi chúng tôi bao trả cho một loại thuốc khác).
- Thay thế sản phẩm sinh học gốc bằng một phiên bản sinh học tương tự có thể hoán đổi của sản phẩm sinh học đó.

Chúng tôi phải tuân thủ các yêu cầu của Medicare trước khi thay đổi *Danh mục Thuốc của chương trình.* Để biết thêm thông tin về các quy tắc với những thuốc này, hãy xem **Phần C.**

Khi có thay đổi, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc đã được bao trả vào **đầu** năm, thì thông thường chúng tôi sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi phạm vi bao trả cho loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ khi:

- một loại thuốc mới, rẻ hơn có trên thị trường có tác dụng tương tự loại thuốc hiện có trong *Danh mục Thuốc* **hoặc**
- Chúng tôi biết thuốc đó không an toàn **hoặc**
- một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

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

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

- Kiểm tra *Danh mục Thuốc* trực tuyến hiện hành của chúng tôi tại sfhp.org/careplus-members **hoặc**
- Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang để kiểm tra *Danh mục Thuốc* hiện hành của chúng tôi.

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

Một số thay đổi đối với *Danh mục Thuốc* sẽ có hiệu lực ngay lập tức. Ví dụ:

Đã có một loại thuốc phổ thông mới. Đôi khi, có loại phổ thông hoặc thuốc sinh học tương tự mới trên thị trường có tác dụng tốt như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc trong *Danh mục Thuốc* hiện tại. Trong trường hợp đó, chúng tôi có thể bỏ thuốc biệt dược và thêm thuốc phổ thông mới vào, nhưng chi phí của quý vị cho thuốc mới sẽ giữ nguyên hoặc thấp hơn. Khi thêm thuốc phổ thông mới vào thì chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc biệt dược trong danh sách nhưng thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm cho thuốc đó.

- Có thể chúng tôi không thông báo trước cho quý vị khi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin cụ thể về thay đổi mà chúng tôi đã thực hiện.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu xét "ngoại lệ" với những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi thông báo các bước để quý vị có thể yêu cầu xét ngoại lệ. Xem **Chương 9** của Sổ tay này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

Loại bỏ các thuốc không an toàn và các thuốc khác khỏi thị trường. Đôi khi một thuốc có thể được phát hiện là không an toàn hoặc bị đưa ra khỏi thị trường vì một lý do khác. Trong trường hợp này, chúng tôi có thể đưa thuốc đó ra khỏi *Danh mục Thuốc* ngay lập tức. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó thì chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị

sau khi thực hiện thay đổi. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị và bác sĩ kê toa cho quý vị một thông báo sau khi thực hiện thay đổi. Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác để tìm một loại thuốc khác cho tình trạng của mình. Vui lòng liên hệ với bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác nếu quý vị cần trợ giúp tìm loại thuốc khác. Quý vị có thể liên hệ Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc để biết thêm thông tin.

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

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới cho một loại thuốc.

Khi có những thay đổi này, chúng tôi sẽ:

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

Nhờ đó, quý vị sẽ có thời gian để thảo luận với bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem:

- Nếu có một loại thuốc tương tự trong *Danh mục Thuốc* mà quý vị có thể dùng để thay thế **hoặc**
- Liệu quý vị có nên yêu cầu ngoại lệ từ những thay đổi này để tiếp tục bao trả thuốc hoặc phiên bản thuốc quý vị đang dùng. Để tìm hiểu thêm về yêu cầu ngoại lệ, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.

Những thay đổi đối với *Danh mục Thuốc* không ảnh hưởng đến quý vị trong năm của chương trình này

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với các thuốc mà quý vị đang dùng không được mô tả ở trên và không ảnh hưởng đến quý vị tại lúc này. Khi có thay đổi, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc đã được bao trả vào **đầu** năm, thì thông thường chúng tôi sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi phạm vi bao trả cho loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm.**

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

Nếu bất kỳ thay đổi nào đối với một thuốc mà quý vị đang dùng (ngoại trừ những thay đổi được nêu trong phần trên), thì sự thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị sử dụng thuốc cho đến ngày 1 tháng Một của năm sau.

Chúng tôi sẽ không trực tiếp cho quý vị biết những thay đổi như trên trong năm hiện tại. Quý vị sẽ cần kiểm tra *Danh mục Thuốc* cho năm chương trình tiếp theo (khi có sẵn danh sách trong thời gian tiếp nhận đăng ký) để xem có bất kỳ thay đổi ảnh hưởng đến quý vị trong năm tiếp theo của chương trình hay không.

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề với thời gian lưu trú mà chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu quý vị nhập viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề để lưu trú theo chương trình thì chúng tôi thường chi trả chi phí thuốc cho quý vị trong thời gian lưu trú. Quý vị sẽ không phải trả khoản đồng thanh toán. Khi quý vị rời bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề thì chúng tôi sẽ chi trả cho thuốc của quý vị miễn là thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi.

F2. Trong một cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng, sẽ có tiệm thuốc tây riêng hoặc tiệm thuốc cung cấp thuốc cho tất cả cư dân của họ. Nếu sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn thì quý vị có thể mua thuốc của mình qua tiệm thuốc tây của cơ sở đó nếu họ tham gia mạng lưới của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* để tìm hiểu xem tiệm thuốc tây của cơ sở chăm sóc dài hạn đó có tham gia mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin thì hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

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

Thuốc sẽ không được chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng một lúc.

- Quý vị có thể đã đăng ký vào dịch vụ chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một số loại thuốc cụ thể (ví dụ: thuốc giảm đau, thuốc chống nôn, thuốc nhuận tràng hoặc thuốc trầm cảm) mà dịch vụ chăm sóc cuối đời không bao trả vì không liên quan đến tiên lượng và tình trạng giai đoạn cuối của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ bác sĩ kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị cho biết là thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó.

- Để tránh bị chậm trễ trong việc mua bất kỳ loại thuốc nào không liên quan mà chương trình của chúng tôi sẽ bao trả, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ kê toa phải thông báo cho chúng tôi biết là thuốc không liên quan trước khi quý vị yêu cầu tiệm thuốc tây cấp thuốc kê toa cho quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời thì chương trình của chúng tôi sẽ bao trả tất cả các thuốc cho quý vị. Để tránh bị chậm trễ tại tiệm thuốc tây khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị kết thúc, hãy mang giấy tờ đến tiệm thuốc tây để xác minh là quý vị đã rời khỏi dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Xem các phần trước của chương này về các loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả. Xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời.

G. Chương trình an toàn thuốc và quản lý thuốc

G1. Các chương trình giúp quý vị dùng thuốc an toàn

Mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa, chúng tôi sẽ theo dõi các vấn đề có thể xảy ra, chẳng hạn như lỗi thuốc hoặc các thuốc:

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

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

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc

Chúng tôi có một chương trình để giúp hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Trong những trường hợp như vậy, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn phí thông qua chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp đảm bảo thuốc đang có tác dụng cải thiện sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình thì dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ đánh giá toàn bộ các thuốc của quý vị và thảo luận với quý vị về:

- Làm thế nào để nhận được nhiều lợi ích nhất từ các thuốc mà quý vị dùng
- mọi quan ngại của quý vị, như chi phí thuốc và phản ứng thuốc
- cách tốt nhất để quý vị dùng thuốc
- mọi thắc mắc hoặc vấn đề của quý vị về thuốc kê toa và thuốc không kê toa

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- Một văn bản bản tóm tắt cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt có một kế hoạch hành động về thuốc và khuyến cáo những gì quý vị có thể làm để sử dụng thuốc hiệu quả nhất.
- Danh mục thuốc cá nhân bao gồm tất cả các thuốc quý vị đang dùng, lượng dùng, thời gian dùng và lý do phải dùng thuốc.
- Thông tin về thải bỏ an toàn các loại thuốc kê toa là các chất được kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với bác sĩ kê toa về kế hoạch hành động và danh mục thuốc của mình.

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

Các chương trình MTM là tự nguyện và miễn phí cho hội viên đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị thì chúng tôi sẽ đăng ký quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin cho quý vị. Nếu không muốn tham gia chương trình đó thì hãy cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, vui lòng liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc.

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

Chúng tôi có một chương trình giúp đảm bảo cho hội viên sử dụng opioid theo toa và các loại thuốc thường 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 theo toa của bác sĩ hoặc tiệm thuốc tây hoặc nếu đã dùng quá liều opioid gần đây, thì chúng tôi có thể thảo luận với bác sĩ kê toa để đảm bảo việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với bác sĩ kê toa, nếu chúng tôi quyết định việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc benzodiazepine theo toa có

thể không an toàn, thì chúng tôi có thể hạn chế cách quý vị có thể nhận những loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị DMP thì các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị lấy tất cả các toa thuốc đó từ một (các) tiệm thuốc tây cụ thể
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ một (các) bác sĩ kê toa cụ thể
- Hạn chế số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi có kế hoạch hạn chế cách quý vị nhận những loại thuốc này hoặc số lượng có thể nhận thì chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư này sẽ cho biết liệu chúng tôi có giới hạn bảo hiểm cho các loại thuốc này đối với quý vị không hay quý vị phải nhận những loại thuốc này từ một nhà cung cấp hoặc tiệm thuốc tây cụ thể.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết là muốn sử dụng bác sĩ kê toa hoặc tiệm thuốc tây nào và mọi thông tin mà quý vị cho là quan trọng cần chúng tôi biết. Sau khi quý vị có cơ hội trả lời, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm của quý vị đối với các loại thuốc này, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận các giới hạn.

Nếu cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, quý vị không đồng ý với quyết định hoặc giới hạn của chúng tôi, quý vị và bác sĩ kê toa của quý vị có thể khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục phủ nhận bất kỳ phần nào trong khiếu nại của quý vị liên quan đến các giới hạn áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Tổ chức Thẩm định Độc lập (IRO). (Để tìm hiểu thêm về các tiệm thuốc tây đặt hàng qua bưu điện, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.)

Có thể sẽ không áp dụng DMP nếu quý vị:

- có những bệnh cụ thể như ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm,
- đang được chăm sóc cuối đời, chăm sóc an ủi hoặc chăm sóc giai đoạn cuối **hoặc**
- sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chương 6: Những khoản quý vị phải trả cho các loại thuốc Medicare và Medi-Cal

Giới thiệu

Chương này cho biết những gì quý vị phải trả cho thuốc ngoại trú của mình. “Thuốc” có nghĩa là:

- Thuốc thuộc Medicare Part D, **và**
- Thuốc và vật dụng được bao trả theo Medi-Cal Rx

Vì đủ điều kiện nhận Medi-Cal, quý vị sẽ được hưởng Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để giúp thanh toán cho các thuốc Medicare Part D.

> **Trợ giúp Bổ sung** là một chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Part D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng thanh toán. Trợ giúp Bổ sung còn được gọi là “Trợ cấp Thu nhập Thấp” hoặc “LIS”.

Các thuật ngữ và định nghĩa quan trọng được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

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

- *Danh mục Thuốc được Bao trả*.
    - Chúng tôi còn gọi là “*Danh mục thuốc*”. Trong đó cho biết:
        - chúng tôi chi trả cho những loại thuốc nào
        - mỗi loại thuốc thuộc bậc nào trong 6 bậc
        - nếu có giới hạn nào đối với thuốc
    - Nếu quý vị cần bản *Danh mục Thuốc* của chúng tôi, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus. Quý vị cũng có thể tìm thấy *Danh mục Thuốc* mới nhất trên trang web của chúng tôi tại sfhp.org/careplus-members.
    - Hầu hết các thuốc quý vị nhận được từ tiệm thuốc tây đều được SFHP Care Plus bao trả. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một

số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Medi-Cal Rx Customer Service Center theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Xác Nhận Quyền Lợi Medi-Cal (BIC) khi nhận thuốc kê toa qua Medi-Cal Rx.

- **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này.
  - Giải thích cách nhận thuốc ngoại trú của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Chương này có bao gồm các quy tắc mà quý vị cần tuân thủ. Trong đây cũng cho biết những loại thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bao trả.
  - Khi quý vị sử dụng "Công cụ Quyền lợi theo Thời gian thực" của chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (xem **Chương 5**, **Phần B2**), thì chi phí được hiển thị là ước tính chi phí tự trả dự kiến quý vị phải trả. Quý vị có thể gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để biết thêm thông tin.
- *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây*.
  - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nhận thuốc được bảo hiểm tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới. Tiệm thuốc tây trong mạng lưới là các tiệm thuốc đồng ý làm việc với chúng tôi.
  - *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* có liệt kê các Tiệm thuốc tây trong mạng lưới của chúng tôi. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về các tiệm thuốc tây trong mạng lưới.

Mục Lục

A. *Giải thích về Quyền lợi* (EOB) 178

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị 179

B1. Nếu quý vị thấy có sai sót trong bản tóm tắt này thì sao? 180

B2. Xử lý gian lận có thể xảy ra như thế nào? 180

C. Quý vị không phải thanh toán cho việc cung cấp thuốc trong một tháng hoặc dài hạn 181

C1. Chương trình của chúng tôi có 6 cấp độ chia sẻ chi phí 181

C2. Lựa chọn tiệm thuốc tây của quý vị 181

C3. Nhận được lượng thuốc dùng lâu dài 181

C4. Số tiền Quý vị phải trả 182

D. Phần quý vị thanh toán cho vắc xin Phần D 184

D1. Những điều cần biết trước khi tiêm vắc xin 184

A. *Giải thích về Quyền lợi* (EOB)

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

- **Chi phí tự trả của Quý vị.** Đây là số tiền quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho các toa thuốc của quý vị. Khoản thanh toán này bao gồm những khoản quý vị đã thanh toán khi nhận thuốc Part D được bao trả, 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 cho thuốc của quý vị bằng Trợ giúp Bổ sung từ Medicare, chương trình sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch vụ Y tế dành cho Người Mỹ Da Đỏ, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang (SPAP).
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là tổng tất cả các khoản thanh toán được thực hiện cho các thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Bao gồm cả các khoản mà chương trình của chúng tôi đã thanh toán và những khoản các chương trình hoặc tổ chức khác đã trả cho các thuốc Phần D được bao trả của quý vị.

Khi quý vị nhận thuốc thông qua chương trình thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt có tên là *Giải thích về Quyền lợi*(EOB). Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng EOB bao gồm:

- **Thông tin cho tháng.** Bản tóm tắt này cho biết quý vị đã nhận những thuốc nào trong tháng trước. Trong đó cho thấy tổng chi phí thuốc, những khoản chúng tôi đã trả và những khoản quý vị và những người khác đã trả cho quý vị.
- **Tổng số tiền trong năm từ ngày 1 tháng Một.** Cho thấy tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ khi bắt đầu năm.
- **Thông tin về giá thuốc.** Đây là tổng giá của thuốc và những thay đổi về giá thuốc kể từ lần mua đầu tiên cho mỗi lần yêu cầu mua thuốc có cùng số lượng.
- **Các lựa chọn thay thế có chi phí thấp hơn.** Nếu có thì sẽ nêu thông tin về các thuốc hiện có khác với chi phí chia sẻ thấp hơn cho mỗi toa thuốc.

Chúng tôi bảo hiểm cho các thuốc không được Medicare bao trả.

- Các khoản thanh toán cho các loại thuốc này không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.

- Hầu hết các thuốc quý vị nhận được từ tiệm thuốc tây đều được chương trình của quý vị bao trả. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web của Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi đến Trung tâm Chăm sóc Khách hàng của Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ xác nhận quyền lợi Medi-Cal (BIC) khi nhận thuốc kê toa qua Medi-Cal Rx.
- Để tìm hiểu những loại thuốc nào được chương trình bao trả, hãy xem *Danh mục Thuốc* của chúng tôi.

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Chúng tôi sử dụng hồ sơ nhận được từ quý vị và tiệm thuốc tây của quý vị để theo dõi chi phí thuốc và các khoản mà quý vị thanh toán. Đây là cách quý vị có thể trợ giúp:

1. Sử dụng Thẻ Hội viên của quý vị.

Xuất trình Thẻ Hội viên của quý vị mỗi khi mua thuốc theo toa. Như vậy sẽ giúp chúng tôi biết quý vị mua thuốc kê toa nào và quý vị phải trả những gì.

2. Hãy đảm bảo cung cấp thông tin mà chúng tôi cần.

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Vui lòng gửi biên lai qua bưu điện đến: MedImpact Healthcare Systems, Inc., PO Box 509108, San Diego, CA 92150-9108. Cũng có thể gửi fax biên lai đến số 1(858) 549-1569 hoặc gửi qua email đến Claims@Medimpact.com. Dưới đây là ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp bản sao biên lai cho chúng tôi:

- Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không nằm trong quyền lợi của chương trình.
- Khi quý vị trả một khoản đồng thanh toán cho các thuốc mà quý vị nhận được theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
- Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới.
- Khi quý vị thanh toán toàn bộ giá cho một thuốc được bao trả trong những trường hợp đặc biệt.

Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi trả lại phần chia sẻ chi phí thuốc cho quý vị, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này.

3. Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản mà người khác thanh toán thay cho quý vị.

Các khoản do người khác và tổ chức khác thanh toán cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản được thanh toán bởi Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch vụ Y tế cho Người da đỏ và hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

4. Kiểm tra EOB mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được EOB gửi qua đường bưu điện thì hãy kiểm tra đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của từng tiệm thuốc tây không?** Kiểm tra ngày tháng. Quý vị có mua thuốc vào ngày hôm đó không?
- **Quý vị đã liệt kê các loại thuốc chưa?** Có khớp với những mục liệt kê trên biên lai không? Thuốc có đúng với toa của bác sĩ không?

B1. Nếu quý vị thấy có sai sót trong bản tóm tắt này thì sao?

Nếu có điều gì đó khó hiểu hoặc có vẻ không ổn trên EOB này, thì vui lòng gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus. Quý vị cũng có thể tìm thấy phần trả lời cho nhiều câu hỏi trên trang web của chúng tôi: sfhp.org/careplus-members.

B2. Xử lý gian lận có thể xảy ra như thế nào?

Nếu bản tóm tắt này cho thấy các loại thuốc mà quý vị không dùng hoặc bất kỳ điều gì khác có vẻ đáng ngờ, thì vui lòng liên hệ với chúng tôi.

- Hãy gọi Dịch vụ Khách hàng của SFHP Care Plus.
- Hoặc gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể gọi những số này miễn phí.
- Nếu quý vị nghi ngờ một bác sĩ hoặc một người nhận Medi-Cal đã phạm tội lừa đảo, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo sự việc đó bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí bảo mật 1-800-822-6222. Các phương pháp báo cáo gian lận Medi-Cal khác có thể được tìm thấy tại: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó không ổn hoặc sai sót hoặc nếu có thắc mắc thì hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus. Hãy giữ EOB này. Đó là hồ sơ quan trọng về chi phí thuốc của quý vị.

C. Quý vị không phải thanh toán cho việc cung cấp thuốc trong một tháng hoặc dài hạn

Với chương trình của chúng tôi, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc được bao trả nếu tuân thủ các quy tắc của chúng tôi.

C1. Chương trình của chúng tôi có 6 cấp độ chia sẻ chi phí

Mỗi loại thuốc trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi đều thuộc một trong 6 bậc. Với chương trình của chúng tôi, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc được bao trả nếu tuân thủ các quy tắc của chúng tôi.

- Thuốc Bậc 1 là thuốc phổ thông ưu tiên.
- Thuốc Bậc 2 là thuốc phổ thông.
- Thuốc Bậc 3 là thuốc biệt dược ưu tiên.
- Thuốc Bậc 4 là thuốc biệt dược.
- Thuốc bậc 5 là thuốc đặc trị.
- Thuốc bậc 6 là thuốc phổ thông được ưu tiên giúp kiểm soát các bệnh mạn tính cụ thể.

C2. Lựa chọn tiệm thuốc tây của quý vị

Số tiền quý vị trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

- tiệm thuốc tây trong mạng lưới, **hoặc**
- tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ bao trả cho các toa thuốc mua tại các tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để tìm hiểu khi nào chúng tôi chi trả.
- Tiệm thuốc tây đặt hàng qua bưu điện của chương trình.

Tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này để tìm hiểu về cách gửi khiếu nại nếu quý vị được thông báo rằng một loại thuốc sẽ không được bao trả. Để tìm hiểu thêm về những lựa chọn tiệm thuốc tây này, hãy xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* và *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây của chúng tôi*.

C3. Nhận được lượng thuốc dùng lâu dài

Quý vị có thể nhận một số loại thuốc với lượng dùng lâu dài (còn được gọi là “thuốc dùng dài ngày”) khi mua thuốc theo toa. Thuốc dùng lâu dài lên đến 100 ngày. Quý vị không phải trả chi phí cho một nguồn cung cấp dài hạn.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận thuốc dùng lâu dài, hãy xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này hoặc *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* của chương trình.

C4. Số tiền Quý vị phải trả

Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để tìm hiểu số tiền đồng thanh toán của quý vị cho bất kỳ loại thuốc nào được bao trả.

Hầu hết các thuốc quý vị nhận được từ tiệm thuốc tây đều được chương trình của quý vị bao trả. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số thuốc không kê toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bao trả. Vui lòng truy cập vào trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi đến Trung tâm Chăm sóc Khách hàng của Medi-Cal Rx theo số 1-800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ xác nhận quyền lợi Medi-Cal (BIC) khi nhận thuốc kê toa qua Medi-Cal Rx.

Phần chia sẻ chi phí khi quý vị nhận thuốc dùng lâu dài được bảo hiểm trong một tháng hoặc lâu dài từ:

	Tiệm thuốc tây trong mạng lưới Lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100-ngày*	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100-ngày*	**Tiệm thuốc tây chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc dùng đến 31 ngày	**Tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới** Lượng thuốc dùng đến 14 ngày. Giới hạn bảo hiểm trong một số trường hợp cụ thể. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết chi tiết.
Chia sẻ chi phí Nhóm 1 (thuốc phổ thông ưu tiên)	$0 cho mỗi toa thuốc			
Chia sẻ chi phí Nhóm 2 (thuốc phổ thông)	$0 cho mỗi toa thuốc			

	Tiệm thuốc tây trong mạng lưới Lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100-ngày*	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng thuốc dùng trong một tháng hoặc tối đa 100-ngày*	**Tiệm thuốc tây chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Lượng thuốc dùng đến 31 ngày	**Tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới** Lượng thuốc dùng đến 14 ngày. Giới hạn bảo hiểm trong một số trường hợp cụ thể. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết chi tiết.
Chia sẻ chi phí Nhóm 3 (thuốc biệt dược ưu tiên)	$0 cho mỗi toa thuốc			
Chia sẻ chi phí Nhóm 4 (thuốc không ưu tiên)	$0 cho mỗi toa thuốc			
Chia sẻ chi phí Nhóm 5 (thuốc đặc trị)	$0 cho mỗi toa thuốc Quý vị có thể mua thuốc tại các địa điểm bán lẻ trong mạng lưới, đặt mua qua bưu điện và giao tận nhà. Không phải tất cả các loại thuốc thuộc bậc này đều có sẵn nguồn thuốc dùng trong thời gian dài hơn dự kiến. Vui lòng liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin.			
Chia sẻ chi phí Bậc 6 (thuốc gốc ưu tiên để kiểm soát bệnh mạn tính cụ thể)	$0 cho mỗi toa thuốc			

*Thuốc opioid và benzodiazepine ở tất cả các bậc bị giới hạn ở mức cung cấp tối đa trong 30 ngày và không thể mua tại nhà thuốc đặt mua qua thư.

Để biết thông tin về tiệm thuốc tây nào có thể cung cấp lượng thuốc dùng lâu dài, hãy xem *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* của chúng tôi.

D. Phần quý vị thanh toán cho vắc xin Phần D

Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho vắc xin: Một số loại vắc xin được coi là quyền lợi y tế và được bảo hiểm theo Medicare Part B. Các loại vắc xin khác được coi là thuốc Medicare Part D. Các loại vắc xin này được liệt kê trong *Danh mục Thuốc của chúng tôi.* Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các vắc xin dành cho người lớn thuộc Part D mà quý vị không phải trả chi phí. Xem *Danh mục Thuốc* trong chương trình của quý vị hoặc liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để biết chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí cho các loại vắc xin cụ thể.

Có hai phần trong bảo hiểm của chúng tôi với vắc xin Medicare Part D:

1. Phần đầu tiên là chi phí của **vắc xin**.
2. Phần thứ hai là chi phí **tiêm vắc xin cho quý vị**. Ví dụ: đôi khi quý vị có thể dùng vắc xin dạng tiêm do bác sĩ tiêm.

D1. Những điều cần biết trước khi tiêm vắc xin

Nếu quý vị dự định tiêm vắc xin thì nên gọi cho Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết chương trình của chúng tôi bao trả cho vắc xin của quý vị như thế nào.
- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách giảm chi phí bằng cách sử dụng các tiệm thuốc tây và nhà cung cấp trong mạng lưới. Các tiệm thuốc tây và nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới làm việc với chúng tôi để đảm bảo quý vị không phải trả tiền trước cho vắc xin Medicare Part D.

Dưới đây là ba cách thông thường mà quý vị có thể tiêm vắc xin Medicare Part D.

1. Quý vị nhận vắc xin Medicare Part D và tiêm tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới.

- Quý vị sẽ không phải chi trả gì cho hầu hết các loại vắc xin Part D dành cho người lớn.
- Quý vị không phải thanh toán cho các loại vắc xin Part D khác.

2. Quý vị nhận vắc xin Medicare Part D tại văn phòng bác sĩ và bác sĩ sẽ tiêm cho quý vị.
   - Quý vị trả một khoản đồng thanh toán cho bác sĩ tiêm vắc xin.
   - Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí tiêm cho quý vị.
   - Phòng mạch bác sĩ cần gọi cho chương trình của chúng tôi trong tình huống này để chúng tôi có thể xác nhận rằng quý vị không phải thanh toán cho vắc xin.
3. Quý vị nhận thuốc vắc xin Medicare Part D tại tiệm thuốc tây và mang đến phòng mạch bác sĩ để tiêm.
   - Quý vị sẽ không phải chi trả gì cho hầu hết các loại vắc xin Part D.
   - Quý vị không phải thanh toán cho các loại vắc xin Part D khác.
   - Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí tiêm cho quý vị.

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

Giới thiệu

Chương này trình bày cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Trong đây cũng cho biết cách kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 187

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi 191

C. Quyết định bảo hiểm 192

D. Kháng nghị 192

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Quý vị không sẽ không phải nhận hóa đơn cho các dịch vụ trong mạng lưới hoặc thuốc. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải lập hóa đơn các dịch vụ và thuốc được bao trả sau khi quý vị nhận. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi.

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp SFHP Care Plus lập hóa đơn các dịch vụ này cho quý vị. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp của mình và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi bất kỳ khoản phí nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, thì đừng thanh toán mà gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy xem **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này.

- Nếu bao trả cho các dịch vụ hoặc thuốc thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi bao trả cho các dịch vụ hoặc thuốc và quý vị đã trả nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của mình thì sẽ được hoàn lại tiền.
    - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare bao trả thì chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị.
- Nếu đã thanh toán cho những dịch vụ Medi-Cal đã nhận, quý vị có thể đủ điều kiện để được bồi hoàn (được trả lại tiền) nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:
    - Dịch vụ quý vị nhận được là dịch vụ được Medi-Cal bao trả và chúng tôi chịu trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không hoàn lại tiền một dịch vụ không được SFHP Care Plus bao trả cho quý vị.
    - Quý vị nhận dịch vụ sau khi trở thành hội viên đủ điều kiện của SFHP Care Plus.
    - Quý vị yêu cầu hoàn tiền trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ được bao trả.
    - Quý vị cung cấp bằng chứng là đã thanh toán cho dịch vụ được bao trả, chẳng hạn như hóa đơn chi tiết từ nhà cung cấp dịch vụ.
    - Quý vị nhận dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp dịch vụ có đăng ký Medi-Cal trong mạng lưới SFHP Care Plus. Quý vị không cần phải đáp ứng điều kiện này nếu sử dụng dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép nhà cung cấp ngoài mạng lưới thực hiện mà không cần phê duyệt trước (ủy quyền trước).

- Nếu dịch vụ được bao trả cần phê duyệt trước (ủy quyền trước) thì quý vị cần cung cấp bằng chứng của nhà cung cấp dịch vụ thể hiện nhu cầu y tế cho dịch vụ được bao trả đó.
- SFHP Care Plus sẽ thông báo cho quý vị qua thư Thông báo Quyết định nếu họ bồi hoàn. Nếu đáp ứng tất cả điều kiện nêu trên thì nhà cung cấp dịch vụ có tham gia Medi-Cal sẽ hoàn trả đầy đủ số tiền mà quý vị đã thanh toán. Nếu nhà cung cấp dịch vụ từ chối hoàn trả thì SFHP Care Plus sẽ hoàn trả toàn bộ số tiền mà quý vị đã thanh toán. Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị trong vòng 45 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu bồi hoàn. Nếu nhà cung cấp dịch vụ tham gia Medi-Cal, nhưng không thuộc mạng lưới của chúng tôi và từ chối hoàn trả cho quý vị thì SFHP Care Plus sẽ hoàn trả cho quý vị, nhưng chỉ trả tối đa số tiền mà FFS Medi-Cal sẽ trả. SFHP Care Plus sẽ hoàn trả toàn bộ số tiền tự trả cho dịch vụ cấp cứu, kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp không cần phê duyệt trước. Nếu không đáp ứng một trong các điều kiện trên, chúng tôi sẽ không trả lại tiền cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ không trả lại tiền cho quý vị nếu:
  - Quý vị yêu cầu và nhận dịch vụ không được Medi-Cal bảo hiểm, chẳng hạn như dịch vụ thẩm mỹ.
  - Dịch vụ này không phải là dịch vụ được SFHP Care Plus bao trả.
  - Quý vị đến khám tại bác sĩ không tham gia Medi-Cal và ký tên vào biểu mẫu cho biết quý vị vẫn muốn khám và sẽ tự thanh toán phí dịch vụ.
- Nếu không bao trả cho các dịch vụ hoặc thuốc thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình nếu quý vị có thắc mắc. Nếu quý vị nhận được hóa đơn và không biết phải làm gì, chúng tôi có thể giúp. Nếu muốn thì quý vị cũng có thể gọi và thông báo cho chúng tôi biết là đã gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi.

Ví dụ về những lần có thể cần yêu cầu chúng tôi trả lại tiền hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được bao gồm:

1. **Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe khẩn cấp hoặc cần thiết khẩn cấp từ -một-nhà cung cấp ngoài mạng lưới**

   Yêu cầu nhà cung cấp tính hóa đơn cho chúng tôi.

   - Nếu quý vị thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, thì hãy yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán mà quý vị nghĩ là mình không nợ. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
    - Nếu phải thanh toán cho nhà cung cấp thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
    - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare bao trả thì chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn cho quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải lập hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là phải xuất trình Thẻ Hội viên của mình khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào; tuy nhiên, đôi khi các nhà cung cấp trong mạng lưới có sai sót và yêu cầu quý vị trả tiền cho các dịch vụ hoặc nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị. **Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus** hoặc người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình theo số ở cuối trang này **nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị nên quý vị không chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào. Các nhà cung cấp không được lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ này.
- Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn cho quý vị. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề.
- Nếu đã thanh toán hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới cho các dịch vụ được Medicare bao trả, thì hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản nào mà quý vị đã trả. Chúng tôi sẽ trả lại cho quý vị các dịch vụ được bao trả **hoặc** phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị phải trả theo chương trình của chúng tôi.

3. Nếu quý vị đã đăng ký hồi tố trong chương trình của chúng tôi

Đôi khi việc quý vị đăng ký trong chương trình có thể có hiệu lực hồi tố. (Có nghĩa là đã qua ngày đầu tiên đăng ký của quý vị. Thậm chí có thể là năm ngoái.)

- Nếu đã đăng ký hồi tố và quý vị đã thanh toán hóa đơn sau ngày đăng ký, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền.
- Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

4. Khi quý vị mua thuốc kê toa ở tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới

Nếu mua thuốc kê toa ở tiệm thuốc tây thì quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc đó.

- Trong rất ít trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả cho các toa thuốc mua tại các tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới. Gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.
- Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để tìm hiểu thêm -về-các tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới.
- Chúng tôi có thể không trả lại khoản chênh lệch giữa số tiền mà quý vị đã trả cho thuốc mua tại tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ trả cho tiệm thuốc tây trong mạng lưới.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc theo Medicare Part D vì không mang theo Thẻ Hội viên

Nếu không mang theo Thẻ Hội viên thì quý vị có thể yêu cầu tiệm thuốc tây gọi cho chúng tôi hoặc tra cứu thông tin đăng ký chương trình của quý vị.

- Nếu tiệm thuốc tây không nhận được thông tin ngay lập tức, thì có thể quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc hoặc mang Thẻ Hội viên của mình trở lại tiệm thuốc tây đó.
- Gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.
- Chúng tôi có thể không trả lại toàn bộ chi phí mà quý vị đã trả nếu giá đã trả cao hơn giá thương lượng của chúng tôi cho thuốc kê toa.

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc Medicare Part D cho một thuốc không được bao trả

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc vì thuốc đó không được bao trả.

- Thuốc có thể không có trong *Danh mục Thuốc được Bao trả* (*Danh mục Thuốc*) trên trang web của chúng tôi hoặc có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là áp dụng với quý vị. Nếu quyết định mua thuốc đó thì quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí.
  - Nếu quý vị không trả tiền cho thuốc đó và nghĩ rằng chúng tôi phải chi trả, thì quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm (xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên này).*
  - Nếu quý vị và bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác nghĩ rằng quý vị cần thuốc ngay lập tức, (trong vòng 24 giờ), thì quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh (xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này).

- Gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác để trả lại cho quý vị chi phí mua thuốc đó. Chúng tôi có thể không trả lại toàn bộ chi phí mà quý vị đã trả nếu giá đã trả cao hơn giá thương lượng của chúng tôi cho thuốc kê toa.

Khi gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi thì chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu đó và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc có cần được bao trả hay không. Đây được gọi là "quyết định bảo hiểm". Nếu chúng tôi quyết định phải bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc đó thì chúng tôi sẽ thanh toán.

Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán thì quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Để tìm hiểu về cách kháng nghị, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này.

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi

Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản nào mà quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ Medicare hoặc gọi cho chúng tôi. Chứng từ thanh toán có thể là bản sao của séc quý vị đã viết hoặc biên lai từ nhà cung cấp. **Quý vị nên tạo một bản sao hóa đơn và biên lai để lưu lại.** Quý vị có thể yêu cầu người quản lý dịch vụ chăm sóc của mình trợ giúp.

Để đảm bảo quý vị cung cấp 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 yêu cầu thanh toán.

- Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không bắt buộc phải sử dụng biểu mẫu, nhưng nó giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Để được hoàn trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết khẩn cấp trên toàn thế giới, cần phải có biểu mẫu.
- Quý vị có thể lấy biểu mẫu trên trang web của chúng tôi sfhp.org/careplus-members hoặc quý vị có thể gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus và yêu cầu biểu mẫu.

Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với hóa đơn hoặc biên lai đến địa chỉ này:

SFHP Care Plus Customer Service P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119 hoặc gửi email đến csbilling@sfhp.org.

Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Vui lòng liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để yêu cầu hoàn lại tiền cho quý vị theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

C. Quyết định bảo hiểm

Khi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị thì chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm. Có nghĩa là chúng tôi sẽ quyết định xem chương trình của chúng tôi có bao trả cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng quyết định số tiền mà quý vị phải trả (nếu có).

- Chúng tôi sẽ cho biết nếu cần thêm thông tin từ quý vị.
    - Nếu quyết định là chương trình của chúng tôi có bao trả cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc để nhận dịch vụ thì chúng tôi sẽ thanh toán cho các mục đó. Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc thì chúng tôi sẽ gửi séc cho quý vị để hoàn trả phần quý vị thanh toán. Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ hoặc thuốc thì chúng tôi sẽ gửi séc cho quý vị để hoàn trả phần quý vị thanh toán. Nếu quý vị chưa trả thì chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 của *Sổ tay Hội viên* này giải thích các quy tắc bảo hiểm các dịch vụ của quý vị. **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích các quy tắc để nhận thuốc Medicare Part D được bao trả của quý vị.

- Nếu quyết định không thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết lý do. Thư này cũng giải thích về quyền kháng nghị của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, hãy xem **Chương 9.**

D. Kháng nghị

Nếu cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Đây được gọi là “kháng nghị”. Quý vị cũng có thể kháng nghị nếu không đồng ý với số tiền mà chúng tôi chi trả.

Quy trình kháng nghị chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về các tiệm thuốc tây đặt hàng qua bưu điện, hãy xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này:

- Để kháng nghị về hoàn trả lại tiền cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy xem **Chương 9, Phần F.**
- Để kháng nghị về hoàn trả lại tiền cho một thuốc, hãy xem **Chương 9, Phần G.**

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới thiệu

Chương này bao gồm các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình. Chúng tôi phải tôn trọng quyền của quý vị. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Mục Lục

A. Quyền nhận dịch vụ và thông tin theo nhu cầu của quý vị 194

A. Quyền nhận dịch vụ và thông tin theo nhu cầu của quý vị 197

B. Trách nhiệm của chúng tôi đối với việc quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả 201

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị 202

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị 203

C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị 203

D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị 203

E. Các nhà cung cấp trong mạng lưới không thể tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị.... 205

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi 205

G. Quyền quyết định về chăm sóc sức khỏe của quý vị 205

G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị của quý vị và đưa ra quyết định 205

G2. Quyền được thể hiện ý muốn khi quý vị không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình 206

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ hướng dẫn của quý vị 207

H. Quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định 208

H1. Cần làm gì khi bị đối xử không công bằng hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị 208

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình 209

J. Quyền tham gia với tư cách là hội viên 211

A. Quyền nhận dịch vụ và thông tin theo nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo trình độ văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người hạn chế về trình độ tiếng Anh, kỹ năng đọc, mất năng lực nghe hoặc những người có nguồn gốc đa dạng văn hóa và sắc tộc. Chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị về các quyền lợi bảo hiểm trong chương trình và quyền của quý vị theo cách dễ hiểu. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu, hãy gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Trung (Phồn thể), tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga và tiếng Tagalog và ở các định dạng như chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc gửi thư cho SFHP Care Plus, P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119.
    - Quý vị có thể yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng thay thế bất kỳ lúc nào.
    - Quý vị cũng có thể đăng ký yêu cầu thường trực để nhận tài liệu bằng các ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng thay thế. Chúng tôi sẽ lưu giữ lựa chọn của quý vị vô thời hạn hoặc cho đến khi quý vị yêu cầu thay đổi lại.
    - Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác với tiếng Anh và/hoặc ở định dạng khác hoặc để thay đổi yêu cầu dài hạn về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưu tiên, vui lòng liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn gửi khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Department of Health and Human Services, Văn phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-537-7697.

A. 您有權以符合您需求的方式獲取服務和資訊

我們必須確保以文化適當且無障礙的方式向您提供**所有**臨床和非臨床服務，包括向英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的會員提供服務。我們還必須以您能夠理解的方式告知您，我們的計劃福利和您的權利。在您參加我們的計劃期間，我們每年都必須讓您瞭解您的權利。

- 要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電您的照護經理或 SFHP Care Plus 客戶服務部。我們的計劃提供免費的口譯服務，可以用不同的語言回答問題。
- 我們的計劃還可以為您提供非英語語言資料，包括繁體中文、西班牙語、越南語、俄語和他加祿語，並提供大字印刷、點字或音訊等格式的資料。要取得這些替代格式的資料，請致電 SFHP Care Plus 客戶服務部或寫信至 SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
    - 您可以隨時要求以其他語言和/或其他格式獲取您的資料。
    - 您也可以提出獲取其他語言和/或其他格式資料的長期請求。我們將無限期地保留您的偏好，或保留到您再請求更改偏好。
    - 若要收到此文件的非英語語言和/或其他格式，或要更改首選語言和/或格式的長期請求，請聯絡 SFHP Care Plus 客戶服務部，電話：1(833) 530-7327 (TTY：711)。我們的營業時間為 8 a.m.–8 p.m.，十月至三月，每天營業；四月至九月，週六與週日休息。該電話免費。

如果您因語言問題或殘障而無法獲取我們計劃的資訊，並想要提出投訴，請致電：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生與公眾服務部民權辦公室：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos los** servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté inscrito en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que sea comprensible para usted, llame a su administrador de la atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como chino (tradicional), español, vietnamita, ruso y tagalo, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o escriba a SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
    - Puede solicitar recibir sus materiales en otro idioma y/o formato alternativo en cualquier momento.
    - También puede presentar una solicitud permanente para recibir materiales en otros idiomas o formatos alternativos. Mantendremos su preferencia por tiempo indefinido o hasta que vuelva a solicitar cambiarla.
    - Para recibir este documento en otro idioma aparte de inglés y/o en un formato alternativo, o para cambiar una solicitud permanente por idioma y/o formato preferido, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo, cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratis.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una reclamación, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận dịch vụ và thông tin theo nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo trình độ văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người hạn chế về trình độ tiếng Anh, kỹ năng đọc, mất năng lực nghe hoặc những người có nguồn gốc đa dạng văn hóa và dân tộc. Chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị về các quyền lợi bảo hiểm trong chương trình và quyền của quý vị theo cách dễ hiểu. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu, hãy gọi cho quản lý chăm sóc hoặc Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Trung (Phồn thể), tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga và tiếng Tagalog và ở các định dạng như chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ khách hàng SFHP Care Plus hoặc gửi thư cho SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
    - Quý vị có thể yêu cầu nhận tài liệu của mình bằng ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng thay thế bất kỳ lúc nào.
    - Quý vị cũng có thể yêu cầu trước để có được tài liệu bằng các ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng thay thế. Chúng tôi sẽ lưu giữ lựa chọn của quý vị vô thời hạn hoặc cho đến khi quý vị yêu cầu thay đổi lại.

- Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác với tiếng Anh và/hoặc ở định dạng khác hoặc để thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưu tiên, vui lòng liên hệ với Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8 sáng – 8 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, đóng cửa vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn gửi khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

A. Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются вам с учетом культурных особенностей и доступным образом, в том числе для лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или с разным культурным и этническим происхождением. Мы также обязаны сообщать вам о льготах нашего плана и ваших правах понятным вам образом. Мы обязаны сообщать вам о ваших правах каждый год вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните своему менеджеру по уходу или в Отдел обслуживания участников SFHP Care Plus. Для ответов на вопросы у нас есть бесплатные услуги переводчика на разные языки.
- Наш страховой план также может предоставить вам материалы на других языках помимо английского, включая китайский (традиционный), испанский, вьетнамский, русский и тагальский, и в таких форматах, как печать крупным шрифтом, шрифтом Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Отдел обслуживания

участников SFHP Care Plus или отправьте письмо по адресу SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.

- Вы можете запросить получение ваших материалов на другом языке и/или в альтернативном формате в любое время.
- Вы также можете сделать постоянный запрос на получение материалов на других языках и/или в альтернативном формате. Мы сохраняем ваши предпочтения на неопределенный срок или пока вы не отправите запрос о повторном изменении.
- Чтобы получить данный документ на каком-либо языке помимо английского и/или в альтернативном формате или изменить постоянный запрос на предпочтительный язык и/или формат, обратитесь в Отдел обслуживания участников SFHP Care Plus по номеру 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Мы работаем с 8 a.m. до 8 p.m. без выходных с октября по март; с апреля по сентябрь суббота и воскресенье — выходные дни. Звонок бесплатный.

Если у вас возникли трудности с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY необходимо набирать 1-877-486-2048.
- Офис Medi-Cal по гражданским правам по номеру 916-440-7370. Пользователям TTY необходимо набирать 711.
- Министерство здравоохранения и социальных служб США, Управление по гражданским правам по номеру 1-800-368-1019. Пользователям TTY необходимо набирать 1-800-537-7697.

A. Ang karapatan mong makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang natutugunan ang iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ibinibigay sa iyo ang **lahat** ng serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, sa paraang naaangkop sa kultura at accessible kabilang ang para sa mga may limitadong kasanayan sa English, limitadong kakayahang magbasa, kapansanan sa pandinig, o sa may mga diverse na kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga

karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga karapatan mo bawat taon na nasa plano ka namin.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraan na mauunawaan mo, tawagan ang iyong tagapamahala ng pangangalaga o Serbisyo sa Customer ng SFHP Care Plus. May mga libreng serbisyo ng interpreter na available sa aming plano para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ding magbigay sa iyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang iba sa English kabilang ang Chinese (Traditional), Spanish, Vietnamese, Russian, at Tagalog, at sa mga format gaya ng malalaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, tawagan ang Serbisyo sa Customer ng SFHP Care Plus o sumulat sa SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
    - Maaari mong hilinging matanggap ang iyong mga materyales sa ibang wika at/o alternatibong format anumang oras.
    - Maaari ka ring tuloy-tuloy na humiling na makakuha ng mga materyales sa iba pang wika at/o alternatibong format. Papanatilihin namin ang iyong kagustuhan nang walang katapusan, o hanggang sa hilingin mong baguhin ulit ito.
    - Para matanggap ang dokumentong ito sa isang wika na iba sa English at/o sa isang alternatibong format, o para baguhin ang isang tuloy-tuloy na kahilingan para sa gustong wika at/o format, makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Khách hàng ng SFHP Care Plus sa 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Bukas kami mula 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, pitong araw sa isang linggo mula Oktubre hanggang Marso, sarado tuwing Sabado tại Linggo mula Abril hanggang Setyembre. Libre ang tawag.

Kung magkaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- Kagawaran ng Kalusugan tại Serbisyong Pantao ng U.S., Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

B. Trách nhiệm của chúng tôi đối với việc quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả

Quyền của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình.

- Quý vị có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về các loại nhà cung cấp có thể làm PCP và cách chọn PCP trong **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này.
    - Gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc truy cập *Danh mục Nhà Cung cấp và Tiệm thuốc tây* để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp trong mạng lưới và bác sĩ nào đang tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền gặp chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Giới thiệu là sự chấp thuận từ PCP của quý vị để sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
    - Bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa.
    - Nếu quý vị không thể nhận dịch vụ trong một khoảng thời gian hợp lý, thì chúng tôi phải trả tiền cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà không cần phải được chấp thuận trước (PA).
- Quý vị có quyền mua thuốc kê toa tại bất kỳ tiệm thuốc tây nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.
- Quý vị có quyền được biết khi nào có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này.
- Khi lần đầu tiên tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền giữ các nhà cung cấp và ủy quyền dịch vụ hiện tại của mình trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng một số điều kiện nhất định. Để tìm hiểu thêm về việc giữ các nhà cung cấp và ủy quyền dịch vụ của mình, hãy xem **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên* này.
- Quý vị có quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho riêng mình với sự giúp đỡ từ nhóm chăm sóc và người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Chương 9 của *Sổ tay Hội viên* này cho biết những gì quý vị có thể làm nếu nghĩ là không nhận được các dịch vụ hoặc thuốc của mình trong một khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng cho biết quý vị có thể làm gì nếu chúng tôi từ chối bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị theo yêu cầu của luật liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị bao gồm thông tin cá nhân mà quý vị đã cung cấp khi đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi. PHI cũng bao gồm hồ sơ y tế, các thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị có quyền với thông tin của mình và kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi cung cấp một văn bản thông báo cho quý vị về các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư đối với PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông báo về Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư”.

TUYÊN BỐ MÔ TẢ CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC CỦA SFHP VỀ NHẰM BẢO MẬT HỒ SƠ Y TẾ LUÔN CÓ SẴN VÀ SẼ CUNG CẤP CHO QUÝ VỊ KHI CÓ YÊU CẦU.

Hội viên đồng ý nhận dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải nộp giấy ủy quyền khác để nhận dịch vụ nhạy cảm hoặc để gửi yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm cho dịch vụ nhạy cảm. SFHP Care Plus sẽ chuyển thông tin dịch vụ nhạy cảm về địa chỉ gửi thư được chỉ định, địa chỉ email hoặc số điện thoại thay thế hoặc trong trường hợp không có chỉ định thì sẽ gửi theo tên của hội viên ở phần địa chỉ hoặc số điện thoại khi nộp đơn đăng ký. SFHP Care Plus sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến dịch vụ nhạy cảm cho hội viên khác mà không có văn bản cho phép của hội viên nhận dịch vụ. SFHP Care Plus sẽ đáp ứng các yêu cầu liên hệ bảo mật theo hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu có thể dễ dàng cung cấp được theo hình thức và định dạng đó, hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu của hội viên về thông tin liên hệ bảo mật liên quan đến dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên rút lại yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới về thông tin liên lạc bảo mật.

Nếu quý vị gửi yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật cho chúng tôi qua điện thoại hoặc phương thức điện tử thì chúng tôi sẽ bắt đầu liên lạc với quý vị theo cách thức và (các) địa chỉ mà quý vị chỉ định trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu. Nếu quý vị gửi yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật cho chúng tôi qua đường bưu điện thì chúng tôi sẽ bắt đầu liên lạc với quý vị theo cách và (các) địa chỉ mà quý vị chỉ định trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu.

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi đảm bảo chỉ người được ủy quyền mới có thể xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, chúng tôi không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ người nào không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc trả tiền dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Trong trường hợp đó, thì trước tiên chúng tôi phải xin quý vị cho phép bằng văn bản. Quý vị hoặc người được ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định cho quý vị, có thể cho phép bằng văn bản.

Đôi khi chúng tôi không cần phải xin quý vị cho phép bằng văn bản trước. Những trường hợp ngoại lệ này phải được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu:

- Chúng tôi phải cung cấp PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng chăm sóc của chương trình.
- Chúng tôi có thể cung cấp PHI nếu có lệnh của tòa án, nhưng chỉ khi được luật pháp California cho phép.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare, bao gồm thông tin về các thuốc Medicare Part D của quý vị. Nếu Medicare cung cấp PHI của quý vị cho nghiên cứu hoặc việc sử dụng khác, thì họ phải tuân thủ theo luật liên bang. Vui lòng tham khảo Thông báo về Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư tại sfhp.org/care-plus để biết thêm thông tin.

C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị có quyền xem và nhận một bản sao hồ sơ y tế của mình. Chúng tôi có thể tính phí cho việc sao chép hồ sơ y tế.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của mình. Nếu quý vị yêu cầu thì chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có nên thay đổi hay không.
- Quý vị có quyền biết chúng tôi có chia sẻ PHI của quý vị với người khác cho bất kỳ mục đích không thường quy nào hay không.

Nếu có thắc mắc hoặc quan ngại về quyền riêng tư với PHI của mình, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị

Là hội viên của chương trình, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình bảo hiểm, nhà cung cấp trong mạng lưới và các dịch vụ được bao trả của quý vị.

Nếu không nói được tiếng Anh thì chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus. Đây là một dịch vụ miễn phí cho quý vị. Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp tài liệu bằng tiếng Anh, tiếng Trung (phồn thể), tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga và tiếng Tagalog cho quý vị. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus hoặc gửi thư cho SFHP Care Plus, P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc dạng âm thanh.

Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ phần nào sau đây, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
  - thông tin về tài chính
  - hội viên chương trình đã đánh giá chúng tôi như thế nào
  - số lượng kháng nghị của các hội viên
  - cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Các nhà cung cấp và tiệm thuốc tây trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm:
  - cách chọn hoặc thay đổi bác sĩ chăm sóc chính của quý vị
  - trình độ của các nhà cung cấp và tiệm thuốc tây trong mạng lưới của chúng tôi
  - cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của mình
- Các dịch vụ và thuốc được bao trả, bao gồm:
  - các dịch vụ (xem **Chương 3 và 4** của *Sổ tay Hội viên* này) và thuốc (xem **Chương 5 và 6** của *Sổ tay Hội viên* này) được chương trình của chúng tôi bao trả
  - giới hạn bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - các quy tắc quý vị phải tuân thủ để nhận các dịch vụ và thuốc được bao trả

- Tại sao lại có phần không được bao trả và quý vị có thể làm gì khi xảy trường hợp đó (xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này), kể cả việc yêu cầu chúng tôi:
  - viết lý do tại sao lại có phần không được bao trả
  - thay đổi quyết định của chúng tôi
  - thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được

E. Các nhà cung cấp trong mạng lưới không thể tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Họ cũng không thể tính chênh lệch hóa đơn hoặc tính phí cho quý vị nếu chúng tôi trả ít hơn số tiền mà nhà cung cấp đã tính. Để biết những việc cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố tính phí cho các dịch vụ được bao trả, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này.

F. Quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi

Quý vị không bắt buộc phải ở lại chương trình của chúng tôi nếu không muốn.

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc Medicare Part D của mình từ một chương trình thuốc hoặc từ một chương trình MA khác.
- Xem **Chương 10** của *Sổ tay Hội viên này:*
  - Để biết thêm thông tin khi nào quý vị có thể tham gia chương trình quyền lợi MA hoặc thuốc mới.
  - Để biết thông tin về cách quý vị sẽ nhận được quyền lợi Medi-Cal nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quyền quyết định về chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền nhận thông tin đầy đủ từ bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để giúp quý vị đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị của quý vị và đưa ra quyết định

Các nhà cung cấp phải giải thích tình trạng của quý vị và các lựa chọn điều trị cho quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Biết lựa chọn của mình.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị.
- **Hiểu rõ các rủi ro.** Quý vị có quyền được cho biết về mọi rủi ro có liên quan. Chúng tôi phải nói trước với quý vị nếu bất kỳ dịch vụ hay điều trị nào là một phần của thực nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối các điều trị thực nghiệm.
- **Xin ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền sử dụng bác sĩ khác trước khi quyết định điều trị.
- **Nói không.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ việc điều trị 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 làm như vậy. Quý vị có quyền dừng việc dùng thuốc kê toa. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc kê toa, chúng tôi sẽ không loại quý vị khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu từ chối điều trị hoặc dừng dùng thuốc, quý vị chịu mọi trách nhiệm về điều xảy ra với mình.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do nhà cung cấp từ chối chăm sóc.** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi giải thích nếu nhà cung cấp từ chối loại chăm sóc mà quý vị nghĩ là mình cần.
- **Yêu cầu chúng tôi bao trả cho một dịch vụ hoặc thuốc mà chúng tôi từ chối hoặc thường không bao trả.** Đây được gọi là quyết định bảo hiểm. **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

G2. Quyền được thể hiện ý muốn khi quý vị không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình

Đôi khi người ta không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình. Để dự phòng cho trường hợp đó, quý vị có thể:

- Điền một mẫu văn bản **cho phép người khác đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị** trong trường hợp quý vị không thể tự mình ra quyết định được.
- **Cấp cho bác sĩ hướng dẫn bằng văn bản** về cách xử lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định được, kể cả dịch vụ chăm sóc mà quý vị **không** muốn.

Tài liệu pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra chỉ thị của mình được gọi là “chỉ thị trước”. Có nhiều loại và tên gọi khác nhau cho chỉ thị trước. Ví dụ như di chúc khi còn sống và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc, nhưng có thể có chỉ thị trước. Dưới đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn có chỉ thị trước:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy biểu mẫu này từ bác sĩ, luật sư, nhân viên xã hội hoặc một số cửa hàng đồ dùng văn phòng. Các tiệm thuốc tây và văn phòng bác sĩ thường có biểu mẫu này. Quý vị cũng có thể tìm trên mạng và tải biểu mẫu miễn phí này xuống. Quý vị cũng có thể liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để yêu cầu lấy biểu mẫu này.
- **Điền và ký tên vào biểu mẫu.** Biểu mẫu này là một tài liệu pháp lý. Cân nhắc nhờ luật sư hoặc người khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP giúp quý vị hoàn thành việc này.
- **Cung cấp bản sao của biểu mẫu cho những người cần biết.** Cung cấp một bản sao của biểu mẫu cho bác sĩ của quý vị. Cũng cần đưa một bản sao cho người mà quý vị nêu tên để đưa ra quyết định cho mình nếu quý vị không thể. Quý vị cũng nên đưa bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc thành viên gia đình. Quý vị hãy giữ một bản sao.
- Nếu đang nằm viện và quý vị có chỉ thị trước đã ký thì hãy **mang theo một bản sao đến bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị đã có mẫu chỉ thị trước đã ký chưa và có mang theo không.
    - Nếu quý vị chưa có mẫu chỉ thị trước đã ký thì bệnh viện có biểu mẫu này và sẽ hỏi xem quý vị có muốn ký không.

Quý vị có quyền:

- Quý vị có quyền đưa chỉ thị trước vào hồ sơ y tế của mình.
- Thay đổi hoặc hủy chỉ thị trước của mình bất kỳ lúc nào.
- Tìm hiểu những thay đổi với luật về chỉ thị trước. SFHP Care Plus sẽ báo cho quý vị biết về những thay đổi về luật tiểu bang trước 90 ngày sau khi thay đổi.

Theo luật, không ai có thể từ chối việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị hoặc phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị có ký chỉ chỉ trước hay không. Gọi cho SFHP Care Plus Customer Service để biết thêm thông tin.

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ hướng dẫn của quý vị

Nếu đã ký chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện không tuân thủ hướng dẫn trong đó, quý vị có thể khiếu nại bằng cách:

- Nộp Đơn Khiếu nại với SFHP Care Plus; hoặc

- Nộp Đơn Khiếu nại chống lại Nhà cung cấp Cá nhân: Medical Board of CA, Quý vị có thể gọi cho Medical Board of California theo số 1-800-633-2322, hoặc
- Nộp đơn khiếu nại chống lại các bệnh viện: CA Dept. of Public Health. Quý vị có thể gọi cho họ theo số 1-800-236-9747.

H. Quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định

Chương 9 của *Sổ tay Hội viên* này cho biết quý vị có thể làm gì nếu có vấn đề hoặc thắc mắc về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được bao trả của mình. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, kháng nghị để thay đổi quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền nhận thông tin về các kháng nghị và khiếu nại mà các hội viên khác của chương trình đã đệ trình chống lại chúng tôi. Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để nhận thông tin này.

H1. Cần làm gì khi bị đối xử không công bằng hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu nghĩ rằng chúng tôi đã đối xử không công bằng với quý vị và đó **không phải là** vấn đề phân biệt đối xử vì những lý do được liệt kê trong **Chương 11** của *Sổ tay Hội viên* này hoặc muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình thì quý vị có thể gọi:

- Gọi Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
- Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) của California số 1-800-434-0222. Để biết thêm chi tiết về HICAP, hãy tham khảo **Chương 2.**
- Thanh tra Medi-Cal theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm chi tiết về chương trình này, hãy xem **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống "Các Quyền & Bảo vệ Medicare", có trên trang web www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Là một hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm làm những việc được liệt kê bên dưới. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

- **Hãy đọc *Sổ tay Hội viên*** này để tìm hiểu những dịch vụ và quy tắc cần tuân thủ để nhận các dịch vụ và thuốc được bao trả. Để biết thông tin chi tiết về:
  - Các dịch vụ được bao trả, hãy xem **Chương 3 và 4** của *Sổ tay Hội viên* này. Những chương đó cho biết những gì được bao trả, những gì không được bao trả, những quy tắc mà quý vị cần tuân thủ và những phần quý vị phải thanh toán.
  - Các loại thuốc được bao trả, xem **Chương 5 và 6** của *Sổ tay Hội viên* này.
- **Cho chúng tôi biết bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi phải đảm bảo quý vị sử dụng tất cả các lựa chọn bảo hiểm của mình khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus nếu quý vị có bảo hiểm khác.
- **Nói với bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác** biết quý vị là hội viên của chương trình. Xuất trình Thẻ Hội viên của mình khi quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc.
- **Giúp bác sĩ** và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho quý vị.
  - Cung cấp thông tin mà họ cần biết về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các vấn đề sức khỏe của mình. Tuân thủ theo các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị cùng đồng thuận.
  - Đảm bảo các bác sĩ và nhà cung cấp khác biết về tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng. Bao gồm thuốc, thuốc không kê toa, vitamin và thực phẩm chức năng.
  - Nêu mọi thắc mắc của quý vị. Bác sĩ và các nhà cung cấp khác của quý vị phải giải thích mọi thứ theo cách quý vị có thể hiểu được. Nếu có thắc mắc và quý vị không hiểu câu trả lời thì hãy hỏi lại.

- **Phối hợp với người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị,** bao gồm hoàn thành đánh giá rủi ro sức khỏe hàng năm**.**
- **Hãy quan tâm đến mọi người.** Chúng tôi mong muốn tất cả hội viên của chương trình tôn trọng quyền của người khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị hành động tôn trọng tại văn phòng bác sĩ, bệnh viện và văn phòng của nhà cung cấp khác.
- **Trả những khoản còn thiếu.** Là hội viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán sau:
    - Phí bảo hiểm Medicare Part A và Medicare Part B. SFHP Care Plus, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part A và phí bảo hiểm Medicare Part B cho hầu hết hội viên.
    - Quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình khi nhận một số thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả. Đây là khoản đồng thanh toán (số tiền cố định). **Chương 6** cho biết phần quý vị phải trả cho thuốc của mình.
    - **Nếu nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bao trả thì quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (**Lưu ý:** Nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không bao trả cho một dịch vụ hoặc thuốc thì quý vị có thể kháng nghị. Vui lòng xem **Chương 9** để tìm hiểu cách kháng nghị.)
- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển nhà.** Nếu quý vị có kế hoạch chuyển nhà thì hãy cho chúng tôi biết ngay. Hãy gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc Dịch vụ Khách hàng của SFHP Care Plus.
    - **Nếu chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi thì quý vị không thể ở lại chương trình của chúng tôi.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể là hội viên của chương trình này. **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên* này cho biết về khu vực dịch vụ của chúng tôi.
    - Chúng tôi có thể giúp tìm hiểu xem quý vị có chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không.
    - Thông báo cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới khi quý vị chuyển đi. Xem **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này để biết các số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.

- **Nếu quý vị chuyển nhà và ở trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, thì chúng tôi vẫn cần được biết.** Chúng tôi cần cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển đi thì hãy thông báo cho cơ quan Social Security (hoặc Ban Hưu trí Hỏa xa).**

- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới** hoặc cách thuận tiện để liên hệ với quý vị.
- **Gọi cho người quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan ngại.**

J. Quyền tham gia với tư cách là hội viên

Quý vị có thể tham gia vào việc phát triển chính sách công cộng bằng cách tham dự các cuộc họp công khai hoặc tham gia Ủy ban Tư vấn Hội viên của chúng tôi. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết bất kỳ thay đổi quan trọng nào đối với chính sách công cộng ảnh hưởng đến quyền lợi hoặc dịch vụ của quý vị.

SFHP muốn được nghe ý kiến của quý vị. Mỗi quý, SFHP tổ chức các buổi họp để thảo luận về những việc đang hoạt động tốt và cách thức mà SFHP có thể cải thiện. Hội viên sẽ được mời tham dự.

Hãy đến tham gia cuộc họp! SFHP có một nhóm gọi là Ủy ban Tư vấn Hội viên (MAC). Nhóm này bao gồm các hội viên của SFHP và các thành viên ủy ban tư vấn cộng đồng. Quý vị có thể tham gia nhóm này nếu muốn. Nhóm này thảo luận về cách cải thiện các chính sách, chủ đề sức khỏe của SFHP cho hội viên SFHP và cộng đồng.

Nếu quý vị muốn tham gia nhóm này thì hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang này.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Giới thiệu

Chương này trình bày thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để tìm hiểu những việc cần làm nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về chương trình của mình.
- Quý vị cần một dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà chương trình cho biết là sẽ không chi trả.
- Quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được bao trả của mình sẽ kết thúc quá sớm.
- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại với các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của mình, bao gồm Dịch vụ Người lớn Tại Cộng đồng (CBAS) và dịch vụ tại Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Chương này có trong các phần khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thấy nội dung cần tìm. **Nếu có vấn đề hoặc quan ngại thì hãy đọc các phần của chương này áp dụng cho tình huống của quý vị.**

Quý vị nên nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết để chăm sóc theo kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu gặp vấn đề với dịch vụ chăm sóc của mình thì quý vị có thể gọi cho Chương trình Thanh tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077 để được trợ giúp.** Chương này giải thích các lựa chọn về các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi cho Chương trình Thanh tra để giúp hướng dẫn giải quyết vấn đề của mình. Để biết thêm các nguồn lực để giải quyết các mối quan tâm của quý vị và cách liên lạc với họ, hãy xem **Chương 2** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Mục Lục

A. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc quan ngại 215

A1. Giới thiệu về các điều khoản pháp lý 215

B. Khi nào cần trợ giúp 215

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp 215

C. Tìm hiểu các khiếu nại và kháng nghị của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi 217

D. Các vấn đề với quyền lợi của quý vị 217

E. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị 218

E1. Quyết định bảo hiểm 218

E2. Kháng nghị 219

E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng nghị 219

E4. Phần nào của chương này có thể giúp quý vị 220

F. Chăm sóc y tế 221

F1. Sử dụng phần này 221

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm 222

F3. Kháng nghị Cấp 1 225

F4. Kháng nghị Cấp 2 229

F5. Vấn đề về thanh toán 236

G. Thuốc thuộc Medicare Part D 237

G1. Quyết định và kháng nghị bảo hiểm Medicare Part D 237

G2. Ngoại lệ Medicare Part D 239

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ 240

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ 241

G5. Nộp Kháng nghị Cấp 1 244
G6. Nộp Kháng nghị Cấp 2 246
H. Yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện lâu hơn 248
H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị 248
H2. Nộp Kháng nghị Cấp 1 250
H3. Nộp Kháng nghị Cấp 2 252
I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế cụ thể 253
I1. Thông báo trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc 253
I2. Nộp Kháng nghị Cấp 1 253
I3. Nộp Kháng nghị Cấp 2 255
J. Đưa kháng nghị của quý vị vượt Cấp 2 256
J1. Các bước tiếp theo cho dịch vụ và vật dụng Medicare 256
J2. Kháng nghị Medi-Cal bổ sung 258
J3. Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc Medicare Part D 258
K. Cách gửi khiếu nại 260
K1. Những loại vấn đề nào được coi là khiếu nại 260
K2. Khiếu nại nội bộ 261
K3. Khiếu nại bên ngoài 262

A. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc quan ngại

Chương này giải thích cách xử lý các vấn đề và quan ngại. Quy trình sử dụng phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình cho **các quyết định bảo hiểm và kháng nghị** và một quy trình khác để **khiếu nại** (còn gọi là phàn nàn).

Để đảm bảo công bằng và nhanh chóng, mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân thủ.

A1. Giới thiệu về các điều khoản pháp lý

Trong chương này có các thuật ngữ pháp lý cho một số quy tắc và thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong số này có thể khó hiểu, vì vậy chúng tôi sử dụng các từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định khi có thể. Chúng tôi sẽ sử dụng ít từ viết tắt nhất có thể.

Ví dụ: chúng tôi dùng:

- “Khiếu nại” thay vì “nộp đơn khiếu nại”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định của tổ chức”, “xác định quyền lợi”, “xác định rủi ro” hoặc “xác định bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” thay vì “quyết định nhanh”
- “Tổ chức Đánh giá Độc lập” (IRO) thay vì “Đơn vị Đánh giá Độc lập” (IRE)

Nếu biết các điều khoản pháp lý thích hợp thì có thể giúp quý vị giao tiếp rõ ràng hơn, vì vậy chúng tôi cũng cung cấp những điều khoản đó.

B. Khi nào cần trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp

Đôi khi rất khó hiểu khi mới bắt đầu hoặc làm theo quy trình để giải quyết một vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng nếu quý vị cảm thấy không khỏe hoặc mệt mỏi. Khi khác, quý vị có thể không có thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Trợ giúp từ chương trình của chúng tôi

Quý vị có thể gọi cho chương trình của chúng tôi theo số 1(833) 530-7327 để giúp giải quyết vấn đề hoặc giải đáp thắc mắc.

Trợ giúp từ Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế

Quý vị có thể gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222. Quý vị cũng có thể xem lại trang web của họ tại

cahealthadvocates.org/hicap. Các cố vấn của HICAP có thể trả lời các thắc mắc và giúp quý vị biết phải làm gì để xử lý vấn đề của mình. HICAP không làm việc với chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo các cố vấn ở tất cả các quận và cung cấp dịch vụ miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

Trợ giúp từ Chương trình Thanh tra Medi-Cal của Medicare

Quý vị có thể gọi cho Chương trình Thanh tra Medi-Cal của Medicare và nói chuyện với một người hỗ trợ về các câu hỏi về bảo hiểm y tế của quý vị. Họ có thể cung cấp hỗ trợ pháp lý miễn phí. Chương trình Thanh tra không liên kết với chúng tôi, bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-855-501-3077 và trang web của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Dưới đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập vào trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Hỗ trợ từ California Department of Health Care Services

Thanh tra về Chăm sóc Có quản lý Medi-Cal thuộc California Department of Health Care Services (DHCS) có thể hỗ trợ quý vị. Họ có thể giúp nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi một chương trình bảo hiểm y tế. Họ cũng có thể giúp nếu quý vị chuyển chỗ ở và gặp vấn đề về chuyển Medi-Cal qua quận mới. Quý vị có thể gọi Thanh tra từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ California Department of Managed Health Care

Liên hệ với California Department of Managed Health Care (DMHC) để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm giám sát các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC giúp hội viên kháng nghị về các dịch vụ Medi-Cal hoặc các vấn đề về hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm thanh có thể sử dụng số TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập vào trang web của DMHC tại www.dmhc.ca.gov.

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm của dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, thì trước hết quý vị nên gọi điện đến chương trình bảo hiểm sức khỏe đó theo số **1(833) 530-7327** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó trước khi liên lạc với sở này. Khi sử dụng thủ tục khiếu nại này, quý vị

không bị mất bất kỳ quyền hợp pháp hoặc biện pháp khắc phục nào có thể có cho quý vị. Nếu cần giúp giải quyết một khiếu nại liên quan tới trường hợp cấp cứu, một khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế giải quyết thỏa đáng hoặc quá 30 ngày mà khiếu nại vẫn chưa được giải quyết, thì quý vị có thể gọi cho cơ quan này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện để yêu cầu IMR, thì quy trình IMR sẽ xem xét một cách khách quan các quyết định y tế của một chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất cần thiết về mặt y tế, các quyết định bảo hiểm cho các biện pháp điều trị mang tính chất nghiên cứu hoặc thử nghiệm cũng như các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web trên Internet của sở **www.dmhc.ca.gov** có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

C. Tìm hiểu các khiếu nại và kháng nghị của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có cả Medicare và Medi-Cal. Thông tin trong chương này áp dụng cho tất cả các quyền lợi chăm sóc được quản lý bởi Medicare và Medi-Cal của quý vị. Chương trình này đôi khi được gọi là “quy trình tích hợp” vì kết hợp hoặc tích hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal.

Đôi khi không thể kết hợp các quy trình Medicare và Medi-Cal. Trong tình huống đó, quý vị sử dụng một quy trình cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác cho quyền lợi Medi-Cal. **Phần F4** giải thích những tình huống này.

D. Các vấn đề với quyền lợi của quý vị

Nếu có vấn đề hoặc quan ngại thì hãy đọc các phần của chương này áp dụng cho tình huống của quý vị. Bảng sau đây sẽ giúp quý vị tìm đúng phần của chương này cho các vấn đề hoặc khiếu nại.

Quý vị có vấn đề hoặc quan ngại về quyền lợi hay bảo hiểm? Bao gồm các vấn đề về việc chăm sóc y tế cụ thể (các vật dụng y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc Phần B) có được bao trả hay không, cách được bao trả và các vấn đề về thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.	
Có. Vấn đề của tôi liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bao trả. Xem **Phần E,** "Quyết định bảo hiểm và kháng nghị".	**Không.** Vấn đề của tôi không phải về quyền lợi hoặc phạm vi bao trả. Xem **Phần K,** "Cách khiếu nại".

E. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng nghị giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc Phần B, kể cả thanh toán). Để đơn giản, chúng tôi thường gọi các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc Phần B là chăm sóc y tế. Quý vị sử dụng quyết định bảo hiểm và quy trình khiếu nại cho các vấn đề như liệu một dịch vụ nào đó có được bao trả hay không và cách thức bao trả một thứ gì đó.

E1. Quyết định bảo hiểm

Quyết định bảo hiểm là quyết định của chúng tôi về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi chi trả cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Quý vị, bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể không chắc chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hay chúng tôi có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ là cần thiết. **Nếu muốn biết chúng tôi có bao trả cho dịch vụ y tế hay không trước khi nhận được dịch vụ y tế thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị.**

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm khi xem xét yêu cầu dịch vụ hoặc yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hoặc thuốc không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả cho quý vị nữa. Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm này thì quý vị có thể kháng nghị.

E2. Kháng nghị

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng với quyết định này thì quý vị có thể "kháng nghị" quyết định đó. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị kháng nghị quyết định lần đầu tiên thì được gọi là Kháng nghị Cấp 1. Với kháng nghị này, chúng tôi sẽ xem xét quyết định bảo hiểm đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Những người đánh giá khác, không phải là người đã đưa ra quyết định bất lợi ban đầu, sẽ xử lý khiếu nại của quý vị.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng nghị ở Cấp 1. Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị đang đau dữ dội và cần quyết định nhanh hơn, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá Y tế IMR từ Department of Managed Health Care tại www.dmhc.ca.gov. Xem **Phần F4** để biết thêm thông tin.

Khi hoàn thành xem xét thì chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị. Trong một số trường hợp nhất định, được giải thích ở phần sau của chương này, quý vị có thể yêu cầu xử lý cấp tốc hoặc "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "kháng nghị nhanh" đối với quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi **Từ chối** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu là vấn đề về bảo hiểm chăm sóc y tế của Medicare, thì thư này sẽ cho biết là chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRO) để Kháng nghị Cấp 2. Nếu là vấn đề về bảo hiểm của dịch vụ hoặc vật dụng Medicare Part D hoặc Medicaid, thì thư này sẽ cho quý vị biết cách tự nộp Kháng nghị Cấp 2. Xem **Phần F4** để biết thêm thông tin về Kháng nghị Cấp 2.

Nếu không hài lòng với quyết định Kháng nghị Cấp 2 thì quý vị có thể tiếp tục các cấp độ kháng nghị bổ sung.

E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ đơn vị nào sau đây:

- **Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus** theo số ở cuối trang này.
- **Chương trình Thanh tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.**
- **Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California** số 1-800-434-0222.
- **Trung tâm Trợ giúp tại Department of Managed Health Care (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí. DMHC giúp hội viên có kháng nghị về các dịch vụ Medi-Cal

hoặc các vấn đề về hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm thanh có thể sử dụng số TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập vào trang web của DMHC tại www.dmhc.ca.gov. Mặc dù DMHC có thể giúp hội viên trong các chương trình Bảo hiểm Medi-Cal, nhưng không thể giúp người chỉ tham gia chương trình Medicare và trong Hệ thống Y tế Có Tổ chức của Quận (COHS) sau đây: Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health và CalOptima. Chính phủ liên bang quản lý Medicare, các chương trình bảo hiểm và Department of Health Care Services quản lý các chương trình COHS.

- **Chọn bác sĩ và nhà cung cấp khác.** Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị thay cho quý vị.
- **Một người bạn hoặc thành viên gia đình.** Quý vị có thể chỉ định một người khác làm "người đại diện" thay cho mình và yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.
- **Luật sư.** Quý vị có quyền có luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.
    - Gọi cho luật sư của riêng mình hoặc luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện.
    - Yêu cầu luật sư trợ giúp pháp lý từ Chương trình Thanh tra Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.

Điền biểu mẫu Chỉ định Người đại diện nếu quý vị muốn luật sư hoặc người khác làm người đại diện cho mình. Biểu mẫu này cho phép người khác hành động thay cho quý vị.

Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số ở cuối trang và yêu cầu biểu mẫu "Chỉ định Người đại diện". Quý vị có thể lấy biểu mẫu này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại sfhp.org/careplus-members. **Quý vị phải cung cấp một bản sao của biểu mẫu đã ký cho chúng tôi.**

E4. Phần nào của chương này có thể giúp quý vị

Có bốn trường hợp liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Mỗi trường hợp đều có quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi trình bày chi tiết cho từng trường hợp trong một phần riêng của chương này. Xem phần áp dụng:

- **Phần F,** "Chăm sóc y tế"

- **Phần G,** "Thuốc Medicare Part D"
- **Phần H,** "Yêu cầu chúng tôi bao trả thời gian nằm viện lâu hơn"
- **Phần I,** "Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định" (Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)).

Nếu quý vị không chắc nên sử dụng phần nào thì hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số ở cuối trang.

F. Chăm sóc y tế

Phần này giải thích những việc cần làm nếu quý vị gặp khó khăn trong việc mua bảo hiểm chăm sóc y tế hoặc nếu muốn chúng tôi hoàn trả lại phần chia sẻ chi phí chăm sóc cho quý vị. Để biết thông tin về việc yêu cầu nằm viện lâu hơn, hãy xem **Phần H.**

Phần này là về các quyền lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế được mô tả trong bảng quyền lợi tại **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này. Trong một số trường hợp, có thể áp dụng các quy tắc khác nhau cho thuốc Medicare Part B. Khi đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc cho thuốc Medicare Part B khác với các quy tắc cho các dịch vụ và vật dụng y tế như thế nào.

F1. Sử dụng phần này

Phần này giải thích những việc quý vị có thể làm trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Nếu nghĩ rằng chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cần nhưng lại không nhận được.

   Những việc có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Xem **Phần F2.**

2. Chúng tôi đã không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác muốn cung cấp cho quý vị và quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên chấp thuận.

   Quý vị có thể làm gì: Quý vị có thể kháng nghị quyết định này. Xem **Phần F3.**

3. Quý vị đã nhận được chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi bao trả nhưng chúng tôi lại không chi trả.

   Những việc có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định không thanh toán của chúng tôi. Xem **Phần F5.**

4. Quý vị đã nhận và trả tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi bao trả và muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.

   Những việc có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Xem **Phần F5.**

5. Chúng tôi đã giảm hoặc ngừng bảo hiểm của quý vị đối với một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định và quý vị nghĩ rằng quyết định của chúng tôi có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

   Những việc có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi về việc giảm hoặc ngừng chăm sóc y tế đó. Xem **Phần F4.**

- Nếu là bảo hiểm về chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc các dịch vụ CORF, thì sẽ áp dụng các quy tắc đặc biệt. Xem **Phần H** hoặc **Phần I** để tìm hiểu thêm.
- Đối với tất cả các trường hợp khác liên quan đến việc giảm hoặc ngừng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế cụ thể, hãy sử dụng phần (**Phần F**) này làm hướng dẫn cho quý vị.

6. Quý vị đang bị chậm trễ trong việc chăm sóc hoặc không thể tìm được bác sĩ.

   Những việc có thể làm: Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Xem **Phần K2.**

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm

> Quyết định bảo hiểm liên quan đến chăm sóc y tế được gọi là **quyết định tích hợp của tổ chức.**

Quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm bằng cách:

- gọi cho: Dịch Vụ Khách Hàng của SFHP Care Plus theo số 1-833-530-7327 (TTY: 711).
- gửi fax đến: 1(415) 547-7825
- gửi thư đến: SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn

Chúng tôi áp dụng thời hạn "tiêu chuẩn" khi đưa ra quyết định cho quý vị trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng thời hạn "nhanh". Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời trong thời gian**:**

- **Năm ngày làm việc và không muộn hơn bảy ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về dịch vụ hoặc vật dụng y tế tuân theo quy tắc ủy quyền trước của chúng tôi.**
- **Năm ngày làm việc và không muộn hơn 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng y tế khác.**
- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về **thuốc Medicare Part B.**

Đối với một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể mất thêm tới 14 ngày nếu yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu cần thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị (chẳng hạn như hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới). Nếu mất thêm ngày để ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. **Chúng tôi không thể mất thêm ngày nếu yêu cầu của quý vị là thuốc Medicare Part B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không nên** kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm thời gian của chúng tôi. Khi quý vị gửi khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. Quy trình gửi khiếu nại khác với quy trình đưa ra quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem **Phần K.**

Quyết định bảo hiểm nhanh

> Thuật ngữ pháp lý cho quyết định bảo hiểm nhanh là **quyết định nhanh.**

Khi yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và cần phải trả lời nhanh thì hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh". Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng:

- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về dịch vụ hoặc vật dụng y tế.**
- **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về thuốc **Medicare Part B.**

Đối với một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể mất thêm tới 14 ngày nếu chúng tôi tìm thấy thông tin có thể mang lại lợi ích cho quý vị bị thiếu (chẳng hạn như

hồ sơ y tế từ-các-nhà cung cấp ngoài mạng lưới) hoặc nếu quý vị cần thời gian để lấy thông tin cho chúng tôi để xem xét. Nếu mất thêm ngày để ra quyết định, 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 Medicare Part B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không nên** kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm, quý vị có thể gửi "khiếu nại nhanh" về quyết định kéo dài thêm thời gian của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về cách gửi khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K.** Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay sau khi đưa ra quyết định.

Để được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho các vật dụng và/hoặc dịch vụ y tế mà quý vị **không nhận được.** Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh về việc thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ mà quý vị đã nhận được.
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn **có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe** hoặc làm tổn hại đến chức năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị trở nặng. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ thì chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có nhận được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh, thì chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị và sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư này sẽ cho quý vị biết:
    - Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ yêu cầu.
    - Cách quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn của chúng tôi thay vì quyết định bảo hiểm nhanh. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem **Phần K.**

Nếu Từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** thì quý vị có quyền kháng nghị. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem lại một quyết định đã đưa ra và thay đổi nếu quý vị cho rằng chúng tôi có sai sót.
- Nếu quyết định kháng nghị thì quý vị sẽ chuyển sang Cấp 1 của quy trình kháng nghị (xem **Phần F3**).

Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu quyết định bảo hiểm của quý vị, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về thời điểm một yêu cầu sẽ bị loại bỏ, bao gồm:

- nếu yêu cầu không đầy đủ,
- nếu người khác thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy **hoặc**
- nếu quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình.

Nếu từ chối yêu cầu quyết định bảo hiểm thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc hủy bỏ. Đây được gọi là kháng nghị. Kháng nghị sẽ được thảo luận trong phần tiếp theo.

F3. Kháng nghị Cấp 1

Để bắt đầu kháng nghị liên quan tới dịch vụ hoặc vật dụng bị từ chối, hoặc để tiếp tục dịch vụ hoặc vật dụng quý vị đã nhận**,** quý vị, bác sĩ hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Hãy gọi cho SFHP Care Plus Customer Service theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn hoặc kháng nghị nhanh bằng văn bản hoặc bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

- Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu tiếp tục một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được trong quá trình kháng nghị, thì quý vị có thể cần chỉ định họ làm đại diện để hành động thay mặt quý vị.
- Nếu người khác không phải là bác sĩ của quý vị kháng nghị thay cho quý vị, thì hãy gửi kèm mẫu Chỉ định Người đại diện cho phép người đó đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại sfhp.org/careplus-members.
- Chúng tôi có thể nhận yêu cầu kháng nghị mà không cần mẫu chỉ định, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn tất quá trình xem xét cho đến khi nhận được biểu mẫu chỉ định. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trước thời hạn đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị thì:
    - Chúng tôi sẽ hủy bỏ yêu cầu của quý vị và
    - Chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quyền yêu cầu IRO để xem xét quyết định hủy bỏ kháng nghị của quý vị.

- Quý vị phải yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày trong thư gửi cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng thì chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng là quý vị bị bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Giải thích lý do tại sao kháng nghị của quý vị lại bị trễ trong quá trình kháng nghị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao miễn phí thông tin về kháng nghị của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ quá trình kháng nghị của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị cần kháng nghị nhanh thì hãy yêu cầu kháng nghị nhanh.

> Thuật ngữ pháp lý cho "kháng nghị nhanh" là **"xem xét lại cấp tốc".**

- Nếu kháng nghị quyết định của chúng tôi về bảo hiểm cho việc chăm sóc, thì quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị nhanh.

Chúng tôi tự động áp dụng kháng nghị nhanh cho quý vị nếu bác sĩ cho chúng tôi biết là sức khỏe của quý vị cần kháng nghị nhanh. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, thì chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được kháng nghị nhanh hay không.

- Nếu quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để kháng nghị nhanh, thì chúng tôi sẽ gửi thư thông báo và sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư này sẽ cho quý vị biết:
    - Chúng tôi tự động áp dụng kháng nghị nhanh cho quý vị nếu bác sĩ yêu cầu.
    - Cách quý vị có thể "khiếu nại nhanh" với quyết định của chúng tôi về việc áp dụng kháng nghị tiêu chuẩn thay vì kháng nghị nhanh. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy xem **Phần K.**

Nếu chúng tôi thông báo rằng sẽ ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được, thì quý vị có thể tiếp tục 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 đã nhận thì chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi hành động.
- Nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi thì quý vị có thể nộp Kháng nghị Cấp 1.

- Chúng tôi tiếp tục bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng nếu quý vị yêu cầu Kháng nghị Cấp 1 trong vòng mười ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư của chúng tôi hoặc trước ngày dự kiến quyết định có hiệu lực, tùy theo ngày nào đến sau.
    - Nếu đáp ứng thời hạn này thì quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật dụng mà không có thay đổi nào trong khi kháng nghị Cấp 1 của quý vị đang chờ xử lý.
    - Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng khác (không phải là đối tượng kháng nghị của quý vị) mà không bị thay đổi.
    - Nếu không kháng nghị trước những thời hạn này, thì quý vị không được tiếp tục sử dụng dịch vụ hoặc vật dụng trong khi chờ quyết định cho kháng nghị.

Chúng tôi xem xét kháng nghị và sẽ trả lời quý vị.

- Khi xử lý kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc hay không khi **Từ chối** yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin, nếu cần. Có thể chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để biết thêm thông tin.

Có áp dụng thời hạn cho kháng nghị nhanh.

- Khi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời **trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần phản hồi nhanh**. Nếu từ chối khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị, bác sĩ, bác sĩ kê toa hoặc người đại diện của quý vị xác nhận bằng lời nói về việc từ chối.
    - Nếu không trả lời trong vòng 72 giờ thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng nghị Cấp 2. IRO sẽ xem xét kháng nghị đó. IRO sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được khiếu nại của quý vị. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2. Nếu là vấn đề về bảo hiểm của dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid thì quý vị có thể tự nộp yêu cầu Cấp 2 – Điều trần cấp Tiểu bang với tiểu bang ngay khi hết thời gian. Ở California, Điều trần cấp Tiểu bang được gọi là Điều trần Công bằng cấp Tiểu bang. Để nộp yêu cầu Điều trần cấp Tiểu

bang, hãy xem **"*Khi vấn đề của quý vị liên quan đến dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medi-Cal bao trả*,"** nếu áp dụng.

- **Nếu đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** thì chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị trở nặng.
- **Nếu Từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** thì chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến IRO để Kháng nghị Cấp 2.

Có áp dụng thời hạn cho kháng nghị tiêu chuẩn.

- Nếu sử dụng thời hạn tiêu chuẩn thì chúng tôi phải trả lời **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị bảo hiểm cho các dịch vụ mà quý vị không nhận được.
- Nếu là yêu cầu về thuốc Medicare Part B mà quý vị không nhận được, thì chúng tôi sẽ trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị trở nặng.
    - Nếu không trả lời trong vòng 2 giờ thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng nghị Cấp 2. IRO sẽ xem xét kháng nghị đó. Ở phần sau của chương nàyr, **Phần F4,** chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2. Nếu là vấn đề về bảo hiểm của dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid thì quý vị có thể tự nộp yêu cầu Cấp 2 – Điều trần cấp Tiểu bang với tiểu bang ngay khi hết thời gian. Ở California, Điều trần cấp Tiểu bang được gọi là Điều trần Công bằng cấp Tiểu bang. Để nộp yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang, hãy xem **"*Khi vấn đề của quý vị liên quan đến dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medi-Cal bao trả*"** trong **Phần F4.**

Nếu đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, thì chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị hoặc nhanh nhất theo yêu cầu về tình trạng sức khỏe của quý vị và trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi thay đổi quyết định hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị nếu là về thuốc Medicare Part B.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, **thì quý vị có quyền kháng nghị bổ sung:**

- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc những gì quý vị yêu cầu thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.

- Nếu là vấn đề về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng Medicare thì thư này sẽ cho biết là chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị lên IRO để Kháng nghị Cấp 2.
- Nếu là vấn đề về bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng Medi-Cal thì thư này sẽ cho quý vị biết cách tự nộp Kháng nghị Cấp 2.

F4. Kháng nghị Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ Kháng nghị Cấp 1 thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết Medicare, Medi-Cal hoặc cả hai chương trình có thường bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng đó hay không.

- Nếu là vấn đề về dịch vụ hoặc vật dụng mà **Medicare** thường bao trả, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên quy trình kháng nghị Cấp 2 ngay sau khi Kháng nghị Cấp 1 hoàn tất.
- Nếu là vấn đề về dịch vụ hoặc vật dụng mà **Medi-Cal** thường bao trả thì quý vị có thể tự nộp yêu cầu Kháng nghị Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách thực hiện yêu cầu này. Chúng tôi cũng có trình bày thêm thông tin ở phần sau của chương này.
- Nếu là vấn đề về dịch vụ hoặc vật dụng được cả **Medicare và Medi-Cal** bao trả thì quý vị sẽ tự động nhận được đơn Kháng nghị Cấp 2 với IRO. Ngoài Kháng nghị Cấp 2 tự động, quý vị cũng có thể yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang và Đánh giá Y khoa Độc lập với tiểu bang. Tuy nhiên, sẽ không có Đánh giá Y khoa Độc lập nếu quý vị đã trình bày bằng chứng trong phiên Điều trần cấp Tiểu bang.

Nếu đủ điều kiện tiếp tục nhận các quyền lợi bảo hiểm khi nộp Kháng nghị Cấp 1, thì quý vị cũng có thể tiếp tục sử dụng quyền lợi về dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đang kháng nghị Cấp 2. Xem **Phần F3** để biết thông tin về việc tiếp tục quyền lợi bảo hiểm của quý vị trong Kháng nghị Cấp 1.

- Nếu là vấn đề về dịch vụ thường chỉ được Medicare bao trả thì quý vị không được tiếp tục sử dụng các quyền lợi cho dịch vụ đó trong quá trình kháng nghị Cấp 2 với IRO.
- Nếu là vấn đề về dịch vụ thường chỉ được Medi-Cal bao trả thì quý vị sẽ tiếp tục được sử dụng quyền lợi cho dịch vụ đó nếu quý vị gửi Kháng nghị Cấp 2 trong vòng 2 ngày sau khi nhận được thư quyết định.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medicare bao trả

IRO sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. IRO là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.

> Tên chính thức của Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRO) là **Đơn vị Đánh giá Độc lập**, đôi khi được gọi là **IRE.**

- Tổ chức này không liên quan đến chúng tôi và không phải là cơ quan của chính phủ. Medicare đã chọn công ty này làm IRO và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin về kháng nghị của quý vị ("hồ sơ vụ việc") cho tổ chức này. Quý vị có quyền nhận một bản sao miễn phí hồ sơ vụ việc của mình.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho IRO để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.
- Những người đánh giá tại IRO sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu có kháng nghị nhanh ở Cấp 1, thì quý vị cũng có kháng nghị nhanh ở Cấp 2.

- Nếu có kháng nghị nhanh ở Cấp 1, thì quý vị sẽ tự động nhận được đơn kháng nghị nhanh ở Cấp 2. IRO phải trả lời cho Kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.

Nếu có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1, thì quý vị cũng có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Nếu có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1, thì quý vị sẽ tự động nhận được đơn kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2.
- Nếu yêu cầu về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, thì IRO phải trả lời cho Kháng nghị Cấp 2 **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu về thuốc Medicare Part B, thì IRO phải trả lời cho Kháng nghị Cấp 2 **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được đơn kháng nghị của quý vị.

Nếu IRO trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu IRO Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu đối với một vật dụng hoặc dịch vụ y tế,** thì chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định đó:
    - Cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ hoặc**
    - Cung cấp dịch vụ trong vòng **5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc**
    - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO cho **các yêu cầu cấp tốc**.
- **Nếu IRO đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc Medicare Part B, thì chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc Medicare Part B đang tranh chấp:**
    - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO cho **yêu cầu tiêu chuẩn hoặc**
    - **Trong vòng 24 giờ** kể từ khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO cho **yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu IRO Từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị,** thì có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không phải chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về bảo hiểm chăm sóc y tế. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối kháng nghị của quý vị”.
    - Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu thì quý vị nên xem có muốn kháng nghị thêm hay không.
    - Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp độ.
    - Nếu Kháng nghị Cấp 2 bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng nghị, thì quý vị phải quyết định có tiếp tục đưa lên Cấp 3 và kháng nghị lần thứ ba hay không. Thông tin chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau Kháng nghị Cấp 2.
    - Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) hoặc thẩm phán luật sư sẽ xử lý Kháng nghị Cấp 3. Xem **Phần J** để biết thêm thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medi-Cal bao trả

Có hai cách để thực hiện Kháng nghị Cấp 2 cho các dịch vụ và vật dụng Medi-Cal: (1) nộp đơn khiếu nại hoặc Thẩm định Y tế Độc lập với Department of Managed Health Care hoặc (2) Điều trần cấp Tiểu bang với Department of Health Care Services.

(1) Department of Managed Health Care (DMHC)

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc nộp đơn xin Đánh giá Y khoa Độc lập (IMR) từ Trung tâm Trợ giúp tại DMHC. Nếu nộp đơn khiếu nại thì DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi. DMHC sẽ tự điều tra khiếu nại của quý vị hoặc quyết định xem trường hợp đó có đủ điều kiện cho IMR hay không. Có thể có IMR cho bất kỳ dịch vụ hoặc vật dụng có tính chất y tế nào được Medi-Cal bao trả. IMR là quy trình xem xét hồ sơ của quý vị từ các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi. Nếu IMR quyết định có lợi cho quý vị thì chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc nộp đơn xin IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn dịch vụ hoặc điều trị Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi xác định là không cần thiết về mặt y tế.
- Sẽ không bao trả cho một phương pháp điều trị thử nghiệm Medi-Cal hoặc nghiên cứu cho một bệnh nghiêm trọng.
- Tranh chấp liệu một dịch vụ hoặc thủ thuật phẫu thuật có tính chất thẩm mỹ hay tái tạo hay không.
- Sẽ không thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal cấp cứu hoặc khẩn cấp mà quý vị đã nhận.
- Chưa giải quyết Kháng nghị Cấp 1 của quý vị đối với dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với kháng nghị tiêu chuẩn hoặc 72 giờ hoặc sớm hơn (nếu sức khỏe của quý vị trở nặng) đối với kháng nghị nhanh.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp kháng nghị với chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Xem **Phần F3** để biết thông tin về quy trình kháng nghị Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể gửi Đơn đăng ký/Mẫu đơn khiếu nại IMR với DMHC.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp đã nộp đơn kháng nghị cho quý vị, nhưng chúng tôi không nhận được biểu mẫu Chỉ định Người đại diện của quý vị thì quý vị sẽ phải nộp lại kháng nghị cho chúng tôi trước khi có thể nộp đơn xin IMR Cấp 2 với DMHC trừ khi là kháng nghị liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe của quý vị,

bao gồm (nhưng không giới hạn) đau dữ dội, có khả năng mất mạng, mất chi hoặc chức năng chính của cơ thể.

Quý vị có thể yêu cầu IMR và Điều trần cấp Tiểu bang, nhưng không được phép xin IMR nếu quý vị đã trình bày bằng chứng trong phiên Điều trần cấp Tiểu bang hoặc đã có phiên Điều trần cấp Tiểu bang cho cùng một vấn đề.

Nếu bị từ chối điều trị vì đó là thử nghiệm hoặc nghiên cứu, thì quý vị không cần phải tuân theo quy trình kháng nghị của chúng tôi trước khi nộp đơn xin IMR.

Nếu là vấn đề khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc nếu bị đau dữ dội, thì quý vị có thể báo ngay lập tức cho DMHC mà không cần thông qua quy trình kháng nghị của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn xin IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi quyết định bằng văn bản cho kháng nghị của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng vì lý do chính đáng, chẳng hạn như tình trạng sức khỏe khiến quý vị không thể yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ về quy trình IMR của chúng tôi.

Để nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu IMR:

- Điền vào IMR/Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi đến Trung tâm Trợ giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-688-9891.
- Nếu có thì hãy đính kèm bản sao thư hoặc tài liệu khác về dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi đã từ chối. Việc này có thể tăng tốc quá trình IMR. Hãy gửi bản sao tài liệu, không phải bản gốc. Trung tâm Trợ giúp không thể trả lại bất kỳ tài liệu nào.
- Điền vào Biểu mẫu Trợ lý được Ủy quyền nếu ai đó đang giúp quý vị nộp đơn xin IMR. Quý vị có thể lấy mẫu tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi đến Trung tâm Trợ giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-688-9891.
- Gửi IMR/Mẫu đơn khiếu nại và bất kỳ tệp đính kèm nào vào DMHC trực tuyến: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

  Gửi qua đường bưu điện hoặc fax đến:

  Trung tâm Trợ giúp
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Trong vòng 7 ngày, DMHC sẽ xem xét đơn và gửi thư xác nhận đã nhận cho quý vị. Nếu DMHC xác định trường hợp đủ điều kiện cho IMR, thì IMR sẽ có quyết định trong vòng 45 ngày sau khi nhận được đủ tài liệu cần thiết.

Nếu là trường hợp khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện nhận IMR, thì IMR thường sẽ có quyết định trong vòng 7 ngày sau khi nhận được đủ tài liệu cần thiết.

Nếu không hài lòng với kết quả của IMR thì quý vị vẫn có thể yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang.

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả các hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu đang sử dụng một bác sĩ ngoài mạng lưới chương trình bảo hiểm y tế của mình thì điều quan trọng là quý vị phải lấy và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó. Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị phải nhận được bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định trường hợp của quý vị không đủ điều kiện nhận IMR, thì DMHC sẽ xem xét trường hợp này thông qua quy trình khiếu nại thông thường của người tiêu dùng. Khiếu nại của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày nộp đơn hoàn chỉnh. Nếu là khiếu nại khẩn cấp thì sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Điều trần cấp tiểu bang

Quý vị có thể yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang cho các dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal bao trả. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu một dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi sẽ không chấp thuận hoặc sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã có và chúng tôi đã từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị, thì quý vị có quyền yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang.

Trong hầu hết các trường hợp, **quý vị sẽ có 120 ngày để yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang** sau khi thông báo “Thư Quyết định Kháng nghị” gửi qua đường bưu điện cho quý vị.

LƯU Ý: Nếu yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang vì chúng tôi cho biết là dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc dừng lại, **thì quý vị có ít ngày hơn để gửi yêu cầu** nếu muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi chờ xử lý Điều trần cấp Tiểu bang. Đọc "Liệu quyền lợi của tôi có tiếp tục trong khi khiếu nại Cấp 2 không" trên trang để 229 biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang theo những cách sau đây:

- Trực tuyến tại địa chỉ www.cdss.ca.gov.

- Qua điện thoại: Gọi số 1-800-743-8525. Số này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được lời nhắn yêu cầu gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang hoặc gửi thư. Rồi gửi qua thư bưu điện hoặc fax đến:

  Bưu điện: California Department of Social Services State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430

  Fax: (916) 309-3487 hoặc số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903

- Quý vị có thể điền "Yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang" ở mặt sau của thông báo quyết định. Hãy nhớ điền tên, địa chỉ, số điện thoại, Số An sinh Xã hội và/hoặc số CIN của quý vị và lý do quý vị muốn yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang. Nếu có người giúp quý vị yêu cầu buổi Điều trần cấp Tiểu bang, hãy thêm tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào mẫu đơn hoặc thư này. Nếu quý vị cần thông dịch viên, hãy cho Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang biết ngôn ngữ mà quý vị đang sử dụng. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên. Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang sẽ bố trí cho quý vị một thông dịch viên. Nếu bị khuyết tật, Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang có thể cung cấp miễn phí hỗ trợ đặc biệt để giúp quý vị tham gia phiên điều trần. Vui lòng cho biết thông tin về tình trạng khuyết tật và hỗ trợ mà quý vị cần.

Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế**,** thì chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng đó **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Nếu Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị thì có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không phải chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về bảo hiểm chăm sóc y tế. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối kháng nghị của quý vị".

Nếu IRO hoặc quyết định củaBộ phận Điều trần cấp Tiểu bang là **Từ chối** tất cả hoặc một phần yêu cầu của quý vị thì quý vị có quyền kháng nghị bổ sung.

Nếu Kháng nghị Cấp 2 của quý vị được chuyển đến **IRO,** thì quý vị chỉ có thể kháng nghị nếu giá trị của dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị yêu cầu đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định. ALJ hoặc thẩm phán luật sư sẽ xử lý Kháng nghị Cấp 3. **Thư mà quý vị nhận được từ IRO sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung cho quý vị.**

Thư mà quý vị nhận được từ Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang sẽ cho biết lựa chọn kháng nghị tiếp theo.

Xem **Phần J** để biết thêm thông tin về quyền kháng nghị của quý vị sau Cấp 2.

F5. Vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới tính phí các dịch vụ và vật dụng được bao trả cho quý vị. Quy định được áp dụng kể cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn mức mà nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ hoặc vật dụng. Quý vị không phải thanh toán cho bất kỳ hóa đơn nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn hoặc các dịch vụ và vật dụng được bao trả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Đừng tự thanh toán hóa đơn. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nếu đã thanh toán hóa đơn thì quý vị có thể được chương trình của chúng tôi hoàn lại tiền nếu quý vị tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ hoặc vật dụng.

Để biết thêm thông tin, hãy xem **Chương 7** trong *Sổ tay Hội viên* này. Chương này có mô tả các trường hợp có thể cần yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Trong đó cũng cho biết cách gửi các thủ tục giấy tờ để yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu yêu cầu được hoàn tiền thì tức là quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán có được bao trả hay không và quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán được bao trả và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc, thì chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó cho quý vị thường là trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không quá 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán thì tức là **Đồng ý** với yêu cầu quyết định bảo hiểm của quý vị.
- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng không được bao trả hoặc quý vị không tuân thủ tất cả các quy tắc, thì chúng tôi sẽ gửi thư thông báo là chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó và giải thích lý do.

Nếu không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **thì quý vị có thể kháng nghị.** Hãy thực hiện theo quy trình kháng nghị được mô tả trong **Phần F3.** Khi quý vị làm theo các hướng dẫn sau đây thì hãy lưu ý:

- Nếu quý vị khiếu nại để chúng tôi trả lại tiền cho quý vị thì chúng tôi phải trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.

Nếu chúng tôi trả lời kháng nghị của quý vị là **Từ chối** và dịch vụ hoặc vật dụng đó thường được **Medicare** bao trả thì chúng tôi sẽ gửi hồ sơ của quý vị đến IRO. Trong trường hợp đó thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết.

  - Nếu IRO đảo ngược quyết định của chúng tôi và nói rằng chúng tôi phải thanh toán cho quý vị, thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho khiếu nại của quý vị là **Đồng ý** ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp 2, thì chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.

- Nếu IRO **Từ chối** kháng nghị của quý vị thì tức là họ đồng ý rằng chúng tôi không phải chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "từ chối kháng nghị của quý vị". Quý vị sẽ nhận được thư giải thích các quyền kháng nghị bổ sung của mình. Xem **Phần J** để biết thêm thông tin về các cấp độ kháng nghị bổ sung.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho kháng nghị của quý vị là **Không** và Medi-Cal thường bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng, quý vị có thể tự nộp Kháng nghị Cấp 2. Xem **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc thuộc Medicare Part D

Quyền lợi của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc. Hầu hết các thuốc này là thuốc Medicare Part D. Có một số loại thuốc mà Medicare Part D không bao trả nhưng có thể được Medi-Cal bao trả. **Phần này chỉ áp dụng cho kháng nghị thuốc Medicare Part D.** Chúng tôi sẽ dùng từ "thuốc" trong phần còn lại của phần này thay vì nói "thuốc Medicare Part D" mọi lúc. Đối với các loại thuốc chỉ được Medi-Cal bao trả, hãy làm theo quy trình trong **Phần E.**

Để được bao trả, thuốc phải được sử dụng theo một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Có nghĩa là việc sử dụng thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

G1. Quyết định và kháng nghị bảo hiểm Medicare Part D

Sau đây là các ví dụ về việc quý vị yêu cầu chúng tôi quyết định bảo hiểm cho các loại thuốc Medicare Part D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ, bao gồm cả việc yêu cầu chúng tôi:
    - Bao trả một thuốc Medicare Part D không có trong *Danh mục Thuốc* của chương trình hoặc
    - Bỏ qua một hạn chế về bảo hiểm của chúng tôi với một thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng mà quý vị có thể nhận được)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một thuốc có được bao trả hay không (như khi thuốc nằm trong *Danh mục Thuốc* của chương trình nhưng chúng tôi phải phê duyệt thuốc đó cho quý vị trước khi bao trả)

LƯU Ý: Nếu tiệm thuốc tây cho biết rằng đơn thuốc của quý vị không thể mua như đã kê, thì họ sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

> Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Medicare Part D của quý vị được gọi là **"quyết định bảo hiểm".**

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua. Đây là yêu cầu một quyết định bảo hiểm về việc thanh toán.

Nếu không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi thì quý vị có thể khiếu nại quyết định đó. Phần này cho quý vị biết cả cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách kháng nghị. Sử dụng bảng dưới đây để trợ giúp.

Quý vị đang ở trong tình huống nào trong số này?			
Quý vị cần một thuốc không có trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi hoặc cần chúng tôi đặt ra một quy tắc hoặc hạn chế đối với thuốc mà chúng tôi bao trả.	Quý vị muốn chúng tôi bao trả cho một thuốc trong *Danh mục Thuốc* và nghĩ rằng mình đáp ứng các quy tắc hoặc hạn chế của chương trình (chẳng hạn như phê duyệt trước) cho thuốc mà quý vị cần.	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi trả tiền lại cho một thuốc mà quý vị đã nhận và thanh toán.	Chúng tôi đã cho biết là sẽ không bao trả hoặc thanh toán cho một thuốc theo cách mà quý vị muốn.
Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.)	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.**	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.)	**Quý vị có thể kháng nghị.** (Có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại.)
Bắt đầu với **Phần G2,** sau đó hãy xem **Phần G3 và G4**	Xem **Phần G4**	Xem **Phần G4**	Xem **Phần G5**

G2. Ngoại lệ Medicare Part D

Nếu chúng tôi không bao trả thuốc theo cách mong muốn thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra "ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu ngoại lệ thì quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu ngoại lệ, thì bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần ngoại lệ.

> Yêu cầu bảo hiểm cho một thuốc không có trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi hoặc bỏ hạn chế đối với một thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ trong danh mục thuốc".**

Sau đây là một số ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi:

1. Bao trả cho một thuốc không có trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi

- Nếu chúng tôi đồng ý áp dụng ngoại lệ và bao trả cho một thuốc không có trong *Danh mục Thuốc*, quý vị không phải thanh toán cho thuốc đó.
- Quý vị không được áp dụng ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán bắt buộc cho thuốc đó.

2. Bỏ hạn chế đối với thuốc được bảo hiểm

- Các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số thuốc cụ thể trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi (xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin).
- Các quy tắc và hạn chế bổ sung đối với các thuốc cụ thể bao gồm:
    - Yêu cầu sử dụng phiên bản phổ thông của thuốc thay vì thuốc biệt dược.
    - Xin chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc cho quý vị. Quy định này đôi khi được gọi là "ủy quyền trước (PA)".
    - Yêu cầu dùng một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý bao trả cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu. Quy định này đôi khi được gọi là "liệu pháp từng bước".
    - Giới hạn số lượng. Có áp dụng các hạn chế về số lượng với một số loại thuốc mà quý vị có thể nhận.
- Nếu chúng tôi đồng ý áp dụng một ngoại lệ cho quý vị và đặt một hạn chế, thì quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán mà quý vị phải trả.

G3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ

Bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do y tế.

Bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị phải giải thích cho chúng tôi biết lý do y tế để yêu cầu ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy cung cấp thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Danh mục Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một bệnh cụ thể. Đó được gọi là thuốc "thay thế". Nếu thuốc thay thế có tác dụng như thuốc quý vị yêu cầu và sẽ không gây thêm tác dụng phụ hoặc vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi áp dụng ngoại

lệ theo bậc, chúng tôi thường **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 với quý vị hoặc có thể gây ra phản ứng bất lợi hoặc tổn hại khác.

Chúng tôi có thể Đồng ý hoặc Từ chối yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với yêu cầu ngoại lệ của quý vị thì ngoại lệ đó thường kéo dài cho đến hết năm dương lịch. Ngoại lệ này sẽ áp dụng nếu bác sĩ tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** yêu cầu ngoại lệ của quý vị, thì quý vị có thể kháng nghị. Xem **Phần G5** để biết thông tin về việc kháng nghị nếu chúng tôi nói **Từ chối**.

Phần tiếp theo sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ.

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm mà quý vị muốn bằng cách gọi 1(833) 530-7327 (TTY: 711), gửi thư hoặc fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) có thể làm việc này. Vui lòng cho biết tên, thông tin liên hệ và thông tin cho yêu cầu của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) hoặc người khác thay mặt quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư thay mặt mình.
- Xem **Phần E3** để tìm hiểu cách chỉ định người làm người đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần phải cho phép bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác bằng văn bản để thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm.
- Nếu muốn yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho một thuốc, hãy xem **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* này.
- Nếu yêu cầu ngoại lệ thì hãy cung cấp cho chúng tôi một “tuyên bố hỗ trợ”. Tuyên bố hỗ trợ bao gồm các lý do y tế của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác cho yêu cầu ngoại lệ.
- Bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị có thể fax hoặc gửi bản tuyên bố hỗ trợ cho chúng tôi. Họ cũng có thể điện thoại cho chúng tôi biết và sau đó fax hoặc gửi bản tuyên bố đó qua bưu điện.

Quý vị cũng có thể nộp quyết định bảo hiểm bằng phương thức điện tử thông qua liên kết sau: mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination.

Nếu sức khỏe của quý vị trở nặng thì hãy yêu cầu chúng tôi ra "quyết định bảo hiểm nhanh".

Chúng tôi sử dụng "thời hạn tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.
- **Quyết định bảo hiểm nhanh** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.

> "Quyết định bảo hiểm nhanh" được gọi là **"quyết định bảo hiểm cấp tốc".**

Quý vị có thể được quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Đó là cho một thuốc mà quý vị không nhận được. Quý vị không thể được quyết định bảo hiểm nhanh nếu yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho một thuốc mà quý vị đã mua.
- Sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, thì chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị theo quy trình quyết định bảo hiểm nhanh. Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo thông tin này cho quý vị.

- Nếu yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có hỗ trợ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác, thì chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu về quyết định bảo hiểm nhanh, thì sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn để thay thế.
    - Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết là chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư này cũng cho quý vị biết cách kháng nghị quyết định của chúng tôi.
    - Quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh và được trả lời trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K.**

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm nhanh

- Nếu sử dụng thời hạn nhanh thì chúng tôi phải trả lời trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ thì chúng tôi

sẽ trả lời trong vòng 24 giờ sau khi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị trở nặng.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này thì sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình khiếu nại Cấp 2 để IRO xem xét. Xem **Phần G6** để biết thêm thông tin về Kháng nghị Cấp 2.
- Nếu **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ.
- Nếu **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo lý do. Thư này cũng cho biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn với một thuốc mà quý vị không nhận được

- Nếu áp dụng thời hạn tiêu chuẩn thì chúng tôi phải trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ thì chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị trở nặng.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này thì sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình khiếu nại Cấp 2 để IRO xem xét.
- Nếu **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ.
- Nếu **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo lý do. Thư này cũng cho biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn với một thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này thì sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình khiếu nại Cấp 2 để IRO xem xét.
- Nếu **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- **Nếu Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo lý do. Thư này cũng cho biết cách quý vị có thể kháng nghị.

G5. Nộp Kháng nghị Cấp 1

> Kháng nghị chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare Phần D được gọi là **"quyết định lại"** của chương trình.

- Bắt đầu **kháng nghị tiêu chuẩn** hoặc **kháng nghị nhanh** của quý vị bằng cách gọi 1(833) 530-7327 (TTY: 711), gửi thư hoặc fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác) có thể làm việc này. Vui lòng cho biết tên, thông tin liên lạc và thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu kháng nghị **trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày trên thư gửi cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng thì chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng là quý vị bị bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Giải thích lý do tại sao kháng nghị của quý vị lại bị trễ trong quá trình kháng nghị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao miễn phí thông tin về kháng nghị của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ quá trình kháng nghị của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị cần kháng nghị nhanh thì hãy yêu cầu kháng nghị nhanh.

> Kháng nghị nhanh còn gọi là **"quyết định lại cấp tốc".**

- Nếu kháng nghị quyết định của chúng tôi về một thuốc mà quý vị không nhận được, thì quý vị và bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác sẽ quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Các yêu cầu đối với kháng nghị nhanh cũng giống như yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh. Xem **Phần G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi xem xét kháng nghị và sẽ trả lời quý vị.

- Chúng tôi sẽ xem xét kháng nghị và xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ các quy tắc hay không khi **Từ chối** yêu cầu của quý vị.

- Có thể chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để lấy thêm thông tin.

Thời hạn kháng nghị nhanh ở Cấp 1

- Nếu áp dụng thời hạn nhanh thì chúng tôi phải trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
    - Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị trở nặng.
    - Nếu không trả lời trong vòng 72 giờ thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng nghị Cấp 2. IRO sẽ xem xét kháng nghị đó. Xem **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng nghị Cấp 2.
- Nếu **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì 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 **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách có thể kháng nghị.

Thời hạn kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1

- Nếu áp dụng thời hạn tiêu chuẩn thì chúng tôi phải trả lời **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị cho một thuốc mà quý vị không nhận được.
- Chúng tôi sẽ quyết định sớm nếu quý vị không nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị cần thuốc. Nếu tin rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy thì hãy yêu cầu kháng nghị nhanh.
    - Nếu không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng nghị Cấp 2. IRO sẽ xem xét kháng nghị đó. Xem **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng nghị Cấp 2.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm mà** chúng tôi đã đồng ý nhanh nhất khi sức khỏe của quý vị trở nặng, nhưng **không quá 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
- Chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị** cho một thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách có thể kháng nghị.
- Chúng tôi phải trả lời về việc trả lại tiền cho một thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị.
    - Nếu không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng nghị Cấp 2. IRO sẽ xem xét kháng nghị đó. Xem **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng nghị Cấp 2.
- Nếu **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi phải trả lại tiền cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch.
- Nếu **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu thì chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách có thể kháng nghị.

G6. Nộp Kháng nghị Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** Kháng nghị Cấp 1 thì quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc nộp một kháng nghị khác. Nếu quyết định nộp kháng nghị khác thì quý vị sẽ sử dụng quy trình kháng nghị Cấp 2. **IRO** sẽ xem xét quyết định của chúng tôi nếu chúng tôi **Từ chối** kháng nghị đầu tiên của quý vị. Tổ chức này sẽ quyết định xem chúng tôi có cần thay đổi quyết định của mình hay không.

> Tên chính thức của "Tổ chức Đánh giá Độc lập" (IRO) là **"Đơn vị Đánh giá Độc lập"**, đôi khi được gọi là **"IRE".**

Để Kháng nghị Cấp 2, quý vị, người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị phải liên hệ với IRO **bằng văn bản** và yêu cầu xem xét lại trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** Kháng nghị Cấp 1 thì trong thư gửi cho quý vị phải có **hướng dẫn về cách nộp Kháng nghị Cấp 2** với IRO. Hướng dẫn này cũng cho biết người có thể thực hiện Kháng nghị Cấp 2, thời hạn quý vị phải tuân thủ và cách liên hệ với tổ chức đó.
- Khi quý vị kháng nghị lên IRO thì chúng tôi sẽ gửi thông tin mà chúng tôi có về kháng nghị của quý vị cho họ. Thông tin này được gọi là "hồ sơ vụ việc" của quý vị. **Quý vị có quyền nhận miễn phí một bản sao hồ sơ vụ việc của mình.** Nếu quý vị cần trợ giúp yêu cầu bản sao hồ sơ miễn phí của mình, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711).
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho IRO để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

IRO sẽ xem xét Kháng nghị Medicare Part D Cấp 2 và trả lời quý vị bằng văn bản. Xem **Phần F4** để biết thêm thông tin về IRO.

Thời hạn kháng nghị nhanh ở Cấp 2

Nếu sức khỏe của quý vị trở nặng thì hãy kháng nghị nhanh với IRO.

- Nếu đồng ý kháng nghị nhanh thì họ phải trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.
- Nếu họ **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị thì chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

Thời hạn kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2

Nếu quý vị kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2 thì IRO phải trả lời quý vị:

- **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi họ nhận được đơn kháng nghị cho một thuốc mà quý vị không nhận được.
- **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng nghị hoàn trả cho một thuốc mà quý vị đã mua.

Nếu IRO **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải trả lại tiền thuốc mà quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO.
    - Nếu IRO **Từ chối** với kháng nghị của quý vị thì có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “từ chối kháng nghị của quý vị”.

Nếu IRO **Từ chối** Kháng nghị Cấp 2 thì quý vị có quyền Kháng nghị Cấp 3 nếu số tiền bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng giá tiền tối thiểu. Nếu giá tiền bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu thấp hơn mức tối thiểu bắt buộc, thì quý vị không thể kháng nghị thêm nữa. Trong trường hợp đó, quyết định cho Kháng nghị Cấp 2 là quyết định cuối cùng. IRO sẽ gửi thư cho quý vị biết số tiền tối thiểu cần thiết để tiếp tục lên Kháng nghị Cấp 3.

Nếu số tiền mà quý vị yêu cầu đáp ứng yêu cầu, thì quý vị chọn xem liệu có muốn kháng nghị thêm hay không.

- Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2.

- Nếu IRO **Từ chối** Kháng nghị Cấp 2 và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng nghị thì quý vị:
    - Quyết định xem có muốn kháng nghị Cấp 3 hay không.
    - Xem thư mà IRO gửi cho quý vị sau Kháng nghị Cấp 2 để biết chi tiết về cách thực hiện Kháng nghị Cấp 3.

ALJ hoặc thẩm phán luật sư sẽ xử lý Kháng nghị Cấp 3. Xem **Phần J** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi bao trả cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện mà chúng tôi bao trả cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc tổn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm bệnh viện trong chương trình của chúng tôi, hãy xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này.

Trong thời gian nằm viện được bảo hiểm, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ cũng giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị rời bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện”.
- Bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện.

Nếu nghĩ là quý vị đang được yêu cầu rời bệnh viện quá sớm hoặc lo lắng về việc chăm sóc của mình sau khi xuất viện, thì quý vị có thể yêu cầu nằm viện lâu hơn. Phần này sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu.

Bất kể các kháng nghị được xử lý trong **Phần H** này, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng xem **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập. Quý vị có thể yêu cầu ngoài Đánh giá Y khoa Độc lập hoặc thay cho Kháng nghị Cấp 3.

H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi nhập viện, người tại bệnh viện, chẳng hạn như y tá hoặc nhân viên phụ trách, sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản có tên là “Thông báo Quan trọng của Medicare về Quyền của Quý vị”. Mỗi người có Medicare đều nhận được một bản thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo, hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào của bệnh viện về thông báo. Nếu có thay đổi bất kỳ thông tin nào thì hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của

SFHP Care Plus theo số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

- **Hãy đọc kỹ thông báo** và hỏi lại nếu quý vị không hiểu. Thông báo này sẽ cho biết về các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân của bệnh viện, bao gồm các quyền của quý vị:
    - Nhận dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian ở viện của quý vị. Quý vị có quyền biết về các dịch vụ này, người sẽ thanh toán cho các dịch vụ và địa điểm có thể nhận dịch vụ.
    - Hãy tham gia bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
    - Biết nơi báo cáo khi quý vị có quan ngại về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện.
    - Kháng nghị nếu nghĩ là mình sẽ bị xuất viện quá sớm.
- **Ký tên vào thông báo** để chứng minh là quý vị đã nhận được thông báo và hiểu các quyền của mình.
    - Quý vị hoặc người khác thay mặt quý vị có thể ký tên vào thông báo này.
    - Việc ký tên vào thông báo **chỉ** thể hiện là quý vị đã nhận được thông tin về quyền của mình. Ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà có thể bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện đã nói với quý vị.
- **Giữ bản sao** của thông báo đã ký để xem lại thông tin khi cần.

Nếu ký tên vào thông báo hơn hai ngày trước ngày rời bệnh viện, thì quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao của thông báo này nếu quý vị:

- Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang này
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập vào www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Nộp Kháng nghị Cấp 1

Để yêu cầu chúng tôi bao trả cho các dịch vụ nội trú bệnh viện trong thời gian dài hơn, hãy nộp kháng nghị. Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO) sẽ xem xét Kháng nghị Cấp 1 để tìm hiểu xem ngày xuất viện theo kế hoạch có phù hợp về mặt y tế với quý vị hay không.

QIO là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ liên bang trả lương. Các chuyên gia này sẽ kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho người có Medicare. Họ không thuộc chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

Tại California, QIO là Commence Health. Gọi cho họ theo số 1(877) 588-1123 (TTY: 711). Thông tin liên lạc cũng có trong "Thông báo Quan trọng của Medicare về Quyền của Quý vị" và trong **Chương 2.**

Gọi cho QIO trước khi rời bệnh viện và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

- **Nếu gọi trước khi rời bệnh viện,** thì quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày theo kế hoạch xuất viện mà không phải trả tiền trong khi chờ quyết định của QIO về đơn kháng nghị của quý vị.
- **Nếu không gọi điện để kháng nghị** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày theo kế hoạch xuất viện thì có thể quý vị phải thanh toán tất cả các chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- Vì thời gian nằm viện được Medicare và Medi-Cal bao trả, nên nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng không nhận được yêu cầu tiếp tục nằm viện của quý vị hoặc quý vị tin rằng tình trạng của mình là khẩn cấp, liên quan đến mối đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc quý vị đang bị đau dữ dội, thì quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu California Department of Managed Health Care (DMHC) Đánh giá Y khoa Độc lập. Vui lòng xem **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập.

Yêu cầu trợ giúp nếu cần. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

- Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang này.
    - Gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu xem xét nhanh. Hãy hành động nhanh và liên hệ với QIO để yêu cầu xem xét nhanh về việc xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho "xem xét nhanh" là **"xem xét ngay lập tức"** hoặc **"xem xét cấp tốc".**

Quy trình xem xét nhanh bao gồm những gì

- Người đánh giá tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị tại sao quý vị lại nghĩ là nên tiếp tục được bảo hiểm sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không bắt buộc nhưng có thể viết một bản khai.
- Người đánh giá sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Vào trưa ngày sau khi người đánh giá cho chương trình của chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị thì quý vị sẽ nhận được thư có ngày xuất viện dự kiến. Thư cũng cho biết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi lại nghĩ rằng đó là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế với quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho nội dung giải thích bằng văn bản này là **"Thông báo Chi tiết về việc Xuất viện".** Quý vị có thể lấy mẫu bằng cách gọi cho Chăm sóc Khách hàng SFHP Care Plus theo các số ở cuối trang hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể tham khảo thông báo mẫu trực tuyến tại www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, QIO sẽ trả lời cho kháng nghị của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị thì:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú bệnh viện được bao trả cho quý vị nếu đó là dịch vụ cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** đơn kháng nghị của quý vị thì tức là:

- Họ tin rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào trưa ngày sau khi QIO trả lời cho kháng nghị của quý vị.

- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí chăm sóc bệnh viện đã nhận được sau buổi trưa ngày sau khi QIO trả lời cho kháng nghị của quý vị.
- Quý vị có thể thực hiện Kháng nghị Cấp 2 nếu QIO từ chối Kháng nghị Cấp 1 **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

H3. Nộp Kháng nghị Cấp 2

Đối với Kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem lại quyết định họ đã đưa ra đối với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1(877) 588-1123 (TTY: 711).

Quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** với Kháng nghị Cấp 1. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu việc xem xét này nếu ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người đánh giá QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn kháng nghị của quý vị.
- Cho biết quyết định của họ với Kháng nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị thì:

- Chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí chăm sóc tại bệnh viện của chúng tôi kể từ 12:00 trưa sau ngày QIO từ chối Kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú bệnh viện được bao trả cho quý vị nếu đó là dịch vụ cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** đơn kháng nghị của quý vị thì tức là:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Kháng nghị Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ sẽ gửi thư cho biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quá trình kháng nghị và thực hiện Kháng nghị Cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng xem **Phần E4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập.

ALJ hoặc thẩm phán luật sư sẽ xử lý Kháng nghị Cấp 3. Xem **Phần J** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế cụ thể

Phần này chỉ nói về ba loại dịch vụ mà quý vị có thể nhận được:

- dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề, **và**
- chăm sóc phục hồi chức năng với tư cách là bệnh nhân ngoại trú tại CORF được Medicare phê duyệt. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang được điều trị bệnh hoặc tai nạn hoặc quý vị đang hồi phục sau một cuộc phẫu thuật lớn.

Với bất kỳ loại dịch vụ nào trong ba loại này, quý vị có quyền nhận được các dịch vụ được bao trả nếu bác sĩ nói là cần thiết cho quý vị.

Khi quyết định ngừng bao trả bất kỳ dịch vụ nào trong số này thì chúng tôi phải thông báo cho quý vị **trước khi** kết thúc dịch vụ. Khi kết thúc bao trả cho dịch vụ đó thì chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ đó.

Nếu cho rằng chúng tôi đang chấm dứt bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **thì quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.** Phần này sẽ cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

I1. Thông báo trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi sẽ gửi một văn bản thông báo mà quý vị sẽ nhận được ít nhất hai ngày trước khi ngừng thanh toán dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Đây được gọi là “Thông báo về việc Medicare Không Bảo hiểm”. Thông báo này cho biết ngày chúng tôi sẽ ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị và cách kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị cần ký tên vào thông báo xác nhận là đã nhận được thông báo. Việc ký tên thông báo **chỉ** thể hiện là quý vị đã nhận được thông tin này. Ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Nộp Kháng nghị Cấp 1

Nếu cho rằng chúng tôi đang chấm dứt bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, thì quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết về quy trình Kháng nghị Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn là rất quan trọng. Hiểu và tuân thủ thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân thủ các thời hạn. Nếu cho rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn quy định thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Xem **Phần K** để biết thêm thông tin về khiếu nại.

- **Yêu cầu trợ giúp nếu cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:
    - Gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số ở cuối trang này.
    - Hãy gọi HICAP theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ với QIO.**
    - Xem **Phần H2** hoặc **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.
    - Yêu cầu họ xem xét kháng nghị của quý vị và quyết định xem có thay đổi quyết định của chương trình hay không.
- **Hành động nhanh và yêu cầu "kháng nghị theo dõi nhanh".** Hỏi QIO xem việc chúng tôi chấm dứt bảo hiểm các dịch vụ y tế cho quý vị có thích hợp về mặt y tế hay không.

Thời hạn liên hệ với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu kháng nghị trước 12:00 trưa ngày có hiệu lực trên "Thông báo về việc Medicare Không Bảo hiểm" mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu Tổ chức Cải tiến Chất lượng không nhận được yêu cầu tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc quý vị tin rằng tình huống của mình là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc nếu bị đau dữ dội, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu Department of Managed Health Care (DMHC) Đánh giá Y khoa Độc lập. Vui lòng xem **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập.

> Thuật ngữ pháp lý cho thông báo bằng văn bản này là **"Thông báo về việc Medicare Không Bảo hiểm".** Để nhận một bản mẫu, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Hoặc nhận một bản sao trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Điều gì xảy ra trong quá trình kháng nghị theo dõi nhanh

- Người đánh giá tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị xem tại sao lại nghĩ là nên tiếp tục bảo hiểm. Quý vị không bắt buộc nhưng có thể viết một bản khai.
- Người đánh giá 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.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích lý do chấm dứt bảo hiểm các dịch vụ cho quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo vào cuối ngày sau khi người đánh giá thông báo cho chúng tôi về quá trình kháng nghị của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý dành cho nội dung giải thích thông báo là **"Giải thích Chi tiết về việc Không-Bảo hiểm".**

- Người đánh giá sẽ có quyết định trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin mà họ cần.

Nếu QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị thì:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị nếu cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** đơn kháng nghị của quý vị thì tức là:

- Bảo hiểm của quý vị kết thúc vào ngày chúng tôi thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán chi phí chăm sóc này vào ngày trong thông báo.
- Quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc này nếu quyết định tiếp tục chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc các dịch vụ CORF sau ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc.
- Quý vị quyết định xem có muốn tiếp tục các dịch vụ này hay không và thực hiện Kháng nghị Cấp 2.

I3. Nộp Kháng nghị Cấp 2

Đối với Kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem lại quyết định họ đã đưa ra đối với Kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1(877) 588-1123 (TTY: 711).

Quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ chối** với Kháng nghị Cấp 1. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu việc xem xét này nếu ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người đánh giá QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn kháng nghị của quý vị.
- Cho biết quyết định của họ với Kháng nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị thì:

- Chúng tôi sẽ trả lại cho quý vị phần chi phí chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo là bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó cho đến khi còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** đơn kháng nghị của quý vị thì tức là:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc chấm dứt dịch vụ chăm sóc cho quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ sẽ gửi thư cho biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quá trình kháng nghị và thực hiện Kháng nghị Cấp 3.
- Quý vị có thể nộp khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập để tiếp tục bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Vui lòng xem **Phần F4** để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC Đánh giá Y khoa Độc lập đồng thời hoặc thay cho Kháng nghị Cấp 3.

ALJ hoặc thẩm phán luật sư sẽ xử lý Kháng nghị Cấp 3. Xem **Phần J1 và J3** để biết thông tin về Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

J. Đưa kháng nghị của quý vị vượt Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo cho dịch vụ và vật dụng Medicare

Nếu quý vị đã nộp Kháng nghị Cấp 1 và Kháng nghị Cấp 2 cho các dịch vụ hoặc vật dụng Medicare và cả hai kháng nghị đều bị từ chối, thì quý vị có thể có quyền yêu cầu các cấp độ kháng nghị bổ sung.

Nếu giá trị của dịch vụ Medicare hoặc vật dụng mà quý vị kháng nghị không đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định, thì quý vị không thể kháng nghị thêm nữa. Nếu đủ mức phí thì quý vị có thể tiếp tục quá trình kháng nghị. Thư mà quý vị nhận được cho Kháng nghị Cấp 2 của mình sẽ giải thích người cần liên hệ và phải làm gì để yêu cầu Kháng nghị Cấp 3.

Kháng nghị Cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng nghị là điều trần ALJ. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc thẩm phán luật sư làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán luật sư **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị**,** thì chúng tôi có quyền kháng nghị quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng nghị** quyết định, thì chúng tôi sẽ gửi bản sao của yêu cầu Kháng nghị Cấp 4 cho quý vị cùng với bất kỳ tài liệu nào liên quan. Chúng tôi có thể đợi quyết định Kháng nghị Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.
- Nếu quyết định **không kháng nghị** quyết định đó thì chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc thẩm phán luật sư.
    - Nếu ALJ hoặc thẩm phán luật sư **Từ chối** kháng nghị của quý vị thì có thể chưa kết thúc quá trình kháng nghị.
- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quá trình kháng nghị đã kết thúc.
- Nếu quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho 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 và trả lời quý vị. Hội đồng này là cơ quan thuộc chính phủ liên bang.

Nếu Hội đồng này **Đồng ý** với Kháng nghị Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của chúng tôi xem xét quyết định Kháng nghị Cấp 3 có lợi cho quý vị, thì chúng tôi có quyền kháng nghị lên Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng nghị** quyết định đó thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.

- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng nghị** quyết định đó thì chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.

Nếu Hội đồng **Từ chối** hoặc không đồng ý với yêu cầu xem xét của chúng tôi, thì quá trình kháng nghị có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quá trình kháng nghị đã kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Quý vị sẽ nhận được thông báo cho biết quý vị có thể tiếp tục lên Kháng nghị Cấp 5 và việc cần làm.

Kháng nghị Cấp 5

- Thẩm phán Tòa án Liên bang tại Quận sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hay **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng nghị nào khác ngoài Tòa án Liên bang tại Quận.

J2. Kháng nghị Medi-Cal 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 thường được Medi-Cal bao trả. Thư mà quý vị nhận được từ Bộ phận Điều trần cấp Tiểu bang sẽ cho biết phải làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

J3. Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc Medicare Part D

Phần này có thể phù hợp nếu quý vị đã thực hiện Kháng nghị Cấp 1 và Kháng nghị Cấp 2 và cả hai kháng nghị của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá thuốc mà quý vị kháng nghị đáp ứng số tiền nhất định thì quý vị có thể tiếp tục đến các cấp độ kháng nghị bổ sung. Văn bản trả lời mà quý vị nhận được cho Kháng nghị Cấp 2 của mình sẽ cho biết người cần liên hệ và phải làm gì để yêu cầu Kháng nghị Cấp 3.

Kháng nghị Cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng nghị là điều trần ALJ. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc thẩm phán luật sư làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán luật sư **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị thì**:**

- Quá trình kháng nghị đã kết thúc.

- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 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 ALJ hoặc thẩm phán luật sư **Từ chối** kháng nghị của quý vị thì có thể chưa kết thúc quá trình kháng nghị.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quá trình kháng nghị đã kết thúc.
- Nếu quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho biết phải làm gì đối với Kháng nghị Cấp 4.

Kháng nghị Cấp 4

Hội đồng sẽ xem xét kháng nghị và trả lời quý vị. Hội đồng này là cơ quan thuộc chính phủ liên bang.

Nếu Hội đồng này **Đồng ý** với kháng nghị của quý vị thì:

- Quá trình kháng nghị đã kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt trong vòng 72 giờ (hoặc 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 Hội đồng **Từ chối** hoặc không đồng ý với yêu cầu xem xét, thì quá trình kháng nghị có thể chưa kết thúc

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quá trình kháng nghị đã kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng nghị này, thì quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Quý vị sẽ nhận được thông báo cho biết quý vị có thể tiếp tục lên Kháng nghị Cấp 5 và việc cần làm.

Kháng nghị Cấp 5

- Thẩm phán Tòa án Liên bang tại Quận sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hay **Từ chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng nghị nào khác ngoài Tòa án Liên bang tại Quận.

K. Cách gửi khiếu nại

K1. Những loại vấn đề nào được coi là khiếu nại

Quy trình khiếu nại chỉ sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định, chẳng hạn như các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, phối hợp chăm sóc và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý theo quy trình khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng chăm sóc y tế cho quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong bệnh viện.
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng có người không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin bảo mật về quý vị.
Không tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị. • Nhân viên của chúng tôi đối xử tệ với quý vị. • Quý vị nghĩ là mình đang bị đẩy ra khỏi chương trình của chúng tôi.
Hỗ trợ khả năng tiếp cận và ngôn ngữ	• Quý vị không thể tiếp cận trực tiếp các dịch vụ và tiện ích chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp. • Bác sĩ hoặc nhà cung cấp không cung cấp thông dịch viên nếu quý vị không nói tiếng Anh (chẳng hạn như Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ hoặc tiếng Tây Ban Nha). • Nhà cung cấp không cung cấp những điều chỉnh hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ đợi	• Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc chờ đợi quá lâu để có lịch hẹn. • Bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác, Dịch vụ Khách hàng hoặc nhân viên khác của chương trình làm cho quý vị phải chờ đợi quá lâu.

Khiếu nại	Ví dụ
Vệ sinh	• Quý vị nghĩ rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ không sạch sẽ.
Thông tin chúng tôi gửi cho quý vị	• Quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã không gửi thông báo hoặc thư mà quý vị nên nhận được. • Quý vị nghĩ rằng thông tin bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.
Tính kịp thời liên quan đến các quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị	• Quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời kháng nghị của quý vị. • Quý vị nghĩ rằng, sau khi nhận được quyết định bảo hiểm hoặc quyết định cho kháng nghị có lợi cho mình nhưng chúng tôi không đáp ứng thời hạn phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ hoặc trả lại tiền một số dịch vụ y tế cụ thể cho quý vị. • Quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã không gửi trường hợp của quý vị lên IRO đúng hạn.

Có nhiều loại khiếu nại khác nhau. Quý vị có thể khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Chương trình của chúng tôi đệ trình và xem xét khiếu nại nội bộ. Một khiếu nại bên ngoài được đệ trình và xem xét bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu cần trợ giúp đưa ra khiếu nại nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

> Thuật ngữ pháp lý cho “phàn nàn” là **“khiếu nại”.**
>
> Thuật ngữ pháp lý cho “nộp đơn phàn nàn” là **“nộp đơn khiếu nại”.**

K2. Khiếu nại nội bộ

Để khiếu nại nội bộ, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Quý vị có thể khiếu nại bất cứ lúc nào trừ trường hợp về thuốc Medicare Part D. Nếu khiếu nại về thuốc Medicare Part D, thì quý vị phải khiếu nại **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

- Nếu có bất cứ việc gì mà quý vị cần làm, thì Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu khiếu nại bằng văn bản thì chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị bằng văn bản.

> Thuật ngữ pháp lý cho "phàn nàn nhanh" là **"khiếu nại cấp tốc".**

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi điện để khiếu nại thì chúng tôi có thể trả lời trong cùng cuộc gọi điện thoại đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu được trả lời nhanh thì chúng tôi sẽ trả lời nhanh.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì cần thêm thông tin, thì chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng thông báo cập nhật trạng thái và thời gian ước tính sẽ trả lời quý vị.
- Nếu khiếu nại vì chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "kháng nghị nhanh", thì chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi mất thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị, thì chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu không đồng ý với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị, thì chúng tôi sẽ cho quý vị biết và giải thích lý do. Chúng tôi trả lời cho dù có đồng ý với khiếu nại hay không.

K3. Khiếu nại bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể nói cho Medicare biết về khiếu nại của mình hoặc gửi đến Medicare. Mẫu đơn Khiếu nại Medicare có sẵn tại: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị không cần phải nộp đơn khiếu nại với SFHP Care Plus trước khi nộp đơn khiếu nại với Medicare.

Medicare sẽ nghiêm túc xem xét khiếu nại của quý vị và sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có thêm ý kiến hoặc thắc mắc hoặc nếu cảm thấy chương trình bảo hiểm y tế không giải quyết được vấn đề của mình, thì quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Thanh tra Chăm sóc có Quản lý của Medi-Cal thuộc California Department of Health Care Services (DHCS) bằng cách gọi 1-888-452-8609. Người dùng TTY hãy gọi số 711. Gọi từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với California Department of Managed Health Care (DMHC). DMHC chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. Quý vị có thể gọi cho Trung tâm Trợ giúp của DMHC để được hỗ trợ về các khiếu nại liên quan đến dịch vụ Medi-Cal. Đối với các vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới DMHC nếu quý vị không đồng ý với quyết định trong kháng nghị Cấp 1 hoặc nếu chương trình không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày dương lịch. Tuy nhiên, quý vị có thể liên hệ với DMHC mà không cần nộp kháng nghị Cấp 1 nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến vấn đề khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, nếu quý vị đang đau dữ dội, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về khiếu nại của quý vị, hoặc nếu chương trình của chúng tôi không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày dương lịch.

Dưới đây là hai cách để được Trung tâm trợ giúp:

- Gọi 1-888-466-2219. Người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm thanh có thể sử dụng số TTY miễn phí, 1-877-688-9891. Đây là cuộc gọi miễn phí.
- Truy cập vào trang web của Department of Managed Health Care (www.dmhc.ca.gov).

Office for Civil Rights (OCR)

Quý vị có thể khiếu nại lên Department of Health and Human Services (HHS) OCR nếu quý vị cho rằng mình chưa được đối xử công bằng. Ví dụ, quý vị có thể khiếu nại về việc tiếp cận cho người khuyết tật hoặc trợ giúp ngôn ngữ. Số điện thoại của OCR là 1-800-368-1019. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng OCR địa phương tại:

Civil Rights
US Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Trung tâm Hồi đáp Khách hàng: 1(800) 368-1019
Fax: 1(202) 619-3818
TDD: 1(800) 537-7697
Email: OCRComplaint@hhs.gov

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ (ADA) và theo luật tiểu bang California áp dụng. Quý vị có thể khiếu nại bằng cách:

- Nộp đơn khiếu nại với SFHP Care Plus; hoặc
- Nộp đơn khiếu nại với Federal HHS Office of Civil Rights (OCR): Nộp Đơn Khiếu Nại Dân Quyền | HHS.gov

QIO

Khi khiếu nại về chất lượng chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc trực tiếp với QIO.
- Quý vị có thể khiếu nại với QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu khiếu nại với QIO thì chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

QIO là một nhóm các bác sĩ hành nghề và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, hãy tham khảo **Phần H2** hoặc xem **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này.

Ở California, QIO được gọi là Commence Health BFCC-QIO. Số điện thoại của Commence Health BFCC-QIO là 1(877) 588-1123 (TTY: 711).

Chương 10: Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Giới thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi và các tùy chọn bảo hiểm y tế cho quý vị sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị vẫn sẽ tiếp tục tham gia các chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện. Các thuật ngữ quan trọng và định nghĩa được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên* này.

Mục Lục

A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi 267

B. Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi 268

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt 269

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị 269

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị 274

D. Các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc cho đến khi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 274

E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc 274

F. Quy định cấm yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe 276

G. Quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 276

H. Cách nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình 276

A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare đều có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình vào những thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal, nên quý vị có một số lựa chọn để chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi vào những khoảng thời gian sau đây mỗi năm:

- **Thời gian Ghi danh**, từ ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên trong chương trình mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Thời gian Ghi danh Medicare Advantage (MA)** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3; và đối với những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh tham gia một chương trình, thời gian này kéo dài từ tháng họ bắt đầu đủ điều kiện hưởng Part A và Part B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ ba kể từ khi bắt đầu đủ điều kiện hưởng các quyền lợi này. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong giai đoạn này, thì tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những trường hợp khác khi quý vị đủ điều kiện để thay đổi lựa chọn ghi danh của mình. Ví dụ như khi:

- quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Trợ Giúp Bổ Sung của quý vị thay đổi, **hoặc**
- Nếu gần đây quý vị đã chuyển đến, hiện đang được chăm sóc hoặc vừa chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu rời khỏi chương trình của quý vị. Ví dụ: nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng Một, thì bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng Một. Nếu quý vị ghi danh tham gia một chương trình khác, quyền lợi bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (trong ví dụ này là ngày 1 tháng 2).

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, thì quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Phần C1** bên dưới.

- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal ở **Phần C2** bên dưới.

Quý vị có thể xem thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách hội viên của mình bằng cách gọi:

- Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số điện thoại ở cuối trang này. Cũng có số điện thoại cho người dùng TTY.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
- Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP), theo số 1-800-434-0222, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-430-7077.
- Thanh tra về Chăm sóc Có quản lý Medi-Cal theo số 1-888-452-8609, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều hoặc gửi email MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Nếu đang tham gia chương trình quản lý thuốc (DMP) thì quý vị không thể thay đổi chương trình. Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quyết định chấm dứt tư cách hội viên, quý vị có thể ghi danh vào một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare nhưng chưa chọn một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, quý vị phải yêu cầu hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi. Có hai cách có thể yêu cầu hủy đăng ký:

- Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số điện thoại ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách hủy đăng ký.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY (những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) hãy gọi 1-877-486-2048. Khi gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể đăng ký vào một chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc Medicare khác. Thông tin

bổ sung về việc nhận các dịch vụ Medicare khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng trên trang 270.

- Gọi cho Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-430-7077.
- **Phần C** dưới đây trình bày các bước quý vị có thể thực hiện để đăng ký vào một chương trình khác và cũng sẽ chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Quý vị có thể lựa chọn nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi.

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn được liệt kê dưới đây để nhận các dịch vụ Medicare vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có một lựa chọn bổ sung được liệt kê dưới đây tại một số thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Thời gian Đăng ký Mở** và **Thời gian Đăng ký Mở Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác được mô tả trong **Phần A.** Nếu chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể thay đổi sang: **Chương trình Medicare Medi-Cal (Chương trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal và kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các Chương trình Medi-Medi điều phối tất cả các quyền lợi và dịch vụ trên cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bao trả hoặc một Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), nếu quý vị đủ điều kiện.** **Lưu ý**: Thuật ngữ Medi-Medi Plan là tên của các chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép tích hợp (D-SNP) ở California.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: ▪ Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) có thể gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập vào www.aging.ca.gov/HICAP. **HOẶC** Ghi danh vào một Chương Trình Medi-Medi mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi quyền lợi bảo hiểm của chương trình mới bắt đầu có hiệu lực. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi để phù hợp với Chương Trình Medi-Medi của quý vị.

2. Quý vị có thể thay đổi sang: **Original Medicare cùng với một chương trình thuốc Medicare riêng biệt và một chương trình Medi-Cal.**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: ▪ Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) có thể gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập vào www.aging.ca.gov/HICAP. **HOẶC** Ghi danh tham gia một chương trình thuốc Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ tiếp tục được ghi danh vào Chương trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn một chương trình khác.

3. Quý vị có thể thay đổi sang: **Original Medicare không có chương trình thuốc Medicare riêng nếu quý vị có lý do hủy ghi danh hợp lệ** **LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare riêng, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết là quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc nếu có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, chẳng hạn như bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: ▪ Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) có thể gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập vào www.aging.ca.gov/HICAP. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ tiếp tục được ghi danh vào Chương trình Medi-Cal của mình trừ khi quý vị chọn một chương trình khác.

4. Quý vị có thể thay đổi sang: **Bất kỳ chương trình sức khỏe Medicare nào** trong những thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Thời gian Ghi danh** và **Thời gian Ghi danh Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác như mô tả trong **Part A.**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE), hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn biết thêm thông tin: ▪ Gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) có thể gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập vào www.aging.ca.gov/HICAP. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi quyền lợi bảo hiểm của chương trình mới bắt đầu có hiệu lực. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

C2. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-430-7077. Hoặc truy cập vào www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận bảo hiểm Medi-Cal.

D. Các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc cho đến khi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, có thể sẽ mất một khoảng thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt và quyền lợi bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu có hiệu lực. Trong thời gian này, quý vị tiếp tục nhận thuốc và chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu có hiệu lực.

- Hãy sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.
- Hãy sử dụng các tiệm thuốc tây trong mạng lưới của chúng tôi, kể cả thông qua các dịch vụ đặt thuốc qua bưu điện, để mua thuốc kê toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách hội viên SFHP Care Plus của quý vị kết thúc, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho thời gian nằm viện đó cho đến khi quý vị xuất viện. Quy định này sẽ áp dụng ngay cả khi bảo hiểm y tế mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Sau đây là những trường hợp phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu có sự gián đoạn trong bảo hiểm Medicare Part A và Medicare Part B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medi-Cal. Lưu ý: nếu không còn đủ điều kiện nhận Medi-Cal, quý vị có thể tạm thời tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi với các quyền lợi Medicare, vui lòng xem

thông tin bên dưới về thời gian được áp dụng. Chương trình của chúng tôi sẽ bắt buộc hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị mất Tình trạng Nhu cầu Đặc biệt (tức là mất tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal) và không lấy lại Tình trạng Nhu cầu Đặc biệt trong thời gian ba (3) tháng được coi là đủ điều kiện.

- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng.
    - Nếu quý vị chuyển nơi ở hoặc có chuyến đi dài ngày, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus để tìm hiểu xem nơi quý vị chuyển đến có nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình hay không.
- Nếu bị vào tù hoặc giam giữ vì một tội hình sự.
- Nếu quý vị gian dối hoặc không khai báo thông tin bảo hiểm khác về thuốc của quý vị.
- Nếu quý vị không phải là công dân hoặc người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện.
    - Quý vị phải là công dân hoặc người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện, thì mới có thể là hội viên của chương trình chúng tôi.
    - Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thông báo cho chúng tôi biết quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên trên cơ sở này.
    - Chúng tôi phải hủy ghi danh nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị mất tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nhưng dự kiến có thể lấy lại tư cách này trong vòng ba tháng, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi được Medicare và Medi-Cal bao trả. Trong thời gian này, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal. Nếu quý vị không thể lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal trong vòng ba tháng, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi SFHP Care Plus. Nếu quý vị lấy lại tư cách đủ điều kiện tham gia Medi-Cal sau khi bị hủy ghi danh, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để ghi danh lại vào chương trình.

Chương trình của chúng tôi quy định khoảng thời gian ba (3) tháng được coi là đủ điều kiện cho những hội viên bị mất quyền lợi Medi-Cal. Khoảng thời gian ba (3) tháng được coi là đủ điều kiện sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo, trong đó SFHP có sẵn thông tin liên quan đến việc mất bảo hiểm và thông báo cho Hội viên. Trong khoảng thời gian ba (3) tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện, quý vị được duy trì các quyền lợi Medicare và Medi-Cal trong chương trình này. Hãy liên hệ với Health Care Options để biết thông tin về điều

kiện tham gia Medi-Cal của quý vị, xem **Chương 2, Phần H** để biết thông tin liên hệ. Sau thời gian được coi là tiếp tục đủ điều kiện mà quý vị không khôi phục tình trạng hội đủ điều kiện thì chương trình của chúng tôi bắt buộc phải hủy đăng ký của quý vị (vào ngày 1 của tháng sau khi kết thúc tháng thứ 3 của giai đoạn được coi là đủ điều kiện này).

Chúng tôi chỉ có thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì những lý do sau nếu được Medicare và Medi-Cal cho phép trước:

- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin không chính xác khi đăng ký tham gia chương trình và thông tin đó ảnh hưởng đến điều kiện tham gia vào chương trình của quý vị.
- Nếu quý vị liên tục làm gián đoạn và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình.
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng Thẻ Hội viên của mình để được chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra điều tra vụ việc nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này).

F. Quy định cấm yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị phải rời khỏi chương trình vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình vì lý do liên quan đến sức khỏe, **hãy gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

G. Quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thì chúng tôi phải cho quý vị biết lý do chấm dứt tư cách hội viên bằng văn bản. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể khiếu nại hoặc kháng nghị về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể xem **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thông tin về cách khiếu nại.

H. Cách nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình

Nếu có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên, quý vị có thể gọi cho Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus theo các số điện thoại ở cuối trang này.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thông báo về pháp lý áp dụng cho hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ và định nghĩa quan trọng được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục Lục

A. Thông báo về luật 278

B. Thông báo của liên bang về việc không phân biệt đối xử 278

C. Thông báo về việc không phân biệt đối xử đối với Medi-Cal 278

D. Thông báo về Medicare với tư cách là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal với tư cách là bên thanh toán cuối cùng 280

E. Thông báo về việc thu hồi tài sản Medi-Cal 280

A. Thông báo về luật

Nhiều luật áp dụng cho *Sổ tay Hội viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị mặc dù *Sổ tay Hội viên* này không bao gồm hoặc giải thích luật. Các luật chính được áp dụng là luật liên bang và tiểu bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật liên bang và tiểu bang khác cũng có thể áp dụng.

B. Thông báo của liên bang về việc không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, tiền sử yêu cầu bồi thường, tiền sử bệnh, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, giống như chương trình của chúng tôi đều phải tuân thủ luật liên bang về việc chống phân biệt đối xử, bao gồm Chương VI của Luật Dân quyền năm 1964, Đạo luật về Phục hồi chức năng năm 1973, Đạo luật chống Phân biệt đối xử về Tuổi tác năm 1975, Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật, Mục 1557 của Luật Chăm sóc Y tế Giá hợp lý (ACA), tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ của liên bang và tất cả các luật và quy định khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu muốn biết thêm thông tin hoặc có quan ngại về việc phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng:

- Hãy gọi cho Văn phòng Dân quyền thuộc Department of Health and Human Services theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập vào www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

C. Thông báo về việc không phân biệt đối xử đối với Medi-Cal

Chúng tôi không phân biệt đối xử với quý vị dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, tiền sử yêu cầu bồi thường, tiền sử bệnh, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ vì nguồn gốc tổ tiên, nhận diện nhóm dân tộc, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng y tế.

Nếu muốn biết thêm thông tin hoặc có quan ngại về việc phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng:

- Hãy gọi cho Văn phòng Dân quyền thuộc Department of Health Care Services theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi 711 (Dịch vụ Chuyển tiếp Viễn thông). Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử, hãy liên hệ với Điều phối viên Dân quyền của SFHP Care Plus:
    - Qua điện thoại: Liên hệ với Điều phối viên Dân Quyền của SFHP từ 8:30 sáng đến 5:30 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, theo số 1(833) 530-7327. Hoặc, nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nghe hoặc nói, hãy gọi TTY 711 để sử dụng Dịch vụ Chuyển tiếp California.
    - Qua thư: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:

      Điều phối viên Dân quyền SFHP Care Plus
      San Francisco Health Plan
      Điều phối viên giải quyết Khiếu nại về Dân quyền
      P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119-4247
    - Trực tiếp: Đến phòng khám của bác sĩ của quý vị hoặc Trung tâm Dịch vụ SFHP Care Plus tại 550 Kearny Street, Lower Level, San Francisco, CA 94108 và cho biết quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.
    - Trực tuyến: Truy cập vào trang web của SFHP Care Plus theo địa chỉ sfhp.org/grievance.

Nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến hành vi phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Văn phòng Dân quyền thuộc Department of Health Care Services qua điện thoại, bằng văn bản hoặc phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt thì hãy gọi 711 (Dịch vụ Chuyển tiếp Viễn thông).
- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:

  Phó Giám đốc, Văn phòng Dân quyền
  Department of Health Care Services
  Văn phòng Dân quyền
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Các mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Bằng phương thức điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus. Nếu quý vị có khiếu nại, chẳng hạn như vấn đề về khả năng tiếp cận bằng xe lăn, Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus có thể hỗ trợ quý vị.

D. Thông báo về Medicare với tư cách là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal với tư cách là bên thanh toán cuối cùng

Đôi khi phải có người trả tiền trước cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị bị tai nạn xe hơi hoặc quý vị bị thương tại nơi làm việc, thì bảo hiểm hoặc Bồi hoàn Tai nạn Lao động phải thanh toán trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu hồi các khoản thanh toán cho những dịch vụ được Medicare bao trả mà Medicare không phải là bên thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân thủ luật và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho hội viên. Chúng tôi thực hiện mọi biện pháp hợp lý để đảm bảo rằng Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng.

Các hội viên Medi-Cal phải sử dụng tất cả các bảo hiểm y tế khác (OHC) trước khi sử dụng Medi-Cal nếu cùng một dịch vụ được bảo hiểm y tế của quý vị bao trả, vì Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng. Điều này có nghĩa là trong hầu hết các trường hợp, Medi-Cal sẽ là bên thanh toán thứ cấp sau Medicare hoặc bảo hiểm y tế khác (OHC), chi trả các chi phí được phép mà chương trình của chúng tôi hoặc OHC không thanh toán, tối đa theo mức chi trả của Medi-Cal.

E. Thông báo về việc thu hồi tài sản Medi-Cal

Chương trình Medi-Cal phải yêu cầu hoàn trả từ di sản được đưa ra thủ tục chứng thực di chúc của một số hội viên đã qua đời đối với các quyền lợi Medi-Cal mà họ đã nhận kể từ sinh nhật lần thứ 55 trở đi. Tiền thu hồi bao gồm khoản thanh toán Chi phí theo Dịch vụ và phí bảo hiểm chăm sóc sức khỏe có quản lý/chi phí theo đầu người cho dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng, dịch vụ tại nhà và cộng đồng và dịch vụ thuốc ở bệnh viện và thuốc kê toa đã nhận khi hội viên lưu trú trong cơ sở điều dưỡng hoặc nhận dịch vụ tại nhà và cộng đồng. Tiền thu hồi không được vượt quá giá trị tài sản đã chứng thực của hội viên.

Để tìm hiểu thêm, hãy chuyển đến trang web thu hồi tài sản của Department of Health Care Services theo địa chỉ www.dhcs.ca.gov/er hoặc gọi 916-650-0590.

Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Giới thiệu

Chương này gồm có các thuật ngữ quan trọng được sử dụng trong *Sổ tay Hội viên* này và định nghĩa của các thuật ngữ đó. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không tìm thấy thuật ngữ quý vị cần hoặc cần thêm thông tin ngoài nội dung trong phần định nghĩa, hãy liên hệ với Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus.

Bác sĩ chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng đầu tiên cho hầu hết các vấn đề về sức khỏe. Họ đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết để giữ gìn sức khỏe.

- Bác sĩ chăm sóc chính cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị đến họ.
- Trong nhiều chương trình bảo hiểm y tế Medicare, quý vị phải sử dụng bác sĩ chăm sóc chính của mình trước khi sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Xem **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính.

Bác sĩ chuyên khoa: Bác sĩ điều trị một số loại vấn đề về sức khỏe cụ thể. Ví dụ: bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình điều trị xương gãy; bác sĩ chuyên khoa dị ứng điều trị dị ứng và bác sĩ tim mạch điều trị bệnh tim. Trong hầu hết các trường hợp, hội viên sẽ cần giấy giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP) để đến khám bác sĩ chuyên khoa.

Bậc thuốc: Các nhóm thuốc trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi. Ví dụ về các bậc thuốc như thuốc phổ thông, thuốc biệt dược hoặc thuốc không kê toa (OTC). Mỗi loại thuốc trong *Danh mục Thuốc* của chúng tôi đều thuộc một trong sáu (6) bậc này.

Các chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ bao trả các quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và dịch vụ vận chuyển. Các quyền lợi Medicare được cung cấp riêng biệt.

Các dịch vụ được Medicare bao trả: Các dịch vụ được Medicare Part A và Medicare Part B bao trả. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare, bao gồm chương trình của chúng tôi, phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Part A và Medicare Part B bao trả.

Cần thiết về mặt y tế: Đây là thông tin mô tả các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc mà quý vị cần dùng để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng y tế hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Cũng có nghĩa là các dịch vụ, tiếp liệu hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận theo thực hành y tế.

Cấp cứu: Tình trạng cấp cứu y tế khi quý vị, hoặc bất kỳ người nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y khoa, cho rằng quý vị có các triệu chứng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong, mất một bộ phận cơ thể hoặc mất hay suy giảm nghiêm trọng một chức năng cơ thể; và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, để ngăn ngừa mất thai. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng y tế nhanh chóng trở nặng.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được bao trả do nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi.

Chăm sóc cuối đời: Chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp những người có tiên lượng giai đoạn cuối sống thoải mái. Tiên lượng giai đoạn cuối có nghĩa là một người đã được xác nhận về mặt y khoa là mắc bệnh giai đoạn cuối, tức là có thời gian sống dự kiến từ sáu tháng trở xuống.

- Hội viên có tiên lượng giai đoạn cuối được quyền chọn chăm sóc cuối đời.
- Một nhóm gồm các chuyên gia và người chăm sóc được đào tạo chuyên biệt sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện, bao gồm đáp ứng các nhu cầu về thể chất, cảm xúc, xã hội và tinh thần.
- Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời trong khu vực của quý vị.

Chăm sóc Khách hàng: Bộ phận chức năng trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các thắc mắc của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng nghị. Xem **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thêm thông tin về sự hỗ trợ của Chăm sóc Khách hàng.

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết: Một loại chăm sóc mà quý vị nhận cho một bệnh, tổn thương hoặc tình trạng không lường trước được và không phải là khẩn cấp nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới vì, xét theo thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh của quý vị, việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể hoặc không hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi và cần các dịch vụ y tế tức thời, cần thiết về mặt y tế cho một tình trạng không lường trước được nhưng tình trạng đó không phải là trường hợp cấp cứu).

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF): Dịch vụ chăm sóc và phục hồi chức năng điều dưỡng lành nghề được cung cấp liên tục, hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng lành nghề. Ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) do y tá đã đăng ký hoặc bác sĩ thực hiện.

Chương trình bảo hiểm y tế: Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có người quản lý dịch vụ chăm sóc để giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả họ phối hợp với nhau để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE): Chương trình kết hợp các quyền lợi Medicare và Medicaid cho người từ 55 tuổi trở lên cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

Chương trình đặt thuốc qua đường bưu điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình đặt thuốc qua đường bưu điện, cho phép quý vị nhận lượng thuốc kê toa được bao trả đủ dùng trong tối đa ba tháng và được gửi trực tiếp đến nhà quý vị. Đây có thể là một cách hiệu quả về chi phí và thuận tiện để mua các thuốc kê toa mà quý vị dùng thường xuyên.

Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP): Chương trình giúp những người đủ điều kiện đang sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV nhằm cứu mạng sống.

Chương trình Medi-Medi: Chương trình Medi-Medi là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal và kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Chương trình Medi-Medi điều phối tất cả các quyền lợi và dịch vụ với cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bao trả.

Chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho người đủ điều kiện kép (D-SNP): Chương trình bảo hiểm y tế phục vụ những người đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là một D-SNP.

Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường Medicare (MDPP): Chương trình thay đổi hành vi sức khỏe có tổ chức và đào tạo về cách thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược vượt qua những thách thức để duy trì cân nặng và lối sống lành mạnh.

Chương trình Quản lý Thuốc (DMP): Chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn opioid kê toa và các loại thuốc khác thường bị lạm dụng.

Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ về Bảo Hiểm Y Tế (HICAP): Một chương trình cung cấp thông tin và tư vấn miễn phí và khách quan về Medicare. **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích cách liên hệ với HICAP.

Công cụ tra cứu Quyền lợi theo Thời gian thực: Cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính mà người đăng ký có thể tra cứu đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, thông tin về quyền lợi và thuốc được bao trả cụ thể cho người đăng ký. Bao gồm các khoản chia sẻ chi phí, các thuốc thay thế có thể được sử dụng để điều trị cùng một tình trạng sức khỏe như một loại thuốc nhất định, và các hạn chế về phạm vi bao trả (cho phép trước, liệu pháp từng bước, giới hạn số lượng) áp dụng cho các thuốc thay thế.

Cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF): Cơ sở điều dưỡng có nhân viên và thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề và trong hầu hết các trường hợp là các dịch vụ phục hồi chức năng lành nghề và các dịch vụ y tế liên quan khác.

Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF): Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc phẫu thuật lớn. Cơ sở này cung cấp nhiều dịch vụ khác nhau, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu chức năng, âm ngữ trị liệu và các dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

D-SNP tích hợp: Chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho người đủ điều kiện kép, bao trả các dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm y tế duy nhất hoặc các chương trình bảo hiểm y tế liên kết dành cho một số nhóm người đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Những người này được gọi là người đủ điều kiện kép được hưởng đầy đủ quyền lợi.

***Danh mục Thuốc được Bao trả* (*Danh mục Thuốc*):** Danh sách các thuốc kê toa và thuốc không kê toa (OTC) mà chúng tôi bao trả. Chúng tôi chọn các loại thuốc trong danh sách này với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. *Danh mục Thuốc* cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy định nào mà quý vị cần tuân thủ để nhận thuốc hay không. Đôi khi *Danh mục Thuốc* được gọi là “dược thư”.

Department of Health Care Services (DHCS): Cơ quan cấp tiểu bang ở California quản lý Chương trình Medicaid (được gọi là Medi-Cal).

Department of Managed Health Care (DMHC): Cơ quan cấp tiểu bang tại California chịu trách nhiệm quản lý hầu hết các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC hỗ trợ mọi người giải quyết các kháng nghị và khiếu nại liên quan đến các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Đánh giá Y khoa Độc lập (IMR).

Dịch vụ bị loại trừ: Các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm y tế này bao trả.

Dịch vụ được bao trả: Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc kê toa và thuốc không kê toa, thiết bị và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS): Chương trình IHSS sẽ hỗ trợ thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc đã đăng ký đối với các dịch vụ được cung cấp cho quý vị, để quý vị có thể ở lại nhà riêng của mình một cách an toàn. IHSS là một giải pháp thay thế cho chăm sóc ngoài gia đình, chẳng hạn như viện điều dưỡng hoặc các cơ sở chăm sóc và hỗ trợ ăn ở. Để cung cấp dịch vụ, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá để xác định loại dịch vụ có thể được ủy quyền cho mỗi người tham gia dựa trên nhu cầu của họ. Các dịch vụ có thể được ủy quyền thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt ủi, mua sắm tạp hóa, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như chăm sóc tiêu và tiểu, tắm rửa, chải chuốt và các dịch vụ trợ giúp y tế), cùng với các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ cho người khuyết tật tâm thần. IHSS được các cơ quan dịch vụ xã hội của quận quản lý.

Dịch vụ Người lớn Tại Cộng đồng (CBAS): Chương trình dịch vụ ngoại trú tại cơ sở, cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề, dịch vụ xã hội, liệu pháp hoạt động và ngôn ngữ trị liệu, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/người chăm

sóc, dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác cho những hội viên đủ điều kiện đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện hiện hành.

Dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc sức khỏe hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), HIV/AIDS, xâm hại tình dục và phá thai, rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, chăm sóc khẳng định giới và bạo lực giữa bạn tình.

Dịch vụ phòng ngừa: Chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi điều trị có khả năng hiệu quả nhất (ví dụ: dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, tiêm phòng cúm và chụp X-quang vú tầm soát).

Dịch vụ phục hồi chức năng: Phương pháp điều trị mà quý vị nhận để giúp phục hồi sau bệnh, tai nạn hoặc phẫu thuật lớn. Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), trị liệu ngôn ngữ và lời nói, và hoạt động trị liệu. Xem **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp cải thiện tình trạng sức khỏe lâu dài. Hầu hết các dịch vụ này sẽ giúp quý vị ở tại nhà mà không phải đến cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS được chương trình của chúng tôi bao trả, bao gồm Dịch vụ Người lớn Tại Cộng đồng (CBAS), còn được gọi là chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, Cơ sở Điều dưỡng (NF) và Hỗ trợ Cộng đồng. Các chương trình IHSS và chương trình miễn trừ 1915(c) là các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) của Medi-Cal được cung cấp bên ngoài chương trình của chúng tôi.

Đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA): Là xem xét tiền sử y tế và tình trạng hiện tại của quý vị. Phép đánh giá này được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị ở hiện tại và sức khỏe có thể thay đổi như thế nào trong tương lai.

Đánh giá Y tế Độc lập (IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu về các dịch vụ y tế hoặc điều trị thì quý vị có thể kháng nghị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ Medi-Cal, bao gồm việc cung cấp DME và thuốc, quý vị có thể yêu cầu California Department of Managed Health Care thực hiện IMR. IMR là quy trình đánh giá hồ sơ của quý vị từ các chuyên gia không thuộc chương trình của chúng tôi. Nếu quyết định IMR có lợi cho quý vị thì chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc phương pháp điều trị mà quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả bất kỳ chi phí nào cho IMR.

Đào tạo về năng lực văn hóa: Chương trình đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, giúp họ hiểu rõ hơn về hoàn cảnh, các giá trị và niềm tin của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc được bao trả cho mỗi toa thuốc.

Giới thiệu: Giới thiệu là sự chấp thuận từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị hoặc từ chúng tôi để sử dụng nhà cung cấp không phải PCP của quý vị. Nếu quý vị không được phê duyệt trước thì có thể chúng tôi sẽ không bao trả cho dịch vụ. Quý vị không cần phải có giấy giới thiệu để sử dụng một số bác sĩ chuyên khoa cụ thể, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe cho phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giới thiệu trong **Chương 3 và 4** của *Sổ tay Hội viên* này.

Hóa đơn không phù hợp/sai sót: Trường hợp nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) xuất hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ. Hãy gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của SFHP Care Plus nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị nên quý vị **không** nợ bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào. Các nhà cung cấp không được lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ này.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL): Những việc mọi người làm trong một ngày bình thường, như ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Hội đồng Kháng nghị Medicare (Hội đồng): Hội đồng xem xét kháng nghị cấp 4. Hội đồng này là cơ quan thuộc chính phủ Liên bang.

Hội viên (hội viên của chương trình chúng tôi hoặc hội viên chương trình): Người có Medicare và Medi-Cal, đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, đã đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi và việc đăng ký của người đó đã được Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang xác nhận.

Hủy đăng ký: Quy trình kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc hủy đăng ký có thể là tự nguyện (lựa chọn của quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải là lựa chọn của quý vị).

Kế hoạch chăm sóc: Tham khảo “Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa”.

Kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa (ICP hoặc Kế hoạch Chăm sóc): Kế hoạch xác định những dịch vụ quý vị sẽ nhận được và cách thức quý vị nhận các dịch vụ đó. Kế hoạch của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Kháng nghị: Một cách để quý vị phản đối lại quyết định của chúng tôi nếu quý vị nghĩ rằng quyết định đó đã có sai sót. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng nghị. **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích về quy trình kháng nghị, bao gồm cả cách kháng nghị.

Khiếu nại: Phàn nàn về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp hoặc tiệm thuốc tây trong mạng lưới. Bao gồm cả khiếu nại về chất lượng chăm sóc hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cung cấp.

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý mà chương trình bảo hiểm y tế chấp nhận hội viên nếu chương trình đó có giới hạn tư cách hội viên dựa trên nơi họ sống. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đây thường là khu vực nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ thông thường (không phải-cấp cứu). Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi.

Lập hóa đơn phần chênh lệch: Đây là trường hợp nhà cung cấp lập hóa đơn cho bệnh nhân cho phần chênh lệch giữa toàn bộ chi phí được lập hóa đơn của nhà cung cấp và số tiền mà chương trình y tế của bệnh nhân chi trả.

Liệu pháp từng bước: Quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị phải thử dùng một loại thuốc khác trước khi chúng tôi bao trả cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu.

Medi-Cal: Đây là tên của chương trình Medicaid của Tiểu bang California. Medi-Cal do tiểu bang quản lý và được chính quyền tiểu bang và chính phủ liên bang tài trợ.

- Chương trình này giúp những người có thu nhập và có nguồn lực hạn chế chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế.
- Chương trình này bao trả các dịch vụ bổ sung và một số loại thuốc không được Medicare bao trả.
- Các chương trình Medicaid khác nhau tùy theo từng tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medi-Cal.

Medicaid (hoặc Hỗ trợ Y tế): Chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như các chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid của Tiểu bang California.

Medicare: Chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi mắc một số tình trạng 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). Những người có Medicare có thể nhận bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare thông qua Original Medicare hoặc một chương trình chăm sóc có quản lý (tham khảo “Chương trình bảo hiểm y tế”).

Medicare Advantage: Một chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Part C” hoặc “MA”, cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để họ cung cấp các quyền lợi Medicare cho quý vị.

Medicare Part A: Chương trình Medicare bao trả hầu hết các dịch vụ cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng lành nghề, chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc cuối đời.

Medicare Part B: Chương trình Medicare bao trả các dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm, phẫu thuật và thăm khám bác sĩ) và vật tư (chẳng hạn như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị một bệnh hoặc tình trạng sức khỏe. Medicare Part B cũng bao gồm nhiều dịch vụ phòng ngừa và tầm soát.

Medicare Part C: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Advantage” hoặc “MA”, cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các quyền lợi Medicare thông qua một Chương trình MA.

Medicare Part D: Chương trình quyền lợi thuốc của Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này "Part D”. Medicare Part D bao trả thuốc ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Part A, Medicare Part B hoặc Medicaid bao trả. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Part D.

Ngoại lệ: Cho phép nhận bảo hiểm cho một loại thuốc thường không được bao trả hoặc sử dụng thuốc mà không có các quy tắc và giới hạn cụ thể.

Người quản lý dịch vụ chăm sóc: Người phụ trách chính phối hợp với quý vị, chương trình bảo hiểm y tế và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết.

Người tham gia Medicare-Medi-Cal: Người đủ điều kiện được bao trả bởi cả Medicare và Medicaid. Người tham gia Medicare-Medicaid còn được gọi là “người đủ điều kiện kép”.

Nhà cung cấp: Là bác sĩ, điều dưỡng và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị và được tiểu bang cấp phép. Các nhà cung cấp cũng bao gồm bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và những nơi khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế và một số LTSS cụ thể cho quý vị.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài mạng lưới: Nhà cung cấp hoặc cơ sở không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành và không có hợp đồng cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho hội viên trong chương trình. **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích về nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Nhà cung cấp trong mạng lưới: “Nhà cung cấp” là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và các cơ sở khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.
Để biết thêm thông tin, hãy truy cập sfhp.org/careplus-members.

- Họ được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là "nhà cung cấp trong mạng lưới" nếu họ đồng ý làm việc với chương trình bảo hiểm y tế của chúng tôi, chấp nhận cho chúng tôi thanh toán và không tính thêm tiền cho hội viên.
- Nếu tham gia chương trình của chúng tôi thì quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được bao trả. Nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là "nhà cung cấp của chương trình".

Nhóm chăm sóc: Tham khảo "Nhóm chăm sóc liên ngành".

Nhóm chăm sóc liên ngành (ICT hoặc nhóm chăm sóc): Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, chuyên viên tư vấn hoặc các chuyên gia y tế khác, những người hỗ trợ quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc của quý vị cũng giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

Nội trú: Thuật ngữ được sử dụng khi quý vị chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế lành nghề. Nếu không nhập viện chính thức thì quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú thay vì bệnh nhân nội trú kể cả khi ở lại qua đêm.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí theo dịch vụ): Original Medicare là do chính phủ cung cấp. Theo Original Medicare, các dịch vụ được bao trả bằng cách thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo mức do Quốc hội quy định.

- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào chấp nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Medicare Part A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Part B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare hoạt động ở khắp mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu không muốn tham gia chương trình của chúng tôi thì có thể chọn Original Medicare

Phàn nàn: Tuyên bố bằng văn bản hoặc bằng lời nói là quý vị có vấn đề hoặc quan ngại về các dịch vụ hoặc hoạt động chăm sóc được bao trả của mình. Bao gồm mọi quan ngại về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc cho quý vị, các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc các tiệm thuốc tây trong mạng lưới. Tên chính thức của "nộp đơn phàn nàn" là "nộp đơn khiếu nại".

Phần A: Tham khảo "Medicare Part A."

Phần B: Tham khảo "Medicare Part B."

Phần C: Tham khảo "Medicare Part C."

Phần D: Tham khảo "Medicare Part D."

Phiên điều trần cấp tiểu bang: Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu một dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc nếu chúng tôi không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đang nhận, quý vị có thể yêu cầu Phiên điều trần cấp tiểu bang. Nếu Phiên điều trần cấp tiểu bang đưa ra quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ mà quý vị đã yêu cầu.

Quản lý Liệu pháp Dùng thuốc (MTM): Chương trình Medicare Part D dành cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe phức tạp, đáp ứng một số yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương trình Quản lý Thuốc. Các dịch vụ MTM thường bao gồm một cuộc thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét thuốc. Để biết thêm thông tin, hãy xem **Chương 5 trong** *Sổ tay Hội viên***.**

Quyết định bảo hiểm: Quyết định về những quyền lợi mà chúng tôi chi trả. Bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được bao trả hoặc số tiền mà chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ y tế của quý vị. **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

Quyết định của tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định của tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp của chúng tôi quyết định xem liệu có bao trả cho các dịch vụ hay không hoặc số tiền mà quý vị cần thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Các quyết định của tổ chức được gọi là "quyết định bảo hiểm". **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên này* có giải thích về quyết định bảo hiểm.

Sản phẩm sinh học: Một loại thuốc được sản xuất từ các nguồn tự nhiên và sinh vật sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. (Xem thêm "Sản phẩm sinh học gốc" và "Thuốc sinh học tương tự").

Sản phẩm sinh học gốc: Sản phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và được dùng làm sản phẩm đối chứng cho các nhà sản xuất phát triển phiên bản thuốc sinh học tương tự. Đó còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

***Sổ tay Hội viên* và thông tin công bố:** Tài liệu này, cùng với mẫu đơn đăng ký của quý vị và mọi tài liệu đính kèm hoặc điều khoản bổ sung khác, giải thích về phạm vi bao trả của quý vị, những việc chúng tôi phải thực hiện, các quyền của quý vị và những việc quý vị phải thực hiện với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

Sức khỏe hành vi: Đề cập đến trạng thái khỏe mạnh về cảm xúc, tâm lý và xã hội của chúng ta. Nói một cách đơn giản hơn: Đó là về cách chúng ta suy nghĩ, cảm nhận và tương tác với người khác. Đó là một thuật ngữ bao hàm các dịch vụ sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích.

Thanh tra: Một văn phòng tại tiểu bang của quý vị, hoạt động với vai trò đại diện và bảo vệ quyền lợi cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại

và có thể giúp quý vị biết việc cần làm. Các dịch vụ của Thanh tra được cung cấp miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** của *Sổ tay Hội viên này*.

Thẩm phán luật hành chính: Thẩm phán luật hành chính (ALJ) là thẩm phán xét xử và đưa ra phán quyết đối với các vụ việc liên quan đến các cơ quan chính phủ. Thẩm phán xem xét kháng nghị cấp 3.

Thiết bị giả và dụng cụ chỉnh hình: Các thiết bị y tế do bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chỉ định, bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp tay, nẹp lưng và nẹp cổ; chi giả; 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 hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Một số vật dụng mà bác sĩ yêu cầu sử dụng tại nhà riêng của quý ví. Ví dụ về các thiết bị và vật tư này bao gồm xe lăn, nạng, hệ thống đệm chạy bằng điện, vật tư dành cho bệnh tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp chỉ định để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và vật tư cung cấp oxy, máy khí dung và khung tập đi.

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, thăm khám bác sĩ và tiền sử y tế. Xem Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị đối với PHI của mình.

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI): Trợ cấp hàng tháng mà cơ quan Social Security cấp cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế (người khuyết tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên). Phúc lợi SSI không giống như phúc lợi Social Security.

Thuốc biệt dược: Thuốc được sản xuất và bán bởi công ty sản xuất thuốc ban đầu. Thuốc biệt dược có thành phần giống như các phiên bản phổ thông của một loại thuốc. Thuốc phổ thông thường được sản xuất và bán bởi các công ty dược phẩm khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế của thuốc biệt dược hết hạn.

Thuốc được bao trả: Thuật ngữ nói về tất cả các thuốc kê toa và thuốc không kê toa (OTC) được chương trình của chúng tôi bao trả.

Thuốc không kê toa (OTC): Thuốc hoặc dược phẩm mà một người có thể mua không cần toa của chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Thuốc Medicare Part D: Các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D. Quốc hội quy định cụ thể một số nhóm thuốc không được Medicare Part D bao trả. Medicaid có thể bao trả một số loại thuốc này.

Thuốc Phần D: Tham khảo “Thuốc Medicare Part D.”

Thuốc phổ thông: Loại thuốc được FDA chấp thuận để sử dụng thay cho thuốc biệt dược. Thuốc phổ thông có các thành phần giống như thuốc biệt dược. Thuốc phổ thông thường rẻ hơn và hiệu quả như thuốc biệt dược.

Thuốc sinh học tương tự: Một loại thuốc sinh học rất giống nhưng không hoàn toàn giống với sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự là sản phẩm an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại tiệm thuốc tây mà không cần toa thuốc mới. (Chuyển đến “Thuốc sinh học tương tự có thể thay thế”).

Thuốc sinh học tương tự có thể thay thế: Thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới vì đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng tự động thay thế. Việc tự động thay thế tại tiệm thuốc tây phải tuân theo luật tiểu bang.

Tiệm thuốc tây chuyên khoa: Xem **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* này để tìm hiểu thêm về tiệm thuốc tây chuyên khoa.

Tiệm thuốc tây ngoài mạng lưới: Tiệm thuốc tây chưa đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bảo hiểm cho hội viên trong chương trình. Chương trình của chúng tôi không bao trả hầu hết các loại thuốc mà quý vị nhận từ nhà thuốc ngoài mạng lưới, trừ khi đáp ứng một số điều kiện nhất định.

Tiệm thuốc tây trong mạng lưới: Tiệm thuốc tây (cửa hàng thuốc) đã đồng ý cấp thuốc kê toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi là “tiệm thuốc tây trong mạng lưới” vì họ đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ bao trả cho toa thuốc khi mua tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới.

Tổ chức cải tiến chất lượng (QIO): Nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Chính phủ liên bang trả tiền cho QIO để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân. Xem **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này để biết thông tin về QIO.

Tổ chức đánh giá độc lập (IRO): Tổ chức độc lập được Medicare thuê để xem xét kháng nghị cấp 2. Tổ chức này không liên quan đến chúng tôi và không phải là cơ quan của chính phủ. Tổ chức này quyết định xem quyết định của chúng tôi có đúng không và nên thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức này. Tên chính thức là **lĐơn vị Đánh giá Độc lập.**

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS): Xem “Hỗ trợ Bổ sung”

Trợ giúp Bổ sung: Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Part D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Trợ giúp Bổ sung còn được gọi là “Trợ cấp dành cho Người có Thu nhập Thấp”, hoặc “LIS”.

Trợ lý chăm sóc tại nhà: Người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc chuyên viên trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập đã chỉ định). Nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép hành nghề điều dưỡng và không cung cấp liệu pháp điều trị.

Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* này giải thích cách liên hệ với CMS.

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú: Cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần chăm sóc tại bệnh viện và những người dự kiến không cần chăm sóc quá 24 giờ.

Ủy quyền trước (PA): Sự chấp thuận mà quý vị phải nhận được từ chúng tôi trước khi có thể nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi có thể không chi trả cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không được chấp thuận trước.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao gồm một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác nhận được PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được bao trả cần PA của chúng tôi được đánh dấu trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên* này.

Chương trình của chúng tôi chỉ bao trả một số loại thuốc nếu quý vị nhận được PA của chúng tôi.

- Các loại thuốc được bao trả cần PA của chương trình được đánh dấu trong *Danh mục Thuốc được Bao trả* và các quy tắc được đăng trên trang web của chúng tôi.

Viện dưỡng lão hoặc cơ sở điều dưỡng: Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải ở trong bệnh viện.

Thông báo về việc Tiết lộ Thông tin theo PRA

Theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải trả lời cho yêu cầu thu thập thông tin trừ khi thông tin có mã số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1444. Nếu quý vị có nhận xét hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Người nhận: Cán bộ Phê duyệt Báo cáo PRA, Điểm nhận thư C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

SFHP Care Plus

Medicare + Medi-Cal, Tiện lợi cho Quý vị.

sfhp.org/vi/careplus-members

ĐIỆN THOẠI	**1(833) 530-7327** Miễn phí cuộc gọi tới số này. Chúng tôi làm việc từ 8:00am–8:00pm, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	**711** Miễn phí cuộc gọi tới số này. Chúng tôi làm việc từ 8:00am–8:00pm, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, nghỉ vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín.
GỬI THƯ	SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119
TRANG WEB	**sfhp.org/vi/careplus-members**

Theo dõi Chúng tôi trên Mạng Xã hội

Facebook
@sanfranciscohealthplan

YouTube
@sanfranciscohealthplan

Instagram
@sfhealthplan

Threads
@sfhealthplan

©2027 San Francisco Health Plan H8051_TD002291VI_C 1026