San Francisco Health Plan℠

San Francisco Health Plan

Bằng chứng Bảo hiểm và Mẫu cho phép Tiết lộ Thông tin

2025

Healthy℠ Workers HMO

000832VI 0425

ENGLISH - ATTENTION: If you need help in your language, call **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** or **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** or **711**). These services are free.

العربية (ARABIC) - يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** أو **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** أو **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն **(ARMENIAN) -** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** կամ **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** կամ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (CAMBODIAN) - ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ឬ **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារ សរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ឬ **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **711**)。另外還提供針對殘障人士的説明和服務，例如盲文和需要較大字體閱讀，也是方便取用的。請致電 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **711**)。這些服務是免費的。

فارسی (FARSI) - توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** یا **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** یا **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان هستند.

हिंदी (HINDI) - ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** पर कॉल करें या **711**)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** पर कॉल करें या **711**)। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

HMOOB (HMONG) - CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). 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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** los sis **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** または **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** または **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 또는 **711** 으로 전화하십시오). 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 보조 도구와 서비스도 제공됩니다. **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 또는 **711** 으로 전화하십시오). 이러한 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (LAO) - ຂໍ້ຄວນລະວັງ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ຫຼື **711**). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ແມ່ນຍັງມີຢູ່. ໂທ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ຫຼື **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** a'fai **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** a'fai **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ਜਾਂ **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ਜਾਂ **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

РУССКИЙ (RUSSIAN) - ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **1(415) 547-7830** или **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **1(415) 547-7830** или **711**). Эти услуги являются бесплатными.

ESPAÑOL (SPANISH) - ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o al **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o al **711**). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG (TAGALOG-FILIPINO) - ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (THAI) - โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** หรือ **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** หรือ **711**) บริการไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

УКРАЇНСЬКОЮ (UKRAINIAN) - УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** або **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** або **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** hoặc **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(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** hoặc **711**). Những dịch vụ này đều là miễn phí.

Bằng chứng Bảo hiểm và Mẫu cho phép Tiết lộ của San Francisco Health Plan sẽ trả lời các thắc mắc của quý vị về cách sử dụng chương trình bảo hiểm này. **Bằng chứng bảo hiểm và mẫu cho phép tiết lộ kết hợp này chỉ là bản tóm lược Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe. Quý vị phải tham khảo hợp đồng của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe để xác định những điều khoản và điều kiện chính xác của bảo hiểm.** Để biết thêm thông tin chi tiết, hãy tham khảo phần Bằng chứng Bảo hiểm của tập sách này. Tập sách này bao gồm:

Hướng dẫn Nhanh: Tóm tắt về cách bắt đầu, chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), cách nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe mới của quý vị, các dịch vụ và chi phí của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe cũng như giải quyết các vấn đề, khiếu nại và phàn nàn.

Tóm lược Quyền lợi: Là một bảng để giúp quý vị so sánh các quyền lợi bảo hiểm.

Bằng chứng Bảo hiểm: Những điều khoản và điều kiện của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe. Ngoài ra, còn trình bày thông tin chi tiết về San Francisco Health Plan.

Tất cả nội dung tham khảo trong tài liệu này về “Healthy Workers HMO” sẽ bao gồm (i) “Nhân viên Sự vụ”, là cấp Nhân viên đủ điều kiện của Thành phố và Quận San Francisco, được phân loại là nhân viên “Sự vụ Tạm thời”; (ii) Nhân viên Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà (“Nhân viên IHSS”) là Nhân viên đủ năng lực của Cơ quan Chính phủ IHSS.

Là Hội viên Healthy Workers HMO, quý vị có quyền sử dụng những dịch vụ y tế thông qua mạng lưới chăm sóc sức khỏe của thành phố, San Francisco Health Network (SFHN). Bác sĩ và phòng khám SFHN, Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center và các tiệm thuốc tây tham gia mạng lưới Healthy Workers HMO hiểu rõ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Tập sách Bằng chứng Bảo hiểm mới này kết hợp phần hướng dẫn nhanh về các dịch vụ trong Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe và cách sử dụng các dịch vụ đó, bản Tóm lược Quyền lợi, Bằng chứng Bảo hiểm và Mẫu cho phép Tiết lộ Thông tin. Bằng chứng Bảo hiểm là bản tóm lược các Thỏa thuận Nhóm giữa San Francisco Health Plan và Công ty của quý vị và cũng trình bày về những điều khoản và điều kiện trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để biết chính xác các điều khoản và điều kiện của bảo hiểm, hãy liên lạc với Công ty của quý vị.

Một số từ được dùng trong Bằng chứng Bảo hiểm này có định nghĩa cụ thể. Những từ này được viết hoa. Quý vị có thể tìm thấy các từ và nghĩa của những từ này trong phần Định nghĩa ở trang 32.

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để yêu cầu định dạng khác hoặc để được trợ giúp đọc tài liệu này và các tài liệu khác của SFHP, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn cước **1(800) 288-5555.** Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi đường dây TTY theo số **1(415) 547-7830,** số miễn cước **1(888) 883-7347** hoặc thông qua California Relay Service theo số **711.**

Thông tin về các Nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở đã ký hợp đồng với chúng tôi có trong Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ.

Hãy nhớ là luôn tham khảo Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ khi chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) hoặc Bác sĩ khác mà quý vị đến chăm sóc sức khỏe.

Hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30am đến 5:30pm nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền lợi của SFHP. Trung tâm Dịch vụ San Francisco Health Plan tọa lạc tại:

550 Kearny Street, Lower Level
San Francisco, CA 94108.

San Francisco Health Plan sẽ cung cấp bản sao hợp đồng của chương trình bảo hiểm cho quý vị theo yêu cầu.

SFHP giúp quý vị dễ dàng nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hãy gọi Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) của quý vị để:

- Sắp xếp một cuộc hẹn
- Đến khám tại Bác sĩ chuyên khoa

Gọi San Francisco Health Plan (SFHP) theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** (hoặc gửi email đến **customerservice@sfhp.org**) để:

- Thay đổi Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) của quý vị
- Nhận Thẻ Hội viên mới
- Báo cáo một vấn đề với PCP của quý vị hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
- Nhận trợ giúp mua Thuốc theo toa

Gọi Teladoc theo số **1(800) 835-2362** hoặc truy cập vào trang **sfhp.org/teladoc:**

- Nếu quý vị không thể gặp bác sĩ hoặc đến phòng khám của mình trong ngày hoặc sau giờ làm việc
- Để được tư vấn qua điện thoại hoặc video với bác sĩ Teladoc được California cấp phép.

Bác sĩ Teladoc có thể điều trị những vấn đề y tế đơn giản, hướng dẫn quý vị đến khám bác sĩ thông thường để chăm sóc theo dõi hoặc đánh giá xem quý vị có cần đến Phòng Cấp cứu hay cần được Chăm sóc Khẩn cấp hay không. Bác sĩ Teladoc cũng có thể kê toa một số loại thuốc, nhưng sẽ không kê toa các chất bị cấm.

Đây là dịch vụ miễn phí và sẵn có bằng ngôn ngữ của quý vị và sẵn sàng 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Gọi Đường dây Y tá Tư vấn 24/7 của San Francisco Health Plan theo số **1(877) 977-3397:**

- Để trao đổi với y tá đăng ký được đào tạo có thể giúp giải đáp các thắc mắc về chăm sóc sức khỏe, tư vấn và hướng dẫn quý vị đến Trung tâm Chăm sóc khẩn cấp nếu cần
- Dịch vụ này miễn phí và sẵn có bằng ngôn ngữ của quý vị
- Túc trực 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Các Nhà cung cấp dịch vụ với In-Home Supportive Services Public Authority (IHSS PA): Để biết quý vị có đủ điều kiện cho Healthy Workers HMO hay không hoặc để nộp đơn đăng ký, hãy liên lạc với Cơ quan Chính phủ IHSS theo số **1(415) 593-8125.**

Nhân viên sự vụ của Thành phố và Quận San Francisco: Để biết quý vị có đủ điều kiện cho Healthy Workers HMO hay không hoặc để nộp đơn đăng ký, hãy liên lạc Sở Nhân Lực theo số **1(628) 652-0865.**

Hãy gọi San Francisco Behavioral Health Services (SFBHS) 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần theo số **1(415) 255-3737** hoặc **1(888) 246-3333** (miễn cước) hoặc **1(888) 484-7200** (TTY), để:

- Được tư vấn Sức khỏe Tâm thần
- Gặp bác sĩ tư vấn về lạm dụng dược chất

Gọi VSP Vision Care theo số **1(800) 877-7195** để:

- Được khám mắt hoặc đo kính mắt

CHỈ DÀNH CHO Nhân viên IHSS – Gọi Liberty Dental theo số **1(888) 703-6999** để:

- Lấy hẹn với nha sĩ

THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. San Francisco Health Plan (SFHP) tuân thủ các luật dân quyền của Liên bang. SFHP không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt với mọi người dựa trên tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, nhận diện giới tính, chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc xu hướng tình dục.

SFHP cung cấp:

- Trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, như:
- Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
- Thông tin văn bản ở các định dạng khác (chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn, âm thanh, định dạng điện tử dễ tiếp cận, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người không sử dụng tiếng Anh làm ngôn ngữ chính, như:
- Thông dịch viên đủ năng lực
- Thông tin văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng SFHP từ 8:30am - 5:30pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu, theo số 1(**415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** (miễn phí). Hoặc nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY theo số **1(415) 547-7800** hoặc **1(888) 883-7347** (miễn phí).

CÁCH KHIẾU NẠI

Nếu tin rằng SFHP đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, thì quý vị có thể khiếu nại với SFHP.

Quý vị có thể khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản, đến trực tiếp hoặc bằng phương thức điện tử:

- Điện thoại: Gọi cho SFHP từ 8:30am - 5:30pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu theo số **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** (miễn phí). Hoặc nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY theo số **1(415) 547-7830** hoặc **1(888) 883-7347** (miễn phí).
- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư rồi gửi đến:

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

- Đến trực tiếp: Đến phòng mạch của bác sĩ hoặc Trung tâm Dịch vụ SFHP và cho biết là quý vị muốn nộp đơn khiếu nại. Trung tâm Dịch vụ SFHP tọa lạc tại 550 Kearny Street, Lower Level, San Francisco, CA 94108.
- Bằng phương thức điện tử: Truy cập vào trang web của SFHP tại **sfhp.org.**

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN

Quý vị cũng có thể khiếu nại về dân quyền với U.S. Department of Health and Human Services, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số **1(800) 368-1019.** Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi số TTY **1(800) 537-7697.**
- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại **hhs.gov/ocr/office/file/index.html.**

- Bằng phương thức điện tử: Truy cập vào Cổng Thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân Quyền tại **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**

Mục lục

Hướng dẫn Nhanh 13

1. Bắt Đầu 13

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Hoạt động như thế nào 13

Xác định tình trạng Hội đủ điều kiện..... 13

Nhân viên IHSS với IHSS Public Authority (IHSS PA)..... 13

Lý do Chấm dứt Bảo hiểm đối với Nhân viên IHSS 14

Nhân viên Sự vụ 14

Loại A: Nhân viên Sự vụ Làm việc cho Chính quyền Thành phố Dưới 3 Năm..... 15

Loại B: Nhân viên Sự vụ Làm việc cho Chính quyền Thành phố từ 3 Năm Trở lên nhưng Dưới 6 Năm 15

Loại C: Nhân viên Sự vụ Làm việc cho Chính quyền Thành phố từ 6 Năm Trở lên..... 15

Lý do Kết thúc Bảo hiểm *Loại A, B và C*..... 16

Chia sẻ Thông tin của Quý vị với Covered California 17

Thông tin cho Hội viên Gặp Khó khăn khi Đọc 17

Trợ giúp bằng Ngôn ngữ Khác và cho Người Khiếm Thính 17

2. Chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) 18

Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) là ai? 18

Ai Có thể Là PCP?..... 18

Cách sử dụng Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ 18

Chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) 19

Thay đổi Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) của Quý vị 19

Tại sao Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lại Có thể Yêu cầu Thay đổi PCP của Hội viên?..... 19

Nếu PCP của Quý vị Rời khỏi SFHP..... 20

Hẹn khám với Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP)..... 20

3. Được Chăm sóc Theo Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Mới của Quý vị 20

Lên lịch Khám sức khỏe và Chăm sóc Thông thường 20

Lấy Giấy giới thiệu 20

Chăm sóc tại Bệnh viện 21

Dịch vụ Sức khỏe Hành vi..... 21

Tiệm thuốc tây 23

Các Chương trình Giáo dục Sức khỏe..... 23

Tiếp cận Kịp thời để Chăm sóc Sức khỏe..... 23

4. Dịch vụ và Chi phí của Chương trình bảo hiểm Sức khỏe 26

Đồng Thanh toán 26

Chi phí Ngoài Mạng lưới 26

Bản Tóm lược Quyền lợi 27

Là một Bảng để Giúp Quý vị So sánh các Quyền lợi Bảo hiểm 27

Bằng chứng Bảo hiểm 30

5. Giới thiệu về San Francisco Health Plan (SFHP) 30

6. Quyền và Trách nhiệm của Hội viên 31

Quyền của Hội viên 31

Trách nhiệm của Hội viên 32

7. Định nghĩa 32

Bác sĩ Chăm sóc Chính 32

Bác sĩ Chuyên khoa 32

Bản chất Thử nghiệm hoặc Nghiên cứu 32

Bằng chứng Bảo hiểm và Mẫu cho phép Tiết lộ Thông tin (EOC) 33

Bệnh Cấp tính 33

Bệnh Giai đoạn Cuối 33

Bệnh Mãn tính Nghiêm trọng 33

Bệnh nhân nội trú 33

Bệnh viện 33

Bệnh viện SFHP là 33

Chăm sóc Cuối đời 33

Chăm sóc Giám hộ 34

Chăm sóc Khẩn cấp 34

Chăm sóc Ngoại trú 34

Chăm sóc Nha khoa 34

Chăm sóc Sức khỏe Hành vi 34

Chăm sóc tại Cơ sở 34

Chỉnh hình 34

Chương trình Bảo hiểm 34

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe... 34

Chương trình 34

Chuyển dạ Tích cực 34

Chuyên gia Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp 35

Chuyên gia Sức khỏe 35

Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề 35

Công ty 35

Danh mục Nhà cung cấp 35

Danh mục thuốc 35

Dụng cụ giả 35

Dịch vụ Cần thiết về mặt Y khoa 35

Dịch vụ Cấp cứu 35

Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe gây Tranh cãi 35

Dịch vụ được Bao trả (Quyền lợi).... 36

Dịch vụ Ngoại trú tại Bệnh viện 36

Dịch vụ Nhạy cảm 36

Dịch vụ Nội trú tại Bệnh viện 36

Đe dọa tính mạng 36

Điều trị Cần thiết về Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất 36

Điều trị Sức khỏe Hành vi 37

Đồng Thanh toán 37

Giới thiệu Dài hạn 37

Hoạt động Trị liệu 37

Hội viên 37

Khiếu nại 37

Khu vực Dịch vụ 37

Khuyết tật 37

Loại trừ 38

Năm Quyền lợi 38

Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt 38

Ngôn ngữ Trị liệu 38

Nhà cung cấp dịch vụ 38

Nhà cung cấp dịch vụ đã Kết thúc hợp đồng 39

Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới 39

Nhà cung cấp trong Mạng lưới 39

Nhân viên 39

Nhóm Y khoa 39

Phẫu thuật Tái tạo 39

Phẫu thuật Thẩm mỹ 39

Phí bảo hiểm 40
Phục hồi Chức năng 40
Quyền lợi (Dịch vụ được Bao trả).... 40
Rối loạn Bản dạng giới..... 40
SFHP 40
Suy yếu Trầm trọng 40
Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) 40
Thỏa thuận Nhóm 40
Thuốc Biệt dược 40
Thuốc Ngoài Danh mục thuốc 40
Thuốc Phổ thông..... 40
Thuốc trong Danh mục thuốc 40
Tình trạng Cấp cứu Y tế..... 41
Tình trạng Cấp cứu Y tế Tâm thần .. 41
Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất..... 41
Toa thuốc 41
Trị liệu Hô hấp 41
Trị liệu theo Từng bước 42
Trọng tài Phân xử..... 42
Trường hợp Khẩn cấp..... 42
Ủy ban Dược và Điều trị 42
Ủy quyền (Cho phép)..... 42
Ủy quyền Trước cho Tiệm thuốc tây 42
Vật lý Trị liệu 42
Vô sinh có nguyên nhân 42
Với trường hợp của Hội viên thì Khuyết tật Hoàn toàn 42
Ý kiến Thứ hai 42
Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bảo mật 42

8. Chọn Cơ sở và Bác sĩ Chăm sóc Chính 43
A. Bác sĩ Chăm sóc Chính và Cơ sở/Chuyên gia Sức khỏe Độc lập 43
B. Chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính... 43
C. Cách thay đổi Bác sĩ Chăm sóc Chính 44
D. Lên lịch Hẹn khám..... 44
E. Mối Quan hệ Tích cực với Bác sĩ Chăm sóc Chính 44

9. Cách Sử dụng San Francisco Health Plan 44
A. Ủy quyền cho Dịch vụ..... 44
B. Chăm sóc Cấp cứu Y tế 45
Sau khi Ổn định 46
C. Chăm sóc Theo Dõi Sau Dịch vụ Cấp cứu hoặc Chăm sóc Khẩn cấp 47
D. Giới thiệu đến Bác sĩ Chuyên khoa 47
E. Dịch vụ Không Cần giấy Giới thiệu 47
F. Khám Trực tiếp tại Bác sĩ OB/GYN..... 48
G. Giới thiệu Dài hạn đến Bác sĩ Chuyên khoa 48
H. Ý kiến Thứ hai 48
I. Nghĩa vụ Thanh toán của Hội viên..... 49

10. Các Quyền lợi SFHP 50
A. Thông tin Quan trọng..... 50
B. Dịch vụ Chuyên khoa 50
C. Dịch vụ X-quang và Xét nghiệm Chẩn đoán 51
D. Dịch vụ Sức khỏe Phòng ngừa 51
E. Dịch vụ Bệnh viện..... 51
F. Dịch vụ Ngoại trú tại Bệnh viện (Dịch vụ Chăm sóc Ngoại trú) 53
G. Dịch vụ Phục hồi Chức năng Ngắn hạn 53

H. Chăm sóc Thai sản và Hộ sản.. 53
I. Kế hoạch hóa Gia đình 54
J. Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Tại gia 54
K. Chăm sóc Cuối đời 55
L. Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Cấp cứu 56
M. Nhập viện Cấp cứu 56
N. Dịch vụ Cấp cứu Ngoài Mạng lưới 56
O. Dịch vụ Xe cứu thương 56
P. Dịch vụ Xe cứu thương Không Cấp cứu 57
Q. Điều trị Lợi 57
R. Dịch vụ Phẫu thuật Thẩm mỹ và Tái tạo 57
S. Nghiên cứu Lâm sàng 58
T. Thuốc Kê toa 59
Quy trình xin Ủy quyền Trước cho Tiệm thuốc tây 61
U. Danh mục thuốc/Dược thư..... 62
V. Chăm sóc Tai 64
W. Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Chăm sóc Rối loạn do Sử dụng Dược chất..... 64
X. Điều trị Sức khỏe Hành vi 66
Y. Dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất..... 67
Z. Dụng cụ Y tế Lâu bền 67
AA. Quyền lợi Cấy ghép Cơ quan Người 68
BB. Tiếp liệu, Dụng cụ và Dịch vụ để Điều trị và/hoặc Kiểm soát bệnh Tiểu đường 68
CC. Dịch vụ Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề 69
DD. Dịch vụ Khẳng định Giới tính ... 69
EE. Yêu cầu Bồi hoàn cho Dịch vụ Cấp cứu 69
FF. Bảo tồn khả năng Sinh sản 69
GG. Thay đổi Chương trình Quyền lợi 70

11. Loại trừ và Giới hạn 70
A. Loại trừ và Giới hạn Chung..... 70
B. Loại trừ và Giới hạn Cụ thể..... 70

12. Tình trạng hội đủ điều kiện và Đăng ký tham gia 74

13. Kết thúc, Hủy bỏ và Thay đổi Quyền lợi và Chi phí 75
A. Kết thúc Quyền lợi 75
B. Hủy Thỏa thuận Dịch vụ Nhóm 76
C. Khai lại..... 76
D. Quyền Hủy bỏ của Cá nhân 76
E. Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí 76

14. Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm 77
Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm (COBRA hoặc Cal-COBRA)..... 77

15. Bảo hiểm Trùng lặp, Trách nhiệm Bên Thứ ba và Điều phối Quyền lợi..... 77
A. Bảo hiểm Trùng lặp 77
B. Trách nhiệm Bên Thứ ba..... 78
C. Điều phối Quyền lợi 78

16. Thủ tục Khiếu nại và Kháng nghị 79
A. Quy trình Khiếu nại và Kháng nghị 79
Nộp đơn Khiếu nại..... 79
Quy trình Phàn nàn/Khiếu nại.. 80
B. Khiếu nại hoặc Kháng nghị Khẩn cấp hoặc Cấp tốc 80
C. Điều phối Hội viên theo Quy trình Khiếu nại 81
D. Nơi Nộp Đơn 81

E. Kháng nghị Quyết định Ủy quyền cho Tiệm thuốc tây..... 81
F. Kiểm tra Y tế Độc lập về Khiếu nại Liên quan đến Dịch vụ Y tế gây Tranh cãi..... 81
G. Các IMR Thực nghiệm/ Nghiên cứu 83
H. Khiếu nại với Department of Managed Health Care..... 83
I. Trọng tài Phân xử Tranh chấp.. 83

17. Điều khoản Khác 85
A. Xem xét bởi Giám đốc Department of Managed Health Care 85
B. Tham gia Chính sách Công cộng 85
C. Không Nhượng quyền..... 85
D. Nhà thầu Độc lập..... 85
E. Chăm sóc Liên tục bởi Nhà cung cấp dịch vụ đã Kết thúc.... 85
F. Chăm sóc Liên tục cho Hội viên Mới từ những Nhà cung cấp dịch vụ Ngoài Hợp đồng..... 86
G. Thanh toán cho Nhà cung cấp dịch vụ 86
H. Bảo mật Thông tin Y tế..... 87
I. Dịch vụ Nhạy cảm 88
J. Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bảo mật 88
K. Tham gia Chương trình Quyền lợi 89
L. Luật Áp dụng 89
M. Trường hợp Thiên tai, Gián đoạn và Giới hạn..... 89

Hướng dẫn Nhanh

1. Bắt Đầu

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Hoạt động như thế nào

SFHP là một chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý. Trong chăm sóc sức khỏe có quản lý, Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), phòng khám, bệnh viện và Bác sĩ chuyên khoa cùng làm việc để chăm sóc cho quý vị. PCP của quý vị phục vụ cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe cơ bản.

PCP của quý vị thuộc San Francisco Health Network Medical Group (SFN) và làm việc tại phòng khám của San Francisco Health Network. SFN bao gồm các bác sĩ, Bác sĩ chuyên khoa và các Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, cũng như Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center. PCP của quý vị cùng với SFN chỉ đạo việc chăm sóc cho tất cả các nhu cầu y tế của quý vị. Việc này bao gồm Cho phép đến khám ở Bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ y tế như xét nghiệm, X-quang và/hoặc chăm sóc tại Bệnh viện. Ngoài ra, là Hội viên Healthy Workers HMO, quý vị có thể sử dụng dịch vụ nhãn khoa và mua Toa thuốc trực tiếp tại Bác sĩ nhãn khoa và tiệm thuốc tây được liệt kê trong Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ Healthy Workers HMO. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi nhãn khoa hoặc tiệm thuốc tây của mình, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555.**

Xác định tình trạng Hội đủ điều kiện

Nhân viên IHSS với IHSS Public Authority (IHSS PA)

Hầu hết những Nhân viên IHSS độc lập ở San Francisco là những người được IHSS PA ghi nhận là được phép làm việc trong hai tháng liên tiếp và trong ít nhất 25 giờ cho một trong hai tháng đó, những nhân viên này đều đủ điều kiện để nộp đơn đăng ký bảo hiểm chăm sóc sức khỏe qua Healthy Workers HMO.

Cơ quan Chính phủ IHSS xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị khi quý vị gửi lại Mẫu Đăng ký/Yêu cầu Bảo hiểm Sức khỏe. Sau khi đạt được những yêu cầu này, quý vị sẽ được đăng ký vào Healthy Workers HMO. Vào lúc đó, SFHP sẽ thông báo cho quý vị về bảo hiểm chăm sóc sức khỏe mới.

Mỗi tháng, IHSS Public Authority sẽ được thông báo về số giờ quý vị làm việc. Tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cho Healthy Workers HMO vẫn duy trì miễn là quý vị còn làm việc ít nhất 25 giờ mỗi tháng. Nếu làm việc dưới 25 giờ/tháng, quý vị sẽ vẫn là Hội viên Healthy Workers HMO trong ba tháng, bao gồm tháng mà quý vị làm việc dưới 25 giờ và sau đó bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc, trừ khi quý vị làm việc 25 giờ vào một trong ba tháng liên tục đó.

Ví dụ: nếu làm việc ít hơn 25 giờ trong tháng 1, thì quý vị vẫn là hội viên Healthy Workers HMO trong tháng 1, tháng 2, tháng 3 và bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 3, trừ khi một trong ba tháng liên tục đó quý vị làm việc 25 giờ.

Lý do Chấm dứt Bảo hiểm đối với Nhân viên IHSS

Sau khi đăng ký, quý vị sẽ vẫn là Hội viên Healthy Workers HMO trừ khi quý vị:

- Không còn là Nhân viên của IHSS nữa
- Làm việc ít hơn 25 giờ/tháng trong ba tháng liên tục
- Không đóng Phí bảo hiểm hàng quý, nếu áp dụng.
- Thông báo cho SFHP là quý vị muốn hủy bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của mình
- Không còn sinh sống hoặc làm việc trong khu vực bảo hiểm của SFHP nữa (hơn 30 dặm hoặc 30 phút đi xe đến Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị)
- Cố tình gian lận về tư cách hội viên hoặc Nhà cung cấp Chương trình bảo hiểm, sau khi chúng tôi gửi thông báo bằng văn bản yêu cầu đến Người Đăng ký. Một số trường hợp ví dụ về gian lận có thể bao gồm, nhưng không giới hạn:
    - Khai sai thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc Người phụ thuộc
    - Xuất trình toa thuốc hoặc chỉ định của bác sĩ không hợp lệ
    - Lạm dụng thẻ Hội viên Healthy Workers HMO (hoặc cho phép người khác sử dụng)

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do cố tình khai báo sai hoặc gian lận, thì sau này quý vị sẽ không được phép đăng ký vào Healthy Workers HMO nữa. Chúng tôi cũng có thể báo cáo hành vi gian lận và các hành vi bất hợp pháp khác cho cơ quan thích hợp để truy tố.

Nhân viên Sự vụ

Nhằm xác định tình trạng hội đủ điều kiện cho Nhân viên Sự vụ, số năm làm việc sẽ được định nghĩa là thời gian, được tính theo tháng, từ ngày bắt đầu làm việc đầu tiên của Nhân viên cho Thành phố và Quận San Francisco, bất kể tình trạng hoặc phân loại. Kỳ quyền lợi sẽ được định nghĩa tối thiểu là 3 tháng theo lịch, trừ kỳ quyền lợi đầu tiên gồm năm (5) tháng từ 1 tháng 8 đến 31 tháng 12. Tình trạng hội đủ điều kiện ban đầu để được hưởng quyền lợi của Nhân viên Sự vụ theo Hợp đồng này (bắt đầu vào ngày 1 tháng 8) sẽ dựa trên dữ liệu làm việc của Nhân viên trong khoảng thời gian từ 21 tháng 4 năm trước đến 6 tháng 4 năm sau.

Bắt đầu từ tháng 1, tình trạng hội đủ điều kiện liên tục sẽ được xác định ít nhất là theo từng quý, dựa trên dữ liệu thu thập được trong hai mươi sáu (26) kỳ lĩnh lương (2 tuần/kỳ) kết thúc vào ngày cuối của kỳ lĩnh lương gần nhất với ngày đầu tiên của quý trước kỳ quyền lợi. Đối với kỳ quyền lợi bắt đầu vào 1 tháng 1, thời gian thu thập dữ liệu sẽ được xác định từ dữ liệu nhân viên thu thập được trong hai mươi sáu (26) kỳ lĩnh lương (2 tuần/kỳ) kết thúc vào 30 tháng 9 của năm trước.

Loại A: Nhân viên Sự vụ Làm việc cho Chính quyền Thành phố Dưới 3 Năm

Nhân viên thành phố thuộc loại này bao gồm tất cả Nhân viên Sự vụ làm việc cho chính quyền Thành phố dưới ba (3) năm và làm việc từ 450 giờ trở lên, dựa trên dữ liệu thu thập được trong hai mươi sáu (26) kỳ lĩnh lương (2 tuần/kỳ) kết thúc vào ngày lĩnh lương gần nhất với ngày đầu tiên của quý trước kỳ quyền lợi.

Loại B: Nhân viên Sự vụ Làm việc cho Chính quyền Thành phố từ 3 Năm Trở lên nhưng Dưới 6 Năm

Nhân viên thành phố thuộc loại này phải làm việc cho chính quyền Thành phố từ ba (3) năm trở lên và có số giờ làm việc là 300 giờ, dựa trên dữ liệu thu thập được trong hai mươi sáu (26) kỳ lĩnh lương (2 tuần/kỳ) kết thúc vào ngày lĩnh lương gần nhất với ngày đầu tiên của quý trước kỳ quyền lợi.

Loại C: Nhân viên Sự vụ Làm việc cho Chính quyền Thành phố từ 6 Năm Trở lên

Nhân viên Thành phố thuộc loại này phải làm việc cho chính quyền Thành phố từ sáu (6) năm trở lên và làm việc từ 200 giờ trở lên, dựa trên dữ liệu thu thập được trong hai mươi sáu (26) kỳ lĩnh lương (2 tuần/kỳ) kết thúc vào ngày lĩnh lương gần nhất với ngày đầu tiên của quý trước kỳ quyền lợi.

Tình trạng hội đủ điều kiện sẽ được Thành phố xác định theo các điều khoản của Hợp đồng này. Dữ liệu về giờ làm việc và năm phục vụ sẽ được Thành phố kiểm tra vào lúc kết thúc mỗi kỳ quyền lợi sau ngày 1 tháng 8. Thành phố sẽ sử dụng thông tin đó để xác định xem Nhân viên nào hội đủ điều kiện được tiếp tục đăng ký vào chương trình bảo hiểm dịch vụ chăm sóc sức khỏe trả trước của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe.

Các cá nhân thuộc mỗi loại sẽ được Thành phố thông báo ít nhất 45 ngày trước ngày họ hội đủ điều kiện để bắt đầu tham gia vào Chương trình Healthy Workers HMO. Các cá nhân hội đủ điều kiện đăng ký trước ngày đầu tiên của kỳ quyền lợi tiếp theo ít nhất ba mươi (30) ngày theo lịch sẽ đủ điều kiện hưởng bảo hiểm bắt đầu từ kỳ quyền lợi đó.

Những nhân viên đã đăng ký với tư cách là Nhân viên Sự vụ hội đủ điều kiện có thể không còn đủ điều kiện vào lúc kết thúc một kỳ quyền lợi vì họ không đáp ứng những yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện (bao gồm, nhưng không giới hạn ở số giờ cần thiết cho mỗi Loại A, B hoặc C). Những cá nhân không hội đủ điều kiện vẫn là Nhân viên Sự vụ của Thành phố sẽ được lựa chọn tiếp tục bảo hiểm chăm sóc sức khỏe thông qua San Francisco Health Plan cho các kỳ quyền lợi sau đó nếu họ chấp nhận chịu toàn bộ trách nhiệm về Phí bảo hiểm hàng tháng.

Người đăng ký có thể tự nguyện rút lui khỏi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe trong suốt năm. Các yêu cầu thay đổi phải được gửi tới Thành phố trước 10 ngày theo lịch của tháng để những thay đổi có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau đó.

Lý do Kết thúc Bảo hiểm *Loại A, B và C*

Sau khi đăng ký, quý vị sẽ vẫn là Hội viên Healthy Workers HMO trừ khi quý vị:

- Không còn là Nhân viên của chính quyền Thành phố nữa.
- Không đạt yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện nữa.
- Không đóng Phí bảo hiểm hàng quý, nếu áp dụng.
- Chọn kết thúc bảo hiểm.
- Hội đủ điều kiện ghi danh tham gia theo diện người thụ hưởng chính trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe do Hệ thống Dịch vụ Y tế của Thành phố cung cấp.
- Được ghi danh tham gia theo diện người phụ thuộc trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe do Hệ thống Dịch vụ Y tế của Thành phố cung cấp.
- Chuyển khỏi Khu vực Dịch vụ của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe này và không còn làm việc ở Khu vực Dịch vụ đó nữa.
- Cố tình gian lận về tư cách hội viên hoặc Nhà cung cấp Chương trình bảo hiểm, sau khi chúng tôi gửi thông báo bằng văn bản yêu cầu đến Người đăng ký. Một số trường hợp ví dụ về gian lận có thể bao gồm (nhưng không giới hạn):
    - Khai sai thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc Người phụ thuộc
    - Xuất trình toa thuốc hoặc chỉ định của bác sĩ không hợp lệ
    - Lạm dụng thẻ Hội viên Healthy Workers HMO (hoặc cho phép người khác sử dụng)

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do cố tình khai báo sai hoặc gian lận, thì sau này quý vị sẽ không được phép đăng ký vào Healthy Workers HMO nữa. Chúng tôi cũng có thể báo cáo hành vi gian lận và các hành vi bất hợp pháp khác cho cơ quan thích hợp để truy tố.

Trong tất cả các trường hợp liên quan đến việc kết thúc các quyền lợi Healthy Worker được liệt kê ở trên, Thành phố sẽ gửi thông báo đến nhân viên trước ngày kết thúc ít nhất mười lăm (15) ngày theo lịch.

Các Nhà cung cấp dịch vụ với In-Home Supportive Services Public Authority (IHSS PA): Để biết quý vị có đủ điều kiện cho Healthy Workers HMO hay không hoặc để nộp đơn đăng ký, hãy liên lạc với Cơ quan Chính phủ IHSS theo số **1(415) 593-8125.**

Nhân viên Sự vụ của Thành phố và Quận San Francisco: Để biết quý vị có đủ điều kiện cho Healthy Workers HMO hay không hoặc để nộp đơn đăng ký, hãy liên lạc Sở Nhân Lực theo số **1(628) 652-0865.**

Vợ/chồng và con của quý vị không đủ điều kiện được hưởng quyền lợi theo chương trình bảo hiểm này. Trẻ sơ sinh hoặc con nuôi hợp pháp sau khi sinh 31 ngày hoặc được nhận nuôi cũng không đủ điều kiện được hưởng quyền lợi. Tuy nhiên, SFHP có thể giúp tìm bảo hiểm cho người phụ thuộc của quý vị trong các chương trình bảo hiểm chăm sóc

sức khỏe khác. Hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** để biết thêm thông tin.

Chia sẻ Thông tin của Quý vị với Covered California

Luật California yêu cầu SFHP phải thông báo hàng năm cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ cung cấp thông tin của quý vị, bao gồm tên, địa chỉ gửi thư và số điện thoại cho Covered California nếu quý vị chấm dứt chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe với chúng tôi. Covered California sẽ sử dụng thông tin này để giúp quý vị nhận được chương trình bảo hiểm sức khỏe khác. Nếu không muốn SFHP chia sẻ thông tin cho Covered California thì quý vị có thể chọn không tham gia phần chia sẻ thông tin này. Nếu không muốn chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị cho Covered California, thì hãy liên hệ với chúng tôi theo số **1(800) 288-5555**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30am đến 5:30pm; viết thư cho Dịch vụ Khách hàng của SFHP, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119; hoặc sử dụng mẫu trực tuyến an toàn tại **sfhp.org/customerservice** bất kỳ lúc nào để chọn không tham gia phần chia sẻ thông tin này. Xin lưu ý rằng quý vị không thể chọn không tham gia nếu liên hệ với chúng tôi sau khi chương trình bảo hiểm của quý vị kết thúc.

Thông tin cho Hội viên Gặp Khó khăn khi Đọc

SFHP sẽ gửi cho quý vị Sổ tay này và những tài liệu quan trọng khác của Chương trình bảo hiểm bằng các định dạng thay thế như chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn và băng ghi âm nếu quý vị không thể nhìn rõ hoặc chúng tôi có thể đọc nội dung tài liệu cho quý vị qua điện thoại. Nếu cần định dạng thay thế hoặc cần giúp đọc tài liệu của SFHP thì vui lòng gọi Dịch vụ Khách hàng SFHP theo số **1(415) 547-7830** (TTY) hoặc số miễn cước **1(888) 883-7347.**

Trợ giúp bằng Ngôn ngữ Khác và cho Người Khiếm Thính

Nếu tiếng Anh không phải là ngôn ngữ chính hoặc quý vị nói ngôn ngữ khác lưu loát hơn, thì Dịch vụ Khách hàng có thể giúp quý vị. Người đại diện Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi nói được nhiều ngôn ngữ. Nếu không có người đại diện Dịch vụ Khách hàng nói được ngôn ngữ của quý vị, thì chúng tôi có sẵn thông dịch viên bên ngoài qua điện thoại. Gọi cho Dịch vụ Khách hàng cũng có thể giúp quý vị tìm bác sĩ nói ngôn ngữ của quý vị. Quý vị có quyền nhận dịch vụ thông dịch viên miễn phí khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc sử dụng dịch vụ y tế. Quý vị cũng có quyền yêu cầu dịch vụ thông dịch viên trực tiếp hoặc qua điện thoại và không nhờ bạn bè hoặc thành viên gia đình làm thông dịch viên trừ khi quý vị yêu cầu.

Hội viên khiếm thính của San Francisco Health Plan, vui lòng gọi **1(415) 547-7830** (TTY) hoặc số miễn cước **1(888) 883-7347.**

2. Chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP)

VUI LÒNG ĐỌC THÔNG TIN SAU ĐÂY ĐỂ BIẾT BÁC SĨ HOẶC NHÓM BÁC SĨ MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE.

Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) là ai?

Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) là bác sĩ SFHN riêng của quý vị. Họ sẽ làm việc với quý vị để giúp quý vị luôn khỏe mạnh. PCP của quý vị thuộc một phòng khám SFHN. Họ có thể là bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa hoặc bác sĩ nội khoa. PCP sẽ cung cấp mọi dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản cho quý vị, bao gồm:

- Kiểm tra sức khỏe thông thường và dịch vụ phòng ngừa như khám phụ khoa cho nữ, chụp X-quang vú và khám tuyến tiền liệt
- Chăm sóc khi quý vị bị bệnh hoặc tổn thương
- Giúp giải quyết vấn đề sức khỏe mãn tính như hen suyễn, dị ứng hoặc tiểu đường

Ai Có thể Là PCP?

PCP của quý vị có thể là:

- Bác sĩ Đa khoa: Chăm sóc sức khỏe cho toàn bộ thành viên trong gia đình
- Bác sĩ Gia đình: Chăm sóc sức khỏe cho toàn bộ thành viên trong gia đình
- Bác sĩ Nội khoa: Chăm sóc sức khỏe cho người lớn
- Sản/Phụ khoa (OB/GYN): Chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ và phụ nữ mang thai
- Y tá thực hành, nữ hộ sinh được chứng nhận và phụ tá bác sĩ cũng là những Bác sĩ Chăm sóc Chính, miễn là họ làm việc với một bác sĩ SFHP.

Cách sử dụng Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ

Bản in Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ có sẵn bằng Tiếng Anh, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Hoa, Tiếng Việt, Tiếng Nga và Tiếng Tagalog.

Danh mục này có địa chỉ và số điện thoại của từng Địa điểm Dịch vụ (ví dụ: các địa điểm của Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), phòng khám, tiệm thuốc tây và Bệnh viện).

Trong đó cũng có ngày và giờ làm việc của từng địa điểm, dịch vụ và quyền lợi sẵn có, số điện thoại có thể gọi sau giờ hành chính thông thường và xác định những Bác sĩ không tiếp nhận bệnh nhân mới.

Quý vị có thể yêu cầu một bản Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ Healthy Workers HMO bằng cách gọi Dịch vụ Khách hàng **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555.** Quý vị cũng có thể xem trực tuyến danh mục này bằng Tiếng Anh, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Hoa, Tiếng Việt và Tiếng Nga tại **sfhp.org.**

Chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP)

Khi quý vị tham gia Healthy Workers HMO, chúng tôi sẽ chỉ định một phòng khám ở gần nhà quý vị. PCP của quý vị là phòng khám được chỉ định cho quý vị. Trong vòng hai tuần sau khi đăng ký, quý vị sẽ nhận được Thẻ Hội viên với tên phòng khám và số điện thoại mà quý vị có thể gọi để lên lịch hẹn. Quý vị có thể chọn lên lịch hẹn với một PCP ở phòng khám đó hoặc chọn một phòng khám khác. Hãy sử dụng Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ Healthy Workers HMO để giúp chọn phòng khám của quý vị.

Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** để thay đổi phòng khám của quý vị hoặc để chọn một PCP.

Xem Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ Healthy Workers HMO để chọn một PCP từ danh sách các Nhà cung cấp này. Quý vị sẽ thấy tên của từng PCP cùng với địa chỉ, số điện thoại, chuyên khoa và ngôn ngữ của họ.

PCP được liệt kê theo hai cách để giúp quý vị tìm PCP phù hợp cho mình:

- Theo thứ tự Bảng chữ cái – Nếu biết tên của Bác sĩ mà quý vị muốn sử dụng.
- Theo Phòng khám – Nếu quý vị biết tên của phòng khám.

Một số điều cần cân nhắc khi chọn PCP:

- PCP này có ở gần nhà hoặc nơi làm việc không?
- Có dễ đến phòng khám của PCP bằng phương tiện công cộng không?
- PCP đó có nói ngôn ngữ của quý vị không?

Thay đổi Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) của Quý vị

Nếu quý vị không hài lòng với PCP vì bất kỳ lý do gì, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** bất kỳ lúc nào để yêu cầu thay đổi. Nếu quý vị yêu cầu thay đổi trước ngày 16 của tháng và quý vị không nhận dịch vụ trong tháng đó, thì sự thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 của tháng hiện tại. Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị yêu cầu thay đổi vào hoặc sau ngày 16 của tháng và/hoặc quý vị đã nhận dịch vụ trong tháng đó, thì thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng kế tiếp. Quý vị sẽ nhận được thẻ mới có tên và số điện thoại PCP mới của mình.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Nếu quý vị cần gặp một PCP mà chưa có thẻ mới với tên của PCP mới trên thẻ, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555.** Một đại diện sẽ cho quý vị biết cần PCP nào.

Tại sao Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lại Có thể Yêu cầu Thay đổi PCP của Hội viên?

- Có sự bất đồng không hòa giải được trong quan hệ bác sĩ-bệnh nhân

- Hội viên có hành vi xúc phạm thân thể và hành hung, bao gồm cả đe dọa thân thể, lạm dụng hành động và lời nói
- Hội viên gian lận
- Không tuân thủ kế hoạch chăm sóc sức khỏe của PCP
- Hội viên thường xuyên sử dụng bác sĩ không thuộc SFHP cho những Dịch vụ không Cấp cứu mà không cần Ủy quyền hoặc thông báo với PCP.

Nếu PCP của Quý vị Rời khỏi SFHP

Chúng tôi sẽ thông báo nếu Bác sĩ của quý vị rời khỏi SFHP. Chúng tôi sẽ chỉ định cho quý vị một Bác sĩ hoặc phòng khám khác nếu không thể liên lạc với quý vị qua điện thoại hoặc email. Quý vị có thể thay đổi Bác sĩ hoặc phòng khám của mình bất cứ lúc nào bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555**.

Hẹn khám với Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP)

Với hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe, trước tiên hãy đến khám tại PCP. Quý vị luôn có thể gặp PCP của mình hoặc bác sĩ trực 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. PCP sẽ bảo đảm quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần, bằng cách điều trị hoặc giới thiệu quý vị đến Bác sĩ chuyên khoa.

Số điện thoại phòng khám có trên Thẻ Hội viên của quý vị. Nếu quý vị bị mất Thẻ Hội viên, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng để thay thẻ mới theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555,** Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30am đến 5:30pm.

3. Được Chăm sóc Theo Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Mới của Quý vị

Lên lịch Khám sức khỏe và Chăm sóc Thông thường

Đừng chờ cho đến khi bị bệnh mới đến PCP. Lên lịch hẹn để đánh giá sức khỏe (khám sức khỏe) trong vòng 120 ngày kể từ ngày đăng ký tham gia. PCP sẽ tư vấn về thời gian thích hợp nhất để hẹn khám thông thường và tiêm ngừa tùy theo tuổi của quý vị.

Lấy Giấy giới thiệu

PCP của quý vị chỉ khám đa khoa. Nếu cần dịch vụ chuyên sâu hơn thì PCP sẽ giới thiệu quý vị đến Bác sĩ chuyên khoa. Nếu Bác sĩ Chuyên khoa đó ở ngoài SFHN, thì PCP sẽ yêu cầu SFHP Cho phép quý vị đến thăm khám và chăm sóc tại Bác sĩ chuyên khoa đó. SFHP sẽ phê duyệt hoặc từ chối yêu cầu này dựa trên sự cần thiết về mặt y khoa. Quý vị phải lấy giấy giới thiệu để chăm sóc chuyên khoa trước khi hẹn khám. PCP sẽ bắt đầu quy trình cấp giấy giới thiệu cho quý vị.

Các dịch vụ không cần giấy giới thiệu từ PCP của quý vị là:

- Khám tại PCP trong mạng lưới
- Dịch vụ Cấp cứu
- Khám tại OB/GYN trong mạng lưới

- Chăm sóc nhãn khoa trong mạng lưới
- Dịch vụ sức khỏe hành vi trong mạng lưới

Quý vị có quyền yêu cầu một Ý kiến Thứ hai về biện pháp điều trị y tế, phẫu thuật hoặc Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất. Nếu muốn xin ý kiến thứ hai thì hãy cho Bác sĩ của quý vị biết. Nếu quý vị yêu cầu PCP cho Ý kiến Thứ hai về việc chăm sóc sức khỏe thì Ý kiến Thứ hai sẽ được đưa ra bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe đủ năng lực thích hợp do quý vị chọn trong cùng một Nhóm Y khoa. Nếu không có Bác sĩ Trong mạng lưới nào trong Nhóm Y khoa có chuyên môn thích hợp để điều trị bệnh của quý vị hoặc cho Ý kiến Thứ hai thay mặt quý vị, thì Chương trình bảo hiểm sẽ Ủy quyền cho một Chuyên gia Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp từ một Nhóm Y khoa khác hoặc ngoài mạng lưới Bác sĩ của Chương trình bảo hiểm để đưa ra Ý kiến Thứ hai, nếu cần.

Nếu quý vị yêu cầu Bác sĩ Chuyên khoa cho Ý kiến Thứ hai về việc chăm sóc sức khỏe, thì Chương trình bảo hiểm sẽ Ủy quyền cho Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp đưa ra Ý kiến Thứ hai, họ là người do quý vị chọn từ bất kỳ Nhóm Y khoa nào trong mạng lưới của Chương trình bảo hiểm. Nếu không có Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp nào trong mạng lưới của Chương trình bảo hiểm để cho ý kiến, thì Chương trình bảo hiểm sẽ Ủy quyền cho một Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp ngoài mạng lưới của Chương trình bảo hiểm để đưa ra Ý kiến Thứ hai.

Nếu bệnh đe dọa nghiêm trọng và khẩn cấp đến sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở nguy cơ mất mạng, mất chi hoặc các chức năng chính khác của cơ thể hoặc nếu không điều trị kịp thời sẽ có hại cho khả năng phục hồi chức năng tối đa, thì Ý kiến Thứ hai sẽ được Ủy quyền hoặc bị từ chối kịp thời tùy theo bản chất của căn bệnh, không quá 72 giờ sau khi San Francisco Health Plan nhận được yêu cầu của quý vị, bất cứ lúc nào có thể. Nếu quý vị muốn giúp xin ý kiến thứ hai thì hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555,** Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30am đến 5:30pm.

Chăm sóc tại Bệnh viện

Nếu cần dịch vụ Bệnh viện hoặc Dịch vụ Cấp cứu, thì Bệnh viện trong mạng lưới của quý vị là Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center. Địa chỉ: 1001 Potrero Avenue, San Francisco, CA 94110. Ngoại trừ Dịch vụ Cấp cứu, quý vị cần phải xin Ủy quyền để đến Bệnh viện khác.

Dịch vụ Sức khỏe Hành vi

Dịch vụ Sức khỏe Hành vi do San Francisco Behavioral Health Services (SFBHS) cung cấp. Quý vị có thể gọi Đường dây Trợ giúp Tiếp cận của SFBHS để xin giấy giới thiệu đến một bác sĩ có thể phục vụ tốt nhất nhu cầu của quý vị. Để sử dụng Đường dây Trợ giúp Tiếp cận, hãy gọi **1(415) 255-3737** hoặc **1(888) 246-3333** (miễn phí) hoặc **1(888) 484-7200** (TTY).

Quyền lợi sức khỏe hành vi bao gồm Chăm sóc Nội trú và Ngoại trú, chẳng hạn như:

- Chăm sóc Sức khỏe Hành vi Ngoại trú được bao trả khi quý vị có giấy giới thiệu từ PCP của mình.

Một bác sĩ tâm thần, bác sĩ tâm lý hoặc tư vấn viên có giấy phép khác hoặc chuyên gia Sức khỏe Hành vi trong mạng lưới không có giấy phép đều có thể cung cấp loại điều trị này. Chăm sóc Sức khỏe Hành vi Nội trú được bao trả cho giai đoạn cấp tính của bệnh liên quan đến Sức khỏe Hành vi nếu Được phép và được thực hiện bởi Chuyên gia Sức khỏe Hành vi trong mạng lưới.

- Nhập viện Bán trú được SFBHS bao trả dưới dạng dịch vụ ngoại trú.
- Dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất.

Xem trang 66 để biết những dịch vụ sức khỏe hành vi khác được SFHP bao trả.

Khi không có dịch vụ điều trị Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất trong mạng lưới theo các tiêu chuẩn địa lý và tiếp cận kịp thời thì SFBHS sẽ sắp xếp các dịch vụ ngoài mạng lưới và các dịch vụ theo dõi.

Nếu quý vị muốn nhận bản sao của các tiêu chí đánh giá lâm sàng về Sức khỏe Tâm thần (LOCUS, CALOCUS/CASII), Rối loạn do Sử dụng Dược chất (ASAM) hoặc rối loạn bản dạng giới (WPATH) hoặc Liệu pháp Sốc Điện (American Psychological Association, The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment) hoặc Dịch vụ Phân tích Hành vi Ứng dụng (ABA) (Council of Autism Service Providers) của hiệp hội chuyên gia phi lợi nhuận hoặc chương trình giáo dục hoặc tài liệu đào tạo, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng SFHP theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30am đến 5:30pm để nhận miễn phí.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất/Sức khỏe Tâm thần kịp thời và theo khu vực địa lý (MH/SUD) khi quý vị cần. Nếu SFHP không sắp xếp được những dịch vụ đó cho quý vị với một bác sĩ thích hợp trong mạng lưới của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó, thì chương trình bảo hiểm sức khỏe phải bao trả và sắp xếp các dịch vụ cần thiết cho quý vị từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong trường hợp đó, quý vị không phải thanh toán bất kỳ khoản nào khác ngoài việc chia sẻ chi phí thông thường trong mạng lưới của quý vị.

Nếu quý vị không cần dịch vụ khẩn cấp thì chương trình bảo hiểm sức khỏe phải lên lịch hẹn cho quý vị mà không quá 10 ngày làm việc kể từ khi quý vị yêu cầu các dịch vụ từ chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nếu quý vị cần gấp những dịch vụ này thì chương trình bảo hiểm sức khỏe phải sắp xếp cuộc hẹn cho quý vị trong vòng 48 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu (nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe không yêu cầu ủy quyền trước cho buổi hẹn khám) hoặc trong vòng 96 giờ làm việc (nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe yêu cầu ủy quyền trước).

Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe không sắp xếp để quý vị nhận dịch vụ trong khung thời gian này và theo tiêu

chuẩn tiếp cận khu vực địa lý, thì quý vị có thể bố trí nhận dịch vụ từ bất kỳ nhà cung cấp được cấp phép nào, kể cả khi nhà cung cấp đó không nằm trong mạng lưới chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để được bao trả theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình thì lần hẹn khám đầu tiên của quý vị với bác sĩ phải trong vòng 90 ngày theo lịch kể từ ngày đầu tiên quý vị hỏi chương trình bảo hiểm về dịch vụ MH/SUD.

Nếu cần hỏi về cách để có được MH/SUD hoặc đang gặp khó khăn trong việc nhận các dịch vụ thì quý vị có thể:

1) gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số điện thoại ở mặt sau của thẻ hội viên chương trình bảo hiểm sức khỏe; 2) gọi cho Trung tâm Trợ giúp của California Department of Managed Care theo số 1(888) 466-2219; hoặc 3) liên lạc với California Department of Managed Health Care qua trang web của họ tại www.healthhelp.ca.gov để yêu cầu hỗ trợ về việc nhận dịch vụ MH/SUD.

Tiệm thuốc tây

Khi quý vị cần thuốc thì PCP của quý vị hoặc Bác sĩ chuyên khoa được giới thiệu sẽ kê toa. Để lấy được thuốc, hãy mang Toa thuốc này đến tiệm thuốc tây được liệt kê trong phần Tiệm thuốc tây trong Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của San Francisco Health Plan Healthy Workers HMO và trình Thẻ Hội viên của quý vị cho dược sĩ.

SFHP có một Danh mục thuốc/Dược thư. Danh mục thuốc là danh sách thuốc mà SFHP sẽ thanh toán. Có thể xem Danh mục thuốc của SFHP tại **sfhp.org.** Quý vị cũng có thể yêu cầu thông tin để biết một loại thuốc cụ thể có trong Danh mục thuốc hay không bằng cách gọi Dịch vụ Khách hàng SFHP theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800**) **288-5555** (miễn phí).

Các Chương trình Giáo dục Sức khỏe

Là Hội viên SFHP, quý vị có thể nhận tài liệu giáo dục sức khỏe và thông tin miễn phí. Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu tài liệu về các chủ đề sức khỏe bằng ngôn ngữ của quý vị. Quý vị cũng có thể tham gia vào một số chương trình giáo dục sức khỏe miễn phí. Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** để biết thêm thông tin hoặc trao đổi với PCP nếu quý vị muốn tìm hiểu về các chương trình sẵn có cho mình.

Để biết thêm thông tin, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555,** từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30am đến 5:30pm.

Tiếp cận Kịp thời để Chăm sóc Sức khỏe

Quý vị có thể lấy hẹn cho các Dịch vụ được Bao trả dựa trên nhu cầu sức khỏe của mình. California Department of Managed Health Care (DMHC) đã quy định tiêu chuẩn về thời gian chờ hẹn khám. Đó là:

Loại Hẹn khám	Thời gian Chờ Hẹn khám Tiêu chuẩn
Đối với Chăm sóc Khẩn cấp, nếu không cần Ủy quyền trước	Trong vòng 48 giờ kể từ khi yêu cầu hẹn khám
Đối với Chăm sóc Khẩn cấp, nếu cần Ủy quyền trước*	Trong vòng 96 giờ kể từ khi yêu cầu hẹn khám
Đối với khám Chăm sóc Sức khỏe Cơ bản thông thường (không khẩn cấp)	Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi yêu cầu hẹn khám
Đối với khám sức khỏe thông thường tại bác sĩ chuyên khoa (không khẩn cấp)	Trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi yêu cầu hẹn khám
Khi khám với nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần thông thường (không phải bác sĩ) (không khẩn cấp)	Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi yêu cầu hẹn khám
Khi khám theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần thông thường (không phải bác sĩ) (không khẩn cấp)	Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ buổi hẹn khám cuối cùng

Loại Hẹn khám	Thời gian Chờ Hẹn khám Tiêu chuẩn
Khi khám dịch vụ phụ trợ (hỗ trợ) thông thường cho chẩn đoán hoặc điều trị tổn thương, bệnh hoặc các tình trạng sức khỏe khác (không khẩn cấp)	Trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi yêu cầu hẹn khám
Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần/Rối loạn do Sử dụng Dược chất (MH/SUD) (không khẩn cấp)	Không quá 10 ngày làm việc
Dịch vụ MH/SUD (bác sĩ chuyên khoa)	Trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi yêu cầu
Các dịch vụ MH/SUD (khẩn cấp, chương trình bảo hiểm sức khỏe không cần ủy quyền trước)	Trong vòng 48 giờ kể từ khi yêu cầu lần đầu
Các dịch vụ MH/SUD (khẩn cấp, chương trình bảo hiểm sức khỏe yêu cầu ủy quyền trước)	Trong vòng 96 giờ kể từ khi yêu cầu lần đầu

* Cần xin Ủy quyền Trước nếu khám ở bác sĩ không thuộc Nhóm Y khoa của quý vị.

Nếu muốn chờ hẹn khám sau để thích hợp hơn với nhu cầu của quý vị thì hãy xin ý kiến của Bác sĩ. Trong một số trường hợp, thời gian chờ có thể lâu hơn tiêu chuẩn nếu Bác sĩ quyết định là khám trễ hơn sẽ không ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị.

Bác sĩ của quý vị có thể đề nghị một lịch trình cụ thể đối với các Dịch vụ Phòng ngừa, chăm sóc tiếp tục cho các tình trạng hiện tại hoặc giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa, tùy thuộc vào nhu cầu của quý vị. Chăm sóc phòng ngừa có nghĩa là phòng ngừa và phát hiện sớm bệnh. Bao gồm khám lâm sàng, tiêm ngừa, giáo dục sức khỏe và chăm sóc thai sản. Thời gian chờ tiêu chuẩn cũng không áp dụng cho chăm sóc theo dõi định kỳ đã lên lịch sẵn. Ví dụ về chăm sóc theo dõi định kỳ như Giấy giới thiệu Dài hạn đến Bác sĩ chuyên khoa và tái khám định kỳ cho các bệnh mạn tính. Bác sĩ có thể đề nghị một lịch khám cụ thể cho những loại chăm sóc này, dựa trên nhu cầu của quý vị.

Luôn có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho quý vị. Trong buổi hẹn khám, nếu cần giúp đỡ bằng ngôn ngữ của quý vị thì hãy yêu cầu Bác sĩ sắp xếp một thông dịch viên cho quý vị. Hoặc quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Khách hàng SFHP theo số **1(800) 288-5555** (miễn cước) hoặc TTY **1(888) 883-7347**, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30am đến 5:30pm.

DMHC cũng đã quy định tiêu chuẩn cho việc trả lời các cuộc gọi điện thoại. Đó là:

- Đối với các cuộc gọi đến Dịch vụ Khách hàng SFHP – trong vòng 10 phút trong giờ hành chính, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30am đến 5:30pm
- Đối với các cuộc gọi khám phân loại hoặc tầm soát bệnh – trong vòng 30 phút, 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần

Khám phân loại hoặc tầm soát bệnh được thực hiện bởi bác sĩ, y tá có đăng ký hoặc các Chuyên gia Sức khỏe có năng lực khác để xác định nơi quý vị cần đến và mức độ khẩn cấp của việc chăm sóc sức khỏe. Nếu cần khám phân loại hoặc tầm soát bệnh, quý vị nên gọi cho PCP hoặc phòng khám của mình trước. Nếu không thể gặp PCP hoặc phòng khám của mình, thì quý vị có thể gọi Teladoc® để được bác sĩ tư vấn qua điện thoại hoặc video. Dịch vụ này miễn phí và sẵn có bằng ngôn ngữ của quý vị. Gọi Teladoc theo số **1(800) 835-2362** hoặc truy cập vào trang **sfhp.org/teladoc.**

SFHP bao trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp thích hợp thông qua dịch vụ y tế từ xa (telehealth) cùng mức độ như chẩn đoán, tư vấn hoặc điều trị trực tiếp và bảo hiểm không chỉ giới hạn ở các dịch vụ do Teladoc cung cấp.

Các dịch vụ sẵn có trực tiếp hoặc qua telehealth, nếu có, từ Bác sĩ trong mạng lưới của quý vị trong thời gian chờ đợi được liệt kê trong bảng Tiếp cận Chăm sóc Sức khỏe Kịp thời trong phần này.

Quý vị có quyền truy cập vào hồ sơ y tế của mình. Mọi hồ sơ về dịch vụ được cung cấp cho quý vị thông qua Teladoc sẽ được chia sẻ với Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị, trừ khi quý vị phản đối. Tất cả dịch vụ nhận được thông qua Teladoc đều có sẵn với cùng mức chi phí như các dịch vụ trực tiếp trong mạng lưới.

4. Dịch vụ và Chi phí của Chương trình bảo hiểm Sức khỏe

Đồng Thanh toán

Ngoài Phí bảo hiểm hàng tháng, một số dịch vụ còn yêu cầu một khoản thanh toán nhỏ (Đồng Thanh toán) vào lúc quý vị nhận dịch vụ. Không có khoản khấu trừ theo Chương trình này và không có giới hạn về quyền lợi tài chính suốt đời đối với bất kỳ quyền lợi y tế được bao trả nào. Để biết mô tả đầy đủ về Đồng Thanh toán, hãy xem phần Tóm lược Quyền lợi trong Sổ tay này.

Chi phí Ngoài Mạng lưới

Nhà cung cấp (bác sĩ SFHN, phòng khám, Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, nhà cung cấp dịch vụ thị lực, nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi và tiệm thuốc tây) được liệt kê trong Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ Healthy Workers HMO làm việc với SFHP và được xem là Bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị sẽ có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe thích hợp trong mạng lưới Nhà cung cấp của SFHP. Tuy nhiên, nếu không có Nhà cung cấp của SFHP nào sẵn sàng thực hiện dịch vụ mà quý vị cần, thì PCP sẽ được Ủy quyền giới thiệu quý vị đến một bác sĩ ngoài mạng lưới.

Chăm sóc khẩn cấp được bao trả và không cần Ủy quyền trước.

Nên nhớ rằng, quý vị có thể phải thanh toán nếu nhận dịch vụ ngoài mạng lưới và không tuân theo quy trình giới thiệu hoặc xin giấy ủy quyền cần thiết. Vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800 (**địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** nếu quý vị có thắc mắc về mạng lưới Bác sĩ Healthy Workers HMO.

Bản Tóm lược Quyền lợi

Là một Bảng để Giúp Quý vị So sánh các Quyền lợi Bảo hiểm

Bảng này được thiết kế để giúp quý vị so sánh các quyền lợi bảo hiểm và chỉ là bản tóm lược.

Nên tham khảo Bằng chứng Bảo hiểm và hợp đồng Chương trình bảo hiểm để biết nội dung mô tả chi tiết về quyền lợi và các giới hạn bảo hiểm.

Quyền lợi	Dịch vụ được Bao trả	Hội viên Thanh toán
Khoản khấu trừ		Không khấu trừ
Tối đa Suốt đời		Không hạn chế
Giới hạn Tự Trả		$5,000
Dịch vụ Chuyên khoa	Bệnh viện có giấy phép, Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề, cơ sở chăm sóc cuối đời, cơ sở chăm sóc sức khỏe hành vi; khám bác sĩ tại phòng khám hoặc tại nhà	Không Đồng Thanh toán
Các Dịch vụ Ngoại trú	Hóa trị, thẩm phân, phẫu thuật, gây mê, xạ trị và chi phí cơ sở Cần thiết về mặt Y khoa có liên quan; các dịch vụ tầm soát và xét nghiệm, chủng ngừa và điều trị COVID-19	Không Đồng Thanh toán
Dịch vụ Nằm viện	Phòng và bàn, chăm sóc điều dưỡng tổng quát, dịch vụ phụ trợ bao gồm phòng mổ, phòng chăm sóc tăng cường, thuốc kê toa, xét nghiệm và xạ trị trong khi nằm viện Nội trú	Không Đồng Thanh toán
Bảo hiểm Y tế Cấp cứu	Chăm sóc 24 giờ cho bệnh, chấn thương đột ngột, trầm trọng và ngoài dự kiến hoặc những tình trạng cần chẩn đoán ngay trong và ngoài Chương trình bảo hiểm	Không Đồng Thanh toán
Dịch vụ Xe cứu thương	Vận chuyển bằng xe cấp cứu khi Cần thiết về mặt Y khoa	Không Đồng Thanh toán

Quyền lợi	Dịch vụ được Bao trả	Hội viên Thanh toán
Bảo hiểm Thuốc Kê toa	Thuốc kê toa được bảo hiểm theo Danh mục thuốc SFHP cho tiếp liệu đến 30 ngày mỗi Toa thuốc. Tiếp liệu thuốc Phổ thông lựa chọn 90 ngày và thuốc cho các bệnh mạn tính được áp dụng với một khoản đồng thanh toán thuốc kê toa.	**$5** Đồng Thanh toán mỗi Toa thuốc cho Thuốc Phổ thông và Thuốc Biệt dược trong Danh mục thuốc có sẵn thuốc phổ thông tương đương. **$10** Đồng Thanh Toán mỗi Toa thuốc cho Thuốc Biệt dược trong Danh mục thuốc Không Đồng Thanh Toán cho thuốc phòng ngừa được FDA phê duyệt (bao gồm các thuốc để phòng ngừa nhiễm vi rút HIV), các dụng cụ và thuốc ngừa thai, điều trị và tiếp liệu xét nghiệm COVID trong mạng lưới.
Dụng cụ Y tế Lâu bền	Dụng cụ thích hợp để sử dụng ở nhà, như máy đo đường huyết, máy theo dõi nhịp thở, thiết bị liên quan đến hen suyễn và tiếp liệu	Không Đồng Thanh toán
Dịch vụ Sức khỏe Hành vi	Dịch vụ Nội và Ngoại trú được cung cấp thông qua phòng sức khỏe hành vi của Quận khi có giấy giới thiệu. Xem các trang 21, 45 và 66 để biết danh sách dịch vụ chi tiết.	Không Đồng Thanh toán
Dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất và Lệ thuộc Hóa chất	- Khám ngoại trú để can thiệp khủng hoảng - Dịch vụ giải độc, điều trị rối Rối loạn do Sử dụng Dược chất và lệ thuộc hóa chất cho bệnh nhân nội trú - Can thiệp khủng hoảng và điều trị lạm dụng rượu hoặc ma túy Cần thiết về mặt Y khoa cho bệnh nhân ngoại trú	$0 Không Đồng Thanh toán

Quyền lợi	Dịch vụ được Bao trả	Hội viên Thanh toán
	Xem trang 67 để biết danh sách chi tiết về các dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất và lệ thuộc hóa chất Nội và Ngoại trú	
Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà	Chăm sóc kỹ năng Cần thiết về mặt Y khoa (không phải giám hộ); khám tại nhà, vật lý trị liệu, điều trị bằng nghề nghiệp và Ngôn ngữ Trị liệu đến 100 ngày mỗi năm.	Không Đồng Thanh toán
Dụng cụ/Dịch vụ trợ Thính	Đo thính lực, dụng cụ trợ thính, vật liệu trợ thính, đo, tư vấn, điều chỉnh, sửa chữa máy trợ thính	Không Đồng Thanh toán
Khám/Tiếp liệu Mắt Được bao trả thông qua Chương trình Bảo hiểm Dịch vụ Thị lực của quý vị	Khám hàng năm để xem có cần phải hiệu chỉnh kính mắt hay không	**$10**/lần khám mắt **$25** cho gọng kính **$100** cho 24 tháng/lần (Hội viên chịu trách nhiệm thanh toán số tiền vượt quá **$100**)
X-quang Chẩn đoán và Dịch vụ Xét nghiệm	Dịch vụ xạ trị, ECG, EEG, chụp X-quang vú, các xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm X-quang khác, các xét nghiệm để kiểm soát bệnh tiểu đường	Không Đồng Thanh toán
Chỉnh hình và Dụng cụ giả	Chỉnh hình và dụng cụ giả do nhà cung cấp dịch vụ của SFHP kê toa	Không Đồng Thanh toán
Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề	Chăm sóc lành nghề Cần thiết về mặt Y khoa; phòng và bàn; X-quang, dịch vụ phụ trợ khác và xét nghiệm; dịch vụ y khoa xã hội; thuốc và tiếp liệu. Dịch vụ điều dưỡng lành nghề được bao trả từ ngày nhập viện và được giới hạn ở 100 ngày trong bất kỳ năm quyền lợi nào.	Không Đồng Thanh toán

Quyền lợi	Dịch vụ được Bao trả	Hội viên Thanh toán
Chăm sóc cuối đời	Chăm sóc lành nghề Cần thiết về mặt Y khoa; chăm sóc thông thường tại nhà; chăm sóc liên tục tại nhà; tư vấn, thuốc và tiếp liệu; chăm sóc bệnh nhân Nội trú ngắn hạn để kiểm soát cơn đau và quản lý hệ thống; dịch vụ trợ giúp tinh thần trong trường hợp mất người thân, vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu và hoạt động trị liệu; dịch vụ y khoa xã hội, chăm sóc bệnh nhân Nội trú ngắn hạn; chăm sóc thay phiên.	Không Đồng Thanh toán
Cấy ghép	Ghép giác mạc và ghép tạng và tủy xương Cần thiết về mặt Y khoa; chi phí y tế và Bệnh viện của người hiến hoặc người hiến tiềm năng, chi phí xét nghiệm và những chi phí liên quan đến mua/nhận nội tạng hiến.	Không Đồng Thanh toán
Trị liệu Phục hồi Chức năng Nội trú	Vật lý trị liệu, Hoạt động trị liệu và Ngôn ngữ trị liệu	Không Đồng Thanh toán
Trị liệu Phục hồi Chức năng Ngoại trú	Vật lý trị liệu, Hoạt động trị liệu và Ngôn ngữ trị liệu khi Cần thiết về mặt Y khoa	Không Đồng Thanh toán
Giáo dục Sức khỏe	Tài liệu giáo dục sức khỏe	Không Đồng Thanh toán (không hạn chế)

Bằng chứng Bảo hiểm

Điều khoản và Điều kiện của Chương trình bảo hiểm Sức khỏe của Quý vị

5. Giới thiệu về San Francisco Health Plan (SFHP)

San Francisco Health Plan là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có quản lý được cấp phép (Chương trình bảo hiểm). SFHP không phải là một nhà cung cấp dịch vụ y tế. Các bác sĩ độc lập, Phòng khám, Bệnh viện và các Nhà cung cấp dịch vụ khác của SFHP cung cấp tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho Hội viên. Đổi lại, SFHP sẽ ký hợp đồng với Công ty (nhà tài trợ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe) của quý vị. Những hợp đồng nhóm này nêu rõ cách Chương trình bảo hiểm hoạt động và dịch vụ được bao trả.

Quý vị có quyền xem xét Sổ tay này trước khi đăng ký tham gia. Vui lòng đọc kỹ toàn bộ Bằng chứng Bảo hiểm ("EOC") và bản Tóm lược Quyền lợi kèm theo. Các cá nhân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt phải đặc biệt lưu ý đến các phần áp dụng cho mình. Một số từ dùng trong EOC này được định nghĩa cụ thể. Những từ này được viết hoa. Quý vị có thể xem ý nghĩa của những từ này trong phần Định nghĩa ở trang 32.

6. Quyền và Trách nhiệm của Hội viên

Quyền của Hội viên

Với tư cách là Hội viên SFHP Healthy Workers HMO, tôi có quyền:

- Được điều trị một cách tôn trọng, bất kể giới tính, văn hóa, ngôn ngữ, ngoại hình, xu hướng tình dục, chủng tộc, tình trạng khuyết tật hay khả năng sử dụng phương tiện giao thông.
- Được nhận thông tin về tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe có sẵn cho mình, kể cả được giải thích rõ cách tiếp cận các dịch vụ đó.
- Được chọn một PCP từ Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ của SFHP Healthy Workers HMO để cung cấp hoặc sắp xếp cho mọi dịch vụ chăm sóc mà tôi cần.
- Được nhận dịch vụ chăm sóc y tế tốt và phù hợp, bao gồm những dịch vụ sức khỏe phòng ngừa và giáo dục sức khỏe.
- Được chủ động tham gia vào quyết định về dịch vụ chăm sóc y tế của mình. Trong phạm vi cho phép của luật pháp, tôi cũng có quyền từ chối hoặc ngừng điều trị.
- Được nhận đủ thông tin để giúp tôi đưa ra quyết định đúng đắn trước khi nhận điều trị.
- Được biết và hiểu rõ tình trạng y tế của mình, kế hoạch điều trị, kết quả dự kiến cũng như những ảnh hưởng có thể có đối với cuộc sống hàng ngày của tôi.
- Được nhận dịch vụ thông dịch viên miễn phí.
- Nộp đơn phàn nàn hay khiếu nại nếu nhu cầu ngôn ngữ của tôi không được đáp ứng.
- Yêu cầu giải thích cho tôi ý nghĩa và giới hạn về vấn đề bảo mật. Nếu là người vị thành niên, tôi hiểu rằng bác sĩ hoặc nhân viên khác có thể cần trao đổi với cha mẹ hoặc người giám hộ của tôi về một số vấn đề cụ thể. Trong trường hợp này, thông tin cũng sẽ được thảo luận đầy đủ với tôi.
- Được bảo mật hồ sơ y tế, trừ khi việc tiết lộ được luật pháp yêu cầu hoặc chính tôi cho phép bằng văn bản. Với thông báo phù hợp, tôi có quyền xem xét hồ sơ y tế của mình với PCP.
- Được biết về việc chuyển đến Bệnh viện khác, bao gồm thông tin về lý do cần chuyển và mọi lựa chọn thay thế có sẵn.
- Được PCP của mình giới thiệu để xin Ý kiến Thứ hai.
- Được thông báo đầy đủ về quy trình kháng nghị của SFHP và hiểu cách sử dụng mà không sợ bị gián đoạn về việc chăm sóc sức khỏe.

- Được tham gia thiết lập chính sách công của SFHP như được nêu trong Bằng chứng Bảo hiểm này.

Trách nhiệm của Hội viên

Với tư cách là Hội viên Healthy Workers HMO, tôi có trách nhiệm phải:

- Đọc kỹ tất cả tài liệu của SFHP ngay sau khi đăng ký để hiểu được cách sử dụng những Quyền lợi SFHP của mình.
- Nêu thắc mắc khi cần thiết.
- Tuân theo các điều khoản về tư cách hội viên SFHP như được giải thích trong Bằng chứng Bảo hiểm này.
- Có trách nhiệm với sức khỏe của mình.
- Tuân thủ kế hoạch điều trị mà bác sĩ lập ra cũng như xem xét và chấp nhận hậu quả có thể có nếu tôi không tuân theo kế hoạch điều trị hoặc những khuyến cáo.
- Đặt câu hỏi về tình trạng y tế của tôi và chắc chắn hiểu rõ những giải thích cũng như hướng dẫn tôi nhận được.
- Lấy hẹn và đến đúng hẹn cũng như cho bác sĩ biết trước nếu tôi phải hủy hẹn.
- Trao đổi cởi mở với bác sĩ của mình để có thể tạo mối quan hệ tốt dựa trên lòng tin và sự hợp tác.
- Đưa ra đề nghị để cải thiện SFHP.
- Giúp SFHP lưu giữ hồ sơ y tế chính xác và cập nhật bằng cách cung cấp thông tin kịp thời về những thay đổi trong địa chỉ, tình trạng gia đình và chương trình bảo hiểm sức khỏe khác.
- Thông báo cho SFHP biết ngay khi có thể nếu tôi bị lập hóa đơn sai hoặc có khiếu nại.
- Đối xử tôn trọng và lịch sự với tất cả nhân viên của SFHP và chuyên viên chăm sóc sức khỏe.
- Đóng phí bảo hiểm, khoản đồng thanh toán và các khoản phí cho các dịch vụ không được bao trả khác đúng thời hạn theo yêu cầu của Chương trình Healthy Workers HMO.

7. Định nghĩa

Bác sĩ Chăm sóc Chính là bác sĩ đa khoa, bác sĩ gia đình, bác sĩ nội khoa, bác sĩ sản/phụ khoa, y tá thực hành hoặc phụ tá bác sĩ làm việc với bác sĩ có hợp đồng hoặc bác sĩ nhi khoa có hợp đồng với SFHP hoặc Nhóm Y khoa với tư cách là Bác sĩ Chăm sóc Chính để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho Hội viên và để giới thiệu, Ủy quyền, giám sát và điều phối việc cung cấp tất cả các Quyền lợi cho Hội viên theo Thỏa thuận Nhóm và EOC này.

Bác sĩ Chuyên khoa là bác sĩ khác với Bác sĩ Chăm sóc Chính, là người có hợp đồng với SFHP hoặc Nhóm Y khoa để cung cấp dịch vụ cho Hội viên khi họ được Bác sĩ Chăm sóc Chính giới thiệu đến.

Bản chất Thử nghiệm hoặc Nghiên cứu bao gồm tất cả biện pháp điều trị, trị liệu, thủ thuật, thuốc hoặc cách sử dụng thuốc, cơ sở hoặc cách sử dụng cơ sở, thiết bị hoặc cách sử dụng thiết bị hoặc tiếp liệu không được công nhận

theo những tiêu chuẩn y tế chuyên môn được chấp nhận rộng rãi là an toàn và hiệu quả để sử dụng trong điều trị bệnh, tổn thương hoặc tình trạng khi có vấn đề. Các dịch vụ cần chính phủ liên bang hoặc bất kỳ cơ quan liên quan hoặc cơ quan chính phủ Tiểu bang nào phê duyệt trước khi sử dụng (và chưa được phê duyệt vào thời điểm cung cấp dịch vụ hoặc tiếp liệu) đều sẽ được coi là có Bản chất Thử nghiệm hoặc Nghiên cứu. Các dịch vụ hoặc tiếp liệu chưa được phê duyệt hoặc công nhận theo những tiêu chuẩn y khoa chuyên môn được chấp nhận (tuy đã được luật cho phép hoặc được cơ quan chính phủ cho sử dụng trong thử nghiệm, nghiên cứu hoặc các nghiên cứu khác trên người bệnh) đều sẽ được coi là có Bản chất Thử nghiệm hoặc Nghiên cứu.

Bằng chứng Bảo hiểm và Mẫu cho phép Tiết lộ Thông tin (EOC) là Bằng chứng Bảo hiểm và Mẫu cho phép Tiết lộ kết hợp mô tả bảo hiểm và quyền lợi của quý vị.

Bệnh Cấp tính là bệnh liên quan đến sự xuất hiện đột ngột các triệu chứng do một bệnh, tổn thương hoặc các vấn đề y tế khác cần chăm sóc y tế kịp thời và có thời gian hạn chế.

Bệnh Giai đoạn Cuối là tuổi thọ dự kiến còn tối thiểu mười hai tháng sau khi được chẩn đoán bị bệnh giai đoạn cuối.

Bệnh Mãn tính Nghiêm trọng là tình trạng y khoa do bệnh hoặc vấn đề y khoa hay rối loạn y khoa khác có tính chất nghiêm trọng và có một trong hai tình trạng sau đây:

- Kéo dài mà không khỏi hoàn toàn hoặc tiến triển xấu đi trong một khoảng thời gian dài.
- Cần điều trị liên tục để duy trì sự thuyên giảm hoặc ngăn không cho tiến triển xấu đi.

Bệnh nhân nội trú là người **nhập** Viện với tư cách là bệnh nhân có đăng ký và nhận Quyền lợi theo hướng dẫn của Bác sĩ Chăm sóc Chính.

Bệnh viện là cơ sở y tế được công nhận và có giấy phép, chủ yếu cung cấp (được bệnh nhân trả công) cơ sở, chăm sóc và điều trị về y tế, chẩn đoán cũng như phẫu thuật cho Hội viên bị bệnh và tổn thương trên cơ sở Nội trú và hoạt động dưới sự giám sát của một bác sĩ và y tá có đăng ký của dịch vụ điều dưỡng 24 giờ/ngày.

Không bao gồm cơ sở chủ yếu là nhà nghỉ, nhà điều dưỡng hoặc nhà cho người cao tuổi. Cũng như không phải là bất kỳ trường hợp nào sau đây:

- Bệnh viện tâm thần được cấp phép là cơ sở y tế được Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations công nhận; hoặc
- Cơ sở y tế được cấp phép hoạt động chủ yếu để điều trị nghiện rượu và/hoặc lạm dụng dược chất được Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations công nhận; hoặc
- Cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần theo định nghĩa trong Phần 1250.2 của Bộ luật Sức khỏe và An toàn.

Bệnh viện SFHP là Bệnh viện được cấp phép theo luật tiểu bang hiện hành có hợp đồng cụ thể với SFHP để cung cấp Quyền lợi cho Hội viên theo SFHP.

Chăm sóc Cuối đời là dịch vụ chăm sóc do bác sĩ có giấy phép hoặc được

chứng nhận cung cấp tại cơ sở y tế hoặc tại nhà của Hội viên và: 1) Được thiết kế để xoa dịu cơn đau và chăm sóc hỗ trợ cho người được chẩn đoán bị Bệnh Giai đoạn Cuối và dự kiến còn sống được tối đa mười hai tháng và 2) do chuyên gia y tế hướng dẫn và điều phối. Một số dịch vụ Chăm sóc Cuối đời (chẳng hạn như chăm sóc Nội trú tổng quát) yêu cầu phải có ủy quyền trước.

Chăm sóc Giám hộ là chăm sóc không yêu cầu các dịch vụ thường xuyên của Chuyên gia Sức khỏe hoặc y tế đã qua huấn luyện và được thiết kế chủ yếu để hỗ trợ những sinh hoạt hàng ngày, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc trợ giúp đi lại, lên và xuống giường, tắm rửa, mặc quần áo, chuẩn bị và phục vụ các chế độ ăn đặc biệt cũng như giám sát việc tự dùng thuốc thông thường.

Chăm sóc Khẩn cấp là những Dịch vụ được hưởng Bảo hiểm được cung cấp để điều trị tức thời Bệnh Cấp tính bất ngờ cần chăm sóc y tế ngay, nhưng không cần phải Chăm sóc Cấp cứu.

Chăm sóc Ngoại trú là dịch vụ theo hướng dẫn của Bác sĩ Chăm sóc Chính nhưng không tính phí qua đêm tại cơ sở cung cấp dịch vụ.

Chăm sóc Nha khoa là bất kỳ dịch vụ hoặc thiết bị nào thường được nha sĩ hoặc bác sĩ phẫu thuật răng miệng cung cấp (trừ điều trị khối u nướu), bao gồm: X-quang răng, vệ sinh răng miệng, sự cố phải nhập viện; chỉnh răng (dịch vụ nha khoa để điều chỉnh các bất thường hoặc răng khấp khểnh bất kể lý do); bất kỳ thủ thuật nào (như phẫu thuật trước khi tạo hình miệng) để chuẩn bị miệng cho răng giả hoặc để sử dụng răng giả, cấy ghép nha khoa (nội nha, cấy ghép chân răng hoặc cấy ghép răng) dễ dàng hơn, điều trị nướu, khớp hàm, xương hàm hoặc bất kỳ dịch vụ nha khoa nào khác.

Chăm sóc Sức khỏe Hành vi là phân tích tâm lý, tâm lý trị liệu, xét nghiệm, tư vấn, quản lý y tế hoặc các dịch vụ khác, thường được cung cấp nhất bởi bác sĩ tâm thần, bác sĩ tâm lý hoặc các nhân viên xã hội lâm sàng có giấy phép hành nghề, tư vấn viên hôn nhân, gia đình và trẻ em hoặc các chuyên gia Sức khỏe Tâm thần khác và phụ tá chuyên môn được phép theo luật để chẩn đoán hoặc điều trị các rối loạn tâm thần, cảm xúc, các vấn đề tâm thần hoặc cảm xúc liên quan đến một bệnh, tổn thương hoặc tình trạng khác.

Chăm sóc tại Cơ sở là chăm sóc ngoài y tế được cung cấp trong một Bệnh viện hoặc một cơ sở được cấp phép khác vì chăm sóc ở nhà bệnh nhân không tiện lợi hoặc không thích hợp.

Chỉnh hình là một ứng dụng hoặc dụng cụ chỉnh hình được sử dụng để hỗ trợ, căn chỉnh, phòng ngừa hoặc điều chỉnh dị dạng hoặc để cải thiện chức năng của các bộ phận chuyển động trong cơ thể.

Chương trình Bảo hiểm là San Francisco Health Plan.

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe tức là San Francisco Health Plan.

Chương trình là Chương trình Healthy Workers HMO.

Chuyển dạ Tích cực là tình huống trong đó không có đủ thời gian để chuyển an toàn sản phụ đến Bệnh viện khác trước khi sinh hoặc việc di chuyển có thể đe dọa sức khỏe của sản phụ và sự an toàn của thai nhi.

Chuyên gia Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp là Bác sĩ Chăm sóc Chính, Bác sĩ chuyên khoa hoặc Chuyên gia Sức khỏe khác hoạt động trong lĩnh vực được cấp phép của họ và có kiến thức lâm sàng, bao gồm cả huấn luyện và chuyên môn, liên quan đến một bệnh, một tình trạng cụ thể hoặc các tình trạng liên quan đến việc yêu cầu Ý kiến Thứ hai.

Chuyên gia Sức khỏe là người có bằng cấp chuyên môn, thích hợp để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong Tiểu bang California. Chuyên gia Sức khỏe bao gồm, nhưng không giới hạn ở: bác sĩ tâm lý, bác sĩ điều trị chân, y tá, chuyên viên vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu, chuyên viên đo thị lực, nha sĩ và kỹ thuật viên phòng xét nghiệm.

Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề là cơ sở được Bộ Y tế Công cộng Tiểu bang California cấp phép là "Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề". Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề có thể là Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề được cấp phép của Bệnh viện.

Công ty được định nghĩa trong Thỏa thuận Nhóm với San Francisco Health Plan.

Danh mục Nhà cung cấp là danh mục tất cả các Nhà cung cấp có hợp đồng với SFHP để cung cấp dịch vụ cho Hội viên.

Danh mục thuốc là danh sách đầy đủ các loại thuốc được ưu tiên sử dụng và đủ điều kiện được bảo hiểm theo Chương trình Healthy Workers và bao gồm tất cả các loại thuốc được bao trả theo quyền lợi Thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe. Danh mục thuốc còn được gọi là Danh mục Thuốc kê toa.

Dụng cụ giả là một bộ phận nhân tạo, dụng cụ hoặc thiết bị được dùng để thay thế bộ phận bị mất của cơ thể.

Dịch vụ Cần thiết về mặt Y khoa là những dịch vụ y tế đã được biết là an toàn và hiệu quả, được thực hiện theo những tiêu chuẩn chuyên môn được công nhận rộng rãi để điều trị một bệnh hoặc tổn thương và được SFHP xác định là nhất quán với các triệu chứng hoặc chẩn đoán; không phục vụ chủ yếu cho sự thoải mái của bệnh nhân, Bác sĩ Chăm sóc Chính hoặc Bác sĩ trực tiếp điều trị khác; và được cung cấp với mức độ tối đa nhất có thể vì sự an toàn và hiệu quả của bệnh nhân.

Dịch vụ Cấp cứu có nghĩa là tầm soát y tế, khám và đánh giá của bác sĩ hoặc một nhân viên thích hợp khác dưới sự giám sát của bác sĩ (theo mức độ cho phép của luật hiện hành) để xác định xem có Tình trạng Cấp cứu Y tế hoặc Chuyển dạ Tích cực hay không và nếu có thì cần được một bác sĩ chăm sóc, điều trị cũng như phẫu thuật để làm giảm hoặc chữa trị Tình trạng Cấp cứu Y tế trong khả năng của cơ sở. Dịch vụ Cấp cứu cũng có nghĩa là tầm soát, khám và đánh giá bổ sung của một bác sĩ hoặc nhân viên khác (theo mức độ được phép của luật hiện hành và trong phạm vi được cấp phép cũng như đặc quyền lâm sàng của họ) để xác định xem có phải là Tình trạng Cấp cứu Y tế tâm thần hay không, cùng với sự chăm sóc và điều trị cần thiết để làm giảm hoặc chữa trị Tình trạng Cấp cứu Y tế tâm thần trong khả năng của cơ sở.

Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe gây Tranh cãi là bất kỳ dịch vụ chăm sóc

sức khỏe theo yêu cầu nào đủ điều kiện được thanh toán và bảo hiểm theo Thỏa thuận Nhóm và Bằng chứng Bảo hiểm này nhưng bị từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn toàn bộ hoặc một phần theo quyết định của Chương trình bảo hiểm Sức khỏe hoặc của một trong những Bác sĩ trong Mạng lưới, do họ cho rằng dịch vụ đó không Cần thiết về mặt Y khoa.

Dịch vụ được Bao trả (Quyền lợi) xem Quyền lợi.

Dịch vụ Ngoại trú tại Bệnh viện là những dịch vụ được cung cấp ở Bệnh viện, bất kỳ cơ sở được cấp phép thích hợp nào khác hoặc bất kỳ cơ sở thích hợp nào không yêu cầu giấy phép theo luật, nếu các chuyên gia cung cấp các dịch vụ đó được cấp phép hành nghề, được chứng nhận theo thẩm quyền của SFHP, một Nhóm Y khoa hoặc hội hành nghề cụ thể hoặc cơ quan khác được ủy quyền theo luật California hiện hành.

Dịch vụ Nhạy cảm có nghĩa là tất cả các dịch vụ chăm sóc liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, rối loạn do sử dụng dược chất, khám xác nhận giới tính, bạo lực bạn tình và bao gồm các dịch vụ được mô tả trong Phần 6924, 6925, 6926, 6927, 6928, 6929 và 6930 của Bộ luật Gia đình và các Phần 121020 và 124260 của Bộ luật Sức khỏe và An toàn, do bệnh nhân (ở độ tuổi tối thiểu theo quy định trở lên) chấp thuận dịch vụ được nêu rõ trong phần này.

Dịch vụ Nội trú tại Bệnh viện bao gồm những dịch vụ Cần thiết về mặt Y khoa và thỏa mãn yêu cầu của Bệnh viện, yêu cầu cấp độ chăm sóc Nội trú cấp tính, không được cung cấp tại phòng mạch của bác sĩ, khoa bệnh nhân ngoại trú của Bệnh viện hoặc ở nơi không đủ phương tiện điều trị mà không ảnh hưởng bất lợi đến tình trạng của bệnh nhân hoặc chất lượng chăm sóc y tế được cung cấp.

Các dịch vụ điều trị Nội trú cấp tính được bảo hiểm phải đáp ứng các tiêu chí lâm sàng đối với các dịch vụ Nội trú cấp tính. Nhập viện không bao gồm trường hợp chăm sóc ở mức độ theo dõi.

SFHP giữ quyền xem xét tất cả các dịch vụ để xác định xem có thật sự Cần thiết về mặt Y khoa hay không.

Đe dọa tính mạng là một trong hai hoặc cả hai trường hợp sau đây:

- Bệnh hay tình trạng có khả năng tử vong cao nếu không được can thiệp.
- Bệnh hay tình trạng có thể dẫn đến tử vong, chỉ sống sót sau khi kết thúc can thiệp lâm sàng.

Điều trị Cần thiết về Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất có nghĩa là một dịch vụ hoặc sản phẩm để xử lý các nhu cầu cụ thể của bệnh nhân đó, với mục đích ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, chấn thương, tình trạng hoặc các triệu chứng, bao gồm giảm thiểu sự tiến triển của bệnh, tổn thương, tình trạng hoặc các triệu chứng của bệnh đó, phù hợp theo tất cả những điều sau đây:

- Phù hợp với các tiêu chuẩn được chấp nhận chung về Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Chăm sóc Rối loạn do Sử dụng Dược chất; và

- Thích hợp về mặt lâm sàng về loại, tần suất, mức độ, vị trí và thời gian; và
- Không chủ yếu phục vụ lợi ích kinh tế của chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe và Hội viên hoặc vì sự thuận tiện của Hội viên, bác sĩ điều trị hoặc Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

Điều trị Sức khỏe Hành vi: Dịch vụ chuyên môn và các chương trình điều trị, bao gồm áp dụng các biện pháp phân tích hành vi và chương trình can thiệp hành vi dựa trên bằng chứng nhằm phát triển hoặc phục hồi đến mức tốt nhất có thể về chức năng của một người bị Rối loạn Phổ Tự kỷ và đáp ứng tất cả những tiêu chí sau:

- Biện pháp điều trị được chỉ định bởi một bác sĩ hoặc bác sĩ tâm lý được cấp phép theo luật California;
- Biện pháp điều trị được cung cấp theo kế hoạch điều trị được chỉ định bởi một nhà cung cấp dịch vụ điều trị bệnh tự kỷ (QAS) đủ năng lực và được quản lý bởi nhà cung cấp dịch vụ QAS hoặc một chuyên gia QAS hoặc phụ tá chuyên môn QAS do một nhà cung cấp dịch vụ QAS giám sát;
- Kế hoạch điều trị có các mục tiêu cụ thể do nhà cung cấp dịch vụ QAS phát triển và phê duyệt. Kế hoạch này được kiểm tra 6 tháng/lần và điều chỉnh khi thích hợp; và
- Kế hoạch điều trị không được sử dụng để cung cấp hoặc bồi hoàn cho chăm sóc thay phiên, chăm sóc ban ngày, các dịch vụ giáo dục hoặc để tham gia vào chương trình điều trị.

Xem trang 21, 28, 45 và 66 để biết thêm thông tin.

Đồng Thanh toán là số tiền mà Hội viên phải thanh toán cho các Quyền lợi cụ thể.

Giới thiệu Dài hạn là giấy giới thiệu đến Bác sĩ Chuyên khoa cho phép Hội viên khám ở Bác sĩ Chuyên khoa đó nhiều lần để tiếp tục điều trị một tình trạng Đe dọa Tính mạng, ngày càng xấu đi hoặc khuyết tật.

Hoạt động Trị liệu là phương pháp điều trị dưới sự hướng dẫn của Bác sĩ Chăm sóc Chính và được chuyên viên hoạt động trị liệu có chứng nhận thực hiện bằng cách sử dụng kỹ xảo, phương pháp thủ công hoặc biện pháp huấn luyện đặc biệt về các kỹ năng sống hàng ngày, để cải thiện và duy trì khả năng hoạt động của bệnh nhân.

Hội viên là cá nhân có quyền nhận Quyền lợi theo Thỏa thuận Nhóm.

Khiếu nại là thể hiện sự không hài lòng bằng văn bản hoặc lời nói về Chương trình bảo hiểm và/hoặc Nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm các quan ngại về chất lượng chăm sóc và có thể bao gồm phàn nàn, tranh chấp, yêu cầu xem xét lại hoặc kháng nghị của hội viên hoặc đại diện của hội viên. Những trường hợp mà Chương trình bảo hiểm không thể phân biệt được là khiếu nại hay thắc mắc sẽ được coi là khiếu nại.

Khu vực Dịch vụ là khu vực địa lý mà SFHP cung cấp dịch vụ, tức là Thành phố và Quận San Francisco.

Khuyết tật là một tổn thương, bệnh hoặc tình trạng. Tất cả các tổn thương

do tai nạn sẽ được coi là một Khuyết tật; tất cả các bệnh tồn tại đồng thời do các nguyên nhân giống nhau hoặc có liên quan sẽ được coi là một Khuyết tật; nếu bất kỳ bệnh nào là do các nguyên nhân giống nhau hoặc liên quan đến nguyên nhân của bất kỳ bệnh nào trước đó, thì bệnh tiếp theo sẽ được coi là hệ quả của Khuyết tật trước đó và không phải là Khuyết tật riêng biệt.

Loại trừ là bất kỳ biện pháp điều trị y tế, phẫu thuật, Bệnh viện nào hoặc biện pháp điều trị khác mà Chương trình này không bao trả.

Năm Quyền lợi là thời gian bắt đầu vào 12:01am ngày 1 tháng 1 và kết thúc vào 12:01am ngày 1 tháng 1 năm sau.

Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt có nghĩa là nghiên cứu lâm sàng giai đoạn I, giai đoạn II, giai đoạn III hoặc giai đoạn IV được thực hiện liên quan đến việc phòng ngừa, phát hiện hoặc điều trị ung thư hoặc các bệnh Đe dọa Tính mạng khác và đáp ứng ít nhất một trong những điều kiện sau đây:

- Nghiên cứu được phê duyệt hoặc tài trợ bởi một hoặc nhiều tổ chức sau:
  a. National Institutes of Health (NIH)
  b. Federal Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
  c. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
  d. Federal Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
  e. Một nhóm hoặc trung tâm hợp tác của NIH, CDC, AHRQ, CMS,
  f. Department of Defense (DoD) hoặc US Department of Veterans Affairs (VA)
  g. Tổ chức nghiên cứu phi chính phủ đủ tiêu chuẩn được xác định trong hướng dẫn NIH về các khoản trợ cấp hỗ trợ cho trung tâm VA, DoD hoặc US Department of Energy, nếu nghiên cứu đã được xem xét và phê duyệt thông qua hệ thống đánh giá đồng cấp mà Bộ trưởng US Department of Health and Human Services xác định là có thể so sánh với đánh giá đồng cấp được NIH sử dụng và đảm bảo đánh giá không thiên vị theo các tiêu chuẩn khoa học cao nhất bởi những cá nhân đủ năng lực nhưng không quan tâm đến kết quả của việc xem xét
- Nghiên cứu được tiến hành để nộp đơn xin áp dụng thuốc nghiên cứu mới do US Food and Drug Administration (FDA) xem xét
- Nghiên cứu thuốc được miễn quy trình nộp đơn xin áp dụng thuốc nghiên cứu mới do FDA xem xét

Ngôn ngữ Trị liệu là biện pháp điều trị dưới sự hướng dẫn của Bác sĩ Chăm sóc Chính và được cung cấp bởi một chuyên gia bệnh học về ngôn ngữ có giấy phép hoặc chuyên viên ngôn ngữ trị liệu.

Nhà cung cấp dịch vụ có nghĩa là (A) Một người là bác sĩ, Bệnh viện, Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề, cơ sở được cấp phép, cơ quan dịch vụ y tế tại nhà hoặc Chuyên gia Sức khỏe khác được cấp

phép theo Phần 2 (bắt đầu từ Phần 500) của Luật Kinh doanh và Nghề nghiệp.

(B) Bác sĩ chuyên khoa về hôn nhân và gia đình kết hợp hoặc bác sĩ tập sự chuyên khoa về hôn nhân và gia đình hoạt động theo Phần 4980.43.3 của Luật Kinh doanh và Nghề nghiệp.

(C) Nhà cung cấp dịch vụ điều trị bệnh tự kỷ đủ điều kiện hoặc chuyên gia điều trị bệnh tự kỷ đủ tiêu chuẩn được một tổ chức quốc gia chứng nhận theo Phần 10144.51 của Luật Bảo hiểm và Phần 1374.73.

(D) Nhân viên xã hội lâm sàng kết hợp hoạt động theo Phần 4996.23.2 của Luật Kinh doanh và Nghề nghiệp.

(E) Một cố vấn lâm sàng chuyên nghiệp kết hợp hoặc tư vấn viên tập sự lâm sàng chuyên nghiệp hoạt động theo Phần 4999.46.3 của Luật Kinh doanh và Nghề nghiệp.

(F) Bác sĩ tâm lý có đăng ký, như mô tả trong Phần 2909.5 của Luật Kinh doanh và Nghề nghiệp.

(G) Trợ lý bác sĩ tâm lý có đăng ký, như mô tả trong Phần 2913 của Luật Kinh doanh và Nghề nghiệp.

(H) Bác sĩ tâm lý tập sự hoặc người được giám sát như nêu trong Phần 2910 hoặc 2911 hoặc mục (d) của Phần 2914, Luật Kinh doanh và Nghề nghiệp.

Nhà cung cấp dịch vụ đã Kết thúc hợp đồng là nhà cung cấp đã chấm dứt hợp đồng với SFHP. Nhà cung cấp dịch vụ đã kết thúc hợp đồng có thể bao gồm một bác sĩ, Nhóm Y khoa hoặc Bệnh viện cụ thể.

Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới là nhà cung cấp không có hợp đồng với SFHP để cung cấp dịch vụ cho Hội viên

Nhà cung cấp trong Mạng lưới là bác sĩ, Chuyên gia Sức khỏe, cơ sở chăm sóc sức khỏe, Nhà cung cấp hoặc cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc tiếp liệu có hợp đồng còn hiệu lực và hợp pháp với SFHP để cung cấp các Dịch vụ được Bao trả cho Hội viên.

Nhân viên là cá nhân được thuê bởi nhóm Công ty và đáp ứng tất cả những yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện như được mô tả trong Thỏa thuận Nhóm.

Nhóm Y khoa có nghĩa là San Francisco Health Network (SFHN), là Nhóm Y khoa mà Bác sĩ Chăm sóc Chính của Hội viên hợp tác để cung cấp các Quyền lợi cho Hội viên Healthy Worker và có hợp đồng với SFHP.

Phẫu thuật Tái tạo là phẫu thuật được thực hiện để điều chỉnh hoặc sửa các cấu trúc bất thường của cơ thể gây ra bởi những khiếm khuyết bẩm sinh, sự bất thường khi phát triển, chấn thương, nhiễm trùng, khối u hoặc bệnh cho một trong hai mục đích sau:

- Cải thiện chức năng.
- Tạo ra vẻ ngoài bình thường, trong chừng mực có thể.

Bao gồm Phẫu thuật Tái tạo khẳng định giới tính.

Phẫu thuật Thẩm mỹ là bất kỳ loại phẫu thuật, dịch vụ, thuốc hoặc tiếp liệu nào nhằm thay đổi hoặc tái tạo cấu trúc bình thường của cơ thể để cải thiện ngoại hình.

Phí bảo hiểm là khoản đóng góp bắt buộc của Hội viên theo các điều khoản của Thỏa thuận Nhóm.

Phục hồi Chức năng là dịch vụ chăm sóc được thực hiện chủ yếu để phục hồi khả năng hoạt động của một người sao cho bình thường nhất có thể sau một bệnh hoặc tổn thương gây ra khuyết tật. Dịch vụ Phục hồi Chức năng có thể bao gồm sử dụng kết hợp các phương thức điều trị y tế, xã hội, giáo dục, nghề nghiệp được cung cấp với kỳ vọng bệnh nhân có thể phục hồi và nhận thấy cải thiện đáng kể trong một khoảng thời gian hợp lý.

Quyền lợi (Dịch vụ được Bao trả) là các dịch vụ, tiếp liệu và thuốc Cần thiết về mặt Y khoa thuộc Quyền lợi của Thỏa thuận Nhóm mà Hội viên đăng ký và được cung cấp bởi Nhóm Y khoa là Nhà cung cấp đã ký hợp đồng.

Rối loạn Bản dạng giới là một thuật ngữ chẩn đoán được sử dụng trong ICD-11 mô tả trải nghiệm đã và đang có của một người về sự trái ngược giữa giới tính của người đó và giới tính mà họ mong đợi dựa trên giới tính được chỉ định cho họ lúc sinh ra.

SFHP là San Francisco Health Plan.

Suy yếu Trầm trọng là bệnh hoặc tình trạng gây bệnh nặng không thể phục hồi.

Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) là thiết bị y tế sử dụng nhiều lần trong thời gian dài; không được coi là dùng một lần, ngoại trừ túi hậu môn; được đặt hàng bởi một Chuyên gia Sức khỏe có bằng cấp hoạt động trong phạm vi được cấp phép của người đó; sử dụng riêng cho người đăng ký; không trùng lặp chức năng của một thiết bị hoặc dụng cụ khác được công ty bảo hiểm bao trả cho Hội viên; nói chung không hữu ích cho một người không bị bệnh tật hoặc tổn thương; chủ yếu phục vụ mục đích y tế; và thích hợp để sử dụng trong nhà.

Thỏa thuận Nhóm là thỏa thuận giữa San Francisco Health Plan và Công ty mà theo đó Chương trình bảo hiểm Sức khỏe quản lý, thanh toán hoặc sắp xếp việc thanh toán các Quyền lợi theo Chương trình Healthy Workers HMO.

Thuốc Biệt dược là thuốc bán trên thị trường với tên thương hiệu độc quyền được bảo hộ.

Thuốc Ngoài Danh mục thuốc là thuốc không được liệt kê trong Danh mục thuốc của SFHP và cần người kê toa nộp yêu cầu Ủy quyền Trước để SFHP xem xét rồi mới được bao trả.

Thuốc Phổ thông là thuốc tương đương với thuốc biệt dược về liều lượng, độ an toàn, độ mạnh, cách dùng, chất lượng, hiệu quả và mục đích sử dụng.

Thuốc trong Danh mục thuốc là những thuốc được liệt kê trong Danh mục thuốc và được chia thành ba nhóm hoặc Bậc Thuốc. Bậc Thuốc là một nhóm Thuốc theo toa tương ứng với bậc chia sẻ chi phí được nêu trong bảo hiểm Thuốc theo toa của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe. Bậc của Thuốc theo toa sẽ quyết định phần chi phí cho thuốc đó của hội viên. Thuốc trong Danh mục thuốc Bậc 1 là Thuốc phổ thông, thuốc trong Danh mục thuốc Bậc 2 là Thuốc Biệt dược, thuốc trong Danh mục thuốc Bậc 3 yêu cầu Trị liệu theo từng Bước (sử dụng thuốc bậc thấp hơn trước) và/hoặc Ủy quyền Trước. Tất cả các bậc thuốc trong Danh mục thuốc đều có thể có các giới hạn dựa trên số lượng, tuổi

và/hoặc giới tính mà có thể cần Ủy quyền Trước nếu muốn dùng vượt giới hạn.

Tình trạng Cấp cứu Y tế có nghĩa là tình trạng y tế tự biểu hiện bằng triệu chứng cấp tính nặng (bao gồm đau nặng hoặc rối loạn tâm thần) đến nỗi nếu không chăm sóc y tế ngay thì có thể dẫn đến những kết quả sau: 1) đặt sức khỏe của bệnh nhân vào tình trạng rất nguy hiểm; 2) suy giảm nghiêm trọng các chức năng cơ thể; 3) rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể. Dịch vụ Cấp cứu có nghĩa là tầm soát y tế, xét nghiệm và đánh giá của bác sĩ hoặc một nhân viên thích hợp khác dưới sự giám sát của bác sĩ (theo mức độ cho phép của luật hiện hành) để xác định xem có Tình trạng Cấp cứu Y tế hoặc Chuyển dạ Tích cực hay không và nếu có thì cần được một bác sĩ chăm sóc, điều trị cũng như phẫu thuật để làm giảm hoặc chữa trị tình trạng y tế Cấp cứu trong khả năng của cơ sở. Dịch vụ Cấp cứu cũng có nghĩa là tầm soát, xét nghiệm và đánh giá bổ sung của một bác sĩ hoặc nhân viên khác (theo mức độ được phép của luật hiện hành và trong phạm vi được cấp phép cũng như đặc quyền lâm sàng của họ) để xác định xem có tình trạng cấp cứu y tế tâm thần hay không, cùng với sự chăm sóc và điều trị cần thiết để làm giảm hoặc chữa trị tình trạng cấp cứu y tế tâm thần trong khả năng của cơ sở.

Tình trạng Cấp cứu Y tế Tâm thần là rối loạn tâm thần có những triệu chứng cấp tính nặng đến nỗi gây nguy hiểm trực tiếp cho quý vị hoặc người khác hoặc quý vị không thể cung cấp hoặc sử dụng trực tiếp thực phẩm, nơi cư trú hoặc quần áo do rối loạn tâm thần.

Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất có nghĩa là tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất thuộc bất kỳ loại chẩn đoán nào được liệt kê tại phần rối loạn tâm thần và hành vi trong ấn bản Bảng Phân loại Thống kê Quốc tế về Bệnh tật mới nhất hoặc được liệt kê trong phiên bản Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders mới nhất. Các thay đổi về thuật ngữ, cách tổ chức hoặc phân loại Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Rối loạn do Sử dụng Dược chất trong các phiên bản tương lai của American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders hoặc World Health Organization's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng bệnh được đề cập trong phần này, miễn là tình trạng đó thường được các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành nghề trong các chuyên khoa lâm sàng liên quan hiểu là Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất.

Toa thuốc là đơn đặt hàng thuốc bằng miệng, văn bản hoặc phương tiện điện tử của Bác sĩ kê toa thuốc cho một hội viên cụ thể, trong đó có tên của loại thuốc, thiết bị hoặc sản phẩm khác đã được FDA phê duyệt; số lượng thuốc, thiết bị hoặc sản phẩm được kê toa; ngày cấp; tên và thông tin liên hệ của Bác sĩ kê toa; chữ ký của Bác sĩ kê toa nếu là toa thuốc trên giấy; và nếu do hội viên yêu cầu, thì phải có bệnh trạng hoặc mục đích y tế mà thuốc, thiết bị hoặc sản phẩm được kê toa.

Trị liệu Hô hấp là biện pháp điều trị dưới sự hướng dẫn của một bác sĩ và

được thực hiện bởi một chuyên viên trị liệu hô hấp đã qua huấn luyện và được chứng nhận, để bảo toàn hoặc cải thiện chức năng phổi của bệnh nhân.

Trị liệu theo Từng bước là một quá trình xác định trình tự dùng các loại thuốc theo toa khác nhau được kê toa cho một tình trạng y tế nhất định và thích hợp về mặt y tế cho một bệnh nhân cụ thể.

Trọng tài Phân xử: Là cách giải quyết các vấn đề phải dùng đến bên trung lập thứ ba. Đối với những vấn đề được giải quyết thông qua Trọng tài Phân xử, thì bên thứ ba sẽ nghe cả hai bên trình bày vấn đề và đưa ra quyết định sao cho cả hai bên phải chấp nhận. Cả hai bên giao quyền phán xét cho tòa án hoặc bồi thẩm đoàn. Để tìm hiểu thêm, hãy đọc "Trọng tài Phân xử Tranh chấp" trong phần "Thủ tục Khiếu nại và Kháng nghị" ở trang 83.

Trường hợp Khẩn cấp là khi người đăng ký đang ở trong một tình trạng sức khỏe có thể đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng khôi phục tối đa chức năng của người đăng ký hoặc khi người đăng ký đang được điều trị bằng thuốc Không có trong Danh mục Thuốc.

Ủy ban Dược và Điều trị là một nhóm những người kê toa và các dược sĩ địa phương họp bốn lần/năm và xác định các thuốc sẽ được đưa vào Danh mục thuốc và các tiêu chí được sử dụng cho quá trình xem xét để cấp Ủy quyền Trước.

Ủy quyền (Cho phép) là việc yêu cầu các dịch vụ cụ thể phải được SFHP phê duyệt trước khi thực hiện.

Ủy quyền Trước cho Tiệm thuốc tây là quá trình mà toa thuốc của quý vị sử dụng để yêu cầu xét ngoại lệ với các thuốc trong Danh mục thuốc hoặc những tiêu chí lâm sàng được thiết lập cho thuốc trong Danh mục thuốc và Không có trong Danh mục thuốc. Các tiêu chí cấp Ủy quyền Trước được xem xét và phê duyệt bởi Ủy ban Dược và Điều trị của SFHP.

Vật lý Trị liệu là điều trị dưới sự hướng dẫn của một Bác sĩ Chăm sóc Chính và được thực hiện bởi chuyên viên vật lý trị liệu, chuyên viên hoạt động trị liệu có chứng nhận hoặc bác sĩ có giấy phép điều trị bệnh về chân, trong đó có thể sử dụng các tác nhân vật lý để cải thiện hệ cơ xương, thần kinh cơ và hô hấp của bệnh nhân.

Vô sinh có nguyên nhân có nghĩa là vô sinh trực tiếp hoặc gián tiếp do phẫu thuật, hóa trị, xạ trị hoặc điều trị y tế khác.

Với trường hợp của Hội viên thì Khuyết tật Hoàn toàn là tình trạng Khuyết tật khiến người này không thể làm công việc (vượt quá thời gian nghỉ bệnh được phép của họ) quen thuộc thường ngày một cách liên tục hoặc bất kỳ công việc nào khác mà đáng lẽ người này có thể làm, xét về địa vị xã hội cũng như khả năng thể chất và tinh thần của họ.

Ý kiến Thứ hai là sự tư vấn bổ sung từ một Bác sĩ Chăm sóc Chính khác không phải là Bác sĩ Chăm sóc Chính mà Hội viên đã chọn hoặc một Bác sĩ Chuyên khoa được giới thiệu trước khi lên lịch cho các dịch vụ cụ thể.

Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bảo mật có nghĩa là Hội viên yêu cầu SFHP gửi

các thông tin y tế cho họ theo địa chỉ email hoặc thư cụ thể hoặc số điện thoại cụ thể theo chỉ định của Hội viên.

8. Chọn Cơ sở và Bác sĩ Chăm sóc Chính

Vui lòng đọc thông tin sau đây để biết người hoặc nhóm Nhà cung cấp dịch vụ mà quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

A. Bác sĩ Chăm sóc Chính và Cơ sở/Chuyên gia Sức khỏe Độc lập

Bác sĩ Chăm sóc Chính và Chuyên gia Sức khỏe khác cung cấp tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể có quyền được nhận. SFHP không phải là Nhà cung cấp dịch vụ y tế. Bác sĩ Chăm sóc Chính, Nhóm Y khoa, Bệnh viện và Chuyên gia Sức khỏe khác không phải là nhân viên hoặc đại lý của SFHP.

Khu vực Dịch vụ của SFHP là Thành phố và Quận San Francisco. Để biết thêm thông tin chi tiết về việc chọn Nhà cung cấp và cơ sở, hãy xem Danh mục Nhà cung cấp Healthy Workers HMO, trong đó liệt kê những Nhà cung cấp trong Mạng lưới mà quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị cần Danh mục Nhà cung cấp, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555**.

B. Chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính

Hội viên Healthy Workers HMO được yêu cầu phải có Bác sĩ Chăm sóc Chính và được khuyến khích chọn một Bác sĩ Chăm sóc Chính lúc đăng ký. Bác sĩ Chăm sóc Chính có thể là bác sĩ, y tá thực hành hoặc phụ tá bác sĩ làm việc chặt chẽ với một Nhà cung cấp dịch vụ của SFHP. Để bảo đảm tiếp cận được dịch vụ, Bác sĩ Chăm sóc Chính mà quý vị chọn phải nằm trong bán kính 30 dặm từ nhà hoặc nơi làm việc của quý vị. Nếu quý vị không chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính lúc đăng ký, thì SFHP sẽ chỉ định một Bác sĩ Chăm sóc Chính cho quý vị. Việc chỉ định này sẽ có hiệu lực cho đến khi nào quý vị chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính của riêng mình.

Mỗi Bác sĩ Chăm sóc Chính đều làm việc với San Francisco Health Network. San Francisco Health Network (SFHN) chỉ sử dụng những Bác sĩ Chuyên khoa và Chuyên gia Sức khỏe làm việc với SFHN. Bệnh viện được SFHN sử dụng là Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center.

Nếu không ở trong Tình trạng Cấp cứu Y tế, quý vị nên liên lạc với Bác sĩ Chăm sóc Chính cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe, bao gồm dịch vụ phòng ngừa, những vấn đề sức khỏe thông thường, tham vấn Bác sĩ Chuyên khoa và nhập viện. Để nhận dịch vụ y tế do SFHP bao trả, Bác sĩ Chăm sóc Chính và SFHP phải điều phối và ủy quyền dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Bác sĩ Chăm sóc Chính và SFHP chịu trách nhiệm điều phối và chỉ đạo tất cả các nhu cầu chăm sóc y tế của quý vị, sắp xếp giấy giới thiệu đến Bác sĩ Chuyên khoa và Nhà cung cấp khác (kể cả Bệnh viện) và cung cấp giấy Ủy quyền bắt buộc cần thiết để nhận dịch vụ. Bác sĩ Chăm sóc Chính cũng sẽ kê toa xét nghiệm Cần thiết về mặt Y khoa, X-quang và các dịch vụ khác.

C. Cách thay đổi Bác sĩ Chăm sóc Chính

Nếu quý vị không hài lòng với PCP của mình vì bất kỳ lý do gì thì hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** và chúng tôi sẽ giúp quý vị lựa chọn một PCP mới. Nếu quý vị yêu cầu thay đổi trước ngày 16 của tháng và quý vị không nhận dịch vụ trong tháng đó, thì sự thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 của tháng hiện tại. Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị yêu cầu thay đổi vào hoặc sau ngày 16 của tháng và/hoặc quý vị đã nhận dịch vụ trong tháng đó, thì thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng kế tiếp.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Nếu quý vị cần gặp một PCP mà chưa có thẻ mới với tên của PCP mới trên thẻ, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555.** Một đại diện sẽ cho quý vị biết cần PCP nào.

Nếu PCP của quý vị ngừng tham gia vào SFHP thì chúng tôi sẽ thông báo và giúp quý vị chọn PCP mới.

D. Lên lịch Hẹn khám

Tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không cấp cứu đều được điều phối qua Bác sĩ Chăm sóc Chính. Hội viên Mới cần gọi cho Bác sĩ Chăm sóc Chính của mình để lên lịch buổi khám đầu tiên sau khi đăng ký. Các buổi hẹn khám thông thường cũng phải được lên lịch với Bác sĩ Chăm sóc Chính. Trong trường hợp phải hủy cuộc hẹn đã lên lịch, quý vị phải hủy trước ít nhất 24 giờ ngay khi có thể.

E. Mối Quan hệ Tích cực với Bác sĩ Chăm sóc Chính

Để giúp Bác sĩ Chăm sóc Chính cung cấp cho quý vị tất cả các dịch vụ Cần thiết về mặt Y khoa cũng như các dịch vụ chuyên môn thích hợp theo ý muốn của quý vị, thì điều quan trọng là quý vị và Bác sĩ Chăm sóc Chính phải duy trì một mối quan hệ hợp tác giữa Bác sĩ với Bệnh nhân. Nếu không thể duy trì một mối quan hệ hợp tác và chuyên nghiệp thì SFHP sẽ giúp quý vị chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính khác.

Ví dụ: Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị có thể coi việc từ chối những thủ thuật và điều trị khuyến cáo là không phù hợp với việc xây dựng mối quan hệ tích cực giữa Bác sĩ-Bệnh nhân và cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế thích hợp. Họ có thể yêu cầu chỉ định lại một Bác sĩ Chăm sóc Chính khác cho quý vị. Ngoài ra, Bác sĩ Chăm sóc Chính có thể không nhận quý vị làm bệnh nhân nếu quý vị đã từng kết thúc mối quan hệ bác sĩ bệnh nhân vì lý do nào đó. Trong những trường hợp này, Dịch vụ Khách hàng sẽ hỗ trợ quý vị chọn Bác sĩ Chăm sóc Chính khác.

9. Cách Sử dụng San Francisco Health Plan

A. Ủy quyền cho Dịch vụ

Trong Bằng chứng Bảo hiểm này, chúng tôi sử dụng từ “Ủy quyền” hoặc “Giấy ủy quyền” để đề cập đến việc quý vị cần phải xin SFHP phê duyệt cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà Bác sĩ Chăm sóc Chính hoặc Bác sĩ Chuyên khoa của quý vị giới thiệu trước khi nhận dịch vụ.

Lưu ý: Trừ những dịch vụ mà Bác sĩ Chăm sóc Chính cung cấp và những Dịch vụ Cấp cứu, khám OB/GYN trong mạng lưới, chăm sóc nhãn khoa trong mạng lưới hoặc dịch vụ sức khỏe hành vi trong mạng lưới, tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đều phải được Ủy quyền trước ngày nhận dịch vụ. Nếu không được Ủy quyền trước khi cung cấp, thì những dịch vụ đó sẽ không phải là Dịch vụ được Bao trả, ngay cả khi các dịch vụ đó là cần thiết.

Bác sĩ sẽ thay mặt quý vị xin giấy Ủy quyền cần thiết từ SFHP, nhưng quý vị luôn phải chịu trách nhiệm liên lạc với Bác sĩ Chăm sóc Chính để được giới thiệu một cách phù hợp cho Dịch vụ được Bao trả mà Bác sĩ Chăm sóc Chính không cung cấp. Nên nhớ rằng giấy giới thiệu của Bác sĩ Chăm sóc Chính không bảo đảm rằng các dịch vụ này sẽ được bao trả. Điều khoản hội đủ điều kiện, Quyền lợi, Loại trừ và giới hạn được mô tả trong Bằng chứng Bảo hiểm này sẽ được áp dụng, bất kể những dịch vụ này có được giới thiệu bởi Bác sĩ Chăm sóc Chính hay không.

B. Chăm sóc Cấp cứu Y tế

Tình trạng Cấp cứu Y tế là tình trạng y tế hoặc tình trạng y tế tâm thần tự biểu hiện bằng triệu chứng cấp tính nặng (bao gồm đau nặng đến nỗi nếu không chăm sóc y tế ngay thì có thể dẫn đến một trong những kết quả sau: đặt sức khỏe của Hội viên hoặc trong trường hợp phụ nữ mang thai thì sức khỏe của thai nhi vào tình trạng rất nguy hiểm; suy giảm nghiêm trọng các chức năng cơ thể; hoặc rối loạn nghiêm trọng chức năng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể; hoặc Chuyển dạ Tích cực, nghĩa là chuyển dạ vào thời điểm mà có thể xảy ra các tình huống sau:

- Không đủ thời gian để di chuyển an toàn sang một Bệnh viện khác trước khi sinh; hoặc
- Việc chuyển viện đe dọa sức khỏe và sự an toàn của Hội viên hoặc thai nhi

Tình trạng Cấp cứu Y tế Tâm thần là rối loạn tâm thần có những triệu chứng cấp tính nặng đến nỗi gây nguy hiểm trực tiếp cho quý vị hoặc người khác hoặc quý vị không thể cung cấp hoặc sử dụng trực tiếp thực phẩm, nơi cư trú hoặc quần áo do rối loạn tâm thần.

Nếu quý vị tin rằng một tình trạng y tế là Tình trạng Cấp cứu Y tế, hãy gọi **911** hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất để được trợ giúp. Trình Thẻ Hội viên của quý vị cho nhân viên tại Bệnh viện và yêu cầu họ thông báo cho Bác sĩ Chăm sóc Chính về tình trạng y tế của quý vị.

Đối với Dịch vụ Cấp cứu, không cần phải liên lạc với Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị trước khi nhận dịch vụ. Tuy nhiên, quý vị phải thông báo cho Bác sĩ Chăm sóc Chính của mình trong vòng 24 giờ sau khi nhận dịch vụ chăm sóc, trừ khi SFHP xác định rằng việc quý vị không thể liên lạc với bác sĩ đó trong vòng 24 giờ là hợp lý. Trong trường hợp này, hãy thông báo sớm nhất có thể. SFHP sẽ bao trả cho các dịch vụ được thực hiện trong trường hợp có lý do để tin là Hội viên cần cấp cứu, ngay cả khi sau đó SFHP xác định rằng trường hợp này trên thực tế không phải là cấp cứu. Nếu quý vị nhận một dịch vụ không được Ủy quyền trong trường hợp Chương trình Bảo hiểm sức khỏe xác định rằng không có lý do để tin là hội viên cần cấp cứu, thì quý vị sẽ chịu

trách nhiệm thanh toán chi phí cho các dịch vụ đó.

Sau khi Ổn định

Chăm sóc Sau khi Ổn định và Theo dõi Sau Cấp cứu. Sau khi Tình trạng Cấp cứu Y tế của quý vị ổn định, Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể cho rằng quý vị cần các dịch vụ bổ sung Cần thiết Về mặt Y khoa trước khi xuất viện an toàn. Nếu bệnh viện không thuộc mạng lưới Nhà cung cấp dịch vụ có hợp đồng với San Francisco Health Plan, thì bệnh viện sẽ liên lạc với Nhóm Y khoa được chỉ định của quý vị hoặc San Francisco Health Plan, để xin ủy quyền kịp thời cho các dịch vụ sau khi ổn định. Nếu San Francisco Health Plan xác định rằng quý vị có thể được chuyển an toàn đến Bệnh viện có hợp đồng với chương trình bảo hiểm và quý vị không đồng ý chuyển viện, thì Bệnh viện phải thông báo bằng văn bản rằng quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm tài chính cho 100% chi phí của dịch vụ đã cung cấp cho quý vị sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định. Ngoài ra, nếu Bệnh viện không thể xác định tên và thông tin liên lạc của quý vị cho San Francisco Health Plan để yêu cầu cấp ủy quyền trước cho các dịch vụ sau khi quý vị ổn định, thì quý vị có thể phải thanh toán cho những dịch vụ đó.

NẾU CẢM THẤY MÌNH BỊ TÍNH PHÍ SAI CHO CÁC DỊCH VỤ MÀ QUÝ VỊ NHẬN TỪ MỘT NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ KHÔNG CÓ HỢP ĐỒNG, VUI LÒNG LIÊN LẠC VỚI SAN FRANCISCO HEALTH PLAN THEO SỐ **1(415) 547-7800** HOẶC **1(800) 288-5555.**

Nếu quý vị bị bệnh, sốt hoặc vấn đề y tế khẩn cấp khác, hãy gọi cho phòng mạch của Bác sĩ Chăm sóc Chính, ngay cả trong thời gian phòng mạch của Bác sĩ Chăm sóc Chính thường đóng cửa. Bác sĩ Chăm sóc Chính hoặc bác sĩ trực sẽ luôn túc trực để hướng dẫn quý vị cách xử lý vấn đề tại nhà hoặc cho quý vị biết là quý vị có nên đến Trung tâm Chăm sóc Khẩn cấp hoặc phòng cấp cứu của bệnh viện hay không. Các vấn đề có thể khẩn cấp nhưng không phải cấp cứu thật sự là các vấn đề thường có thể đợi từ 24 đến 48 giờ để được điều trị. Hãy gọi cho Bác sĩ Chăm sóc Chính của mình nếu quý vị có nhu cầu y tế khẩn cấp. Bác sĩ Chăm sóc Chính sẽ tư vấn cho quý vị việc cần làm.

Quý vị nên thường xuyên đến bác sĩ để được chăm sóc sức khỏe hoặc gọi điện khi có thắc mắc, nhưng đôi khi quý vị không thể gặp bác sĩ trong ngày hoặc sau giờ làm việc. Khi gặp vấn đề này, hãy gọi Teladoc theo số **1(800) 835-2362.** Quý vị có thể được tư vấn qua điện thoại hoặc video với bác sĩ Teladoc 24 giờ/ngày và 7 ngày/tuần trong 30 phút trở xuống. Teladoc là các bác sĩ được California cấp phép và có thể điều trị những vấn đề y tế đơn giản, hướng dẫn quý vị đến khám bác sĩ thông thường để chăm sóc theo dõi hoặc đánh giá xem quý vị có cần đến phòng cấp cứu hay Chăm sóc Khẩn cấp hay không. Bác sĩ Teladoc cũng có thể kê toa một số loại thuốc, nhưng sẽ không kê toa các chất bị cấm. Dịch vụ này miễn phí và sẵn có bằng ngôn ngữ của quý vị. Để đăng ký nhận dịch vụ Teladoc hãy truy cập trang **sfhp.org/teladoc.**

San Francisco Health Plan cũng có Đường dây Y tá Tư vấn 24/7 theo số **1(877) 977-3397.** Được phục vụ bởi những y tá được đào tạo và túc trực

24 giờ/ngày và 7 ngày/tuần để giúp giải đáp những thắc mắc của quý vị về chăm sóc sức khỏe. Dịch vụ này miễn phí và sẵn có bằng ngôn ngữ của quý vị. Y tá có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị, đưa ra lời khuyên hữu ích, hướng dẫn quý vị đến trung tâm Chăm sóc Khẩn cấp nếu cần và nhiều dịch vụ hỗ trợ khác.

Nhận dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp ngoài Khu vực Dịch vụ là một quyền lợi được bao trả. Nếu ở ngoài khu vực dịch vụ và mắc bệnh, nhưng không phải cấp cứu, hãy gọi cho PCP của quý vị để biết cần phải làm gì nếu có thể. Hãy nhớ luôn mang theo Thẻ Hội viên của mình. Số điện thoại của PCP được liệt kê trên thẻ để quý vị dễ dàng gọi cho họ khi cần.

C. Chăm sóc Theo Dõi Sau Dịch vụ Cấp cứu hoặc Chăm sóc Khẩn cấp

Sau khi quý vị nhận Dịch vụ Cấp cứu hoặc Chăm sóc Khẩn cấp, Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị phải điều phối dịch vụ chăm sóc theo dõi. Nếu quý vị cần chăm sóc theo dõi sau khi nhận Dịch vụ Cấp cứu hoặc Chăm sóc Khẩn cấp, thì quý vị nên gọi Bác sĩ Chăm sóc Chính của mình để họ có thể sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Bác sĩ Chăm sóc Chính có thể khám hoặc giới thiệu quý vị đến Bác sĩ chuyên khoa để họ có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc theo dõi sau khi nhận Dịch vụ Cấp cứu hoặc Chăm sóc Khẩn cấp từ bất kỳ Nhà cung cấp ngoài Mạng lưới nào và SFHP chưa ủy quyền các dịch vụ này, thì quý vị có thể phải thanh toán chi phí cho các dịch vụ đó. Hãy liên lạc với Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị sau khi nhận Dịch vụ Cấp cứu hoặc Chăm sóc Khẩn cấp để biết quý vị cần phải làm gì.

D. Giới thiệu đến Bác sĩ Chuyên khoa

Hội viên được giới thiệu đến Bác sĩ Chuyên khoa khi Cần thiết về mặt Y khoa theo quyết định từ Bác sĩ Chăm sóc Chính của Hội viên. Bác sĩ Chăm sóc Chính phải giới thiệu quý vị đến Bác sĩ Chuyên khoa để nhận các Dịch vụ được Bao trả Cần thiết về mặt Y khoa mà Bác sĩ Chăm sóc Chính không cung cấp. Quý vị thường được giới thiệu đến Bác sĩ Chuyên khoa thuộc cùng một Nhóm Y khoa với Bác sĩ Chăm sóc Chính, nhưng cũng có thể được giới thiệu đến Bác sĩ Chuyên khoa ngoài Nhóm Y khoa đó nếu loại chăm sóc Chuyên khoa cần thiết đó không có trong Nhóm Y khoa đó. Trong trường hợp không có Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới thực hiện dịch vụ cần thiết, thì Bác sĩ Chăm sóc Chính sẽ giới thiệu quý vị đến Nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới SFHP để nhận dịch vụ sau khi xin Ủy quyền.

E. Dịch vụ Không Cần giấy Giới thiệu

Các dịch vụ không cần giấy giới thiệu là:

- Dịch vụ của PCP trong mạng lưới
- Khám tại OB/GYN trong mạng lưới
- Dịch vụ Cấp cứu
- Chăm sóc nhãn khoa trong mạng lưới
- Dịch vụ sức khỏe hành vi trong mạng lưới

Lưu ý: Ngoại trừ các dịch vụ của PCP, khám OB/GYN, Dịch vụ Cấp cứu, chăm

sóc thị lực hoặc dịch vụ sức khỏe hành vi, trước tiên quý vị phải liên lạc với bác sĩ chăm sóc chính đối với tất cả các dịch vụ được bao trả mà Bác sĩ Chăm sóc Chính không trực tiếp cung cấp (bao gồm các dịch vụ của Bác sĩ chuyên khoa, Bệnh viện SFHP, xét nghiệm và X-quang) và xin Ủy quyền cho các dịch vụ đó. Khi tư vấn cho quý vị, Bác sĩ Chăm sóc Chính sẽ chỉ định Bác sĩ chuyên khoa, Bệnh viện SFHP hoặc Nhà cung cấp dịch vụ khác mà quý vị sẽ nhận dịch vụ.

F. Khám Trực tiếp tại Bác sĩ OB/GYN

Quý vị có thể yêu cầu Dịch vụ sản/phụ khoa được Bao trả trực tiếp từ Bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ sản khoa và/hoặc bác sĩ phụ khoa), trực tiếp từ Bác sĩ Chăm sóc Chính (bác sĩ gia đình và bác sĩ phẫu thuật) hoặc trực tiếp từ y tá thực hành được SFHP chỉ định cung cấp dịch vụ sản/phụ khoa mà không cần phải có giấy giới thiệu của Bác sĩ Chăm sóc Chính. SFHP phải Ủy quyền cho Dịch vụ được Bao trả được khuyến cáo hoặc được các Bác sĩ Chăm sóc Chính này giới thiệu, (ngoài buổi khám tại phòng mạch), với quyền lợi tương đương các Dịch vụ được Bao trả khác.

G. Giới thiệu Dài hạn đến Bác sĩ Chuyên khoa

Quý vị có thể được Giới thiệu Dài hạn đến một Bác sĩ Chuyên khoa hoặc nhiều Bác sĩ Chuyên khoa, theo kế hoạch điều trị được Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị lập ra, sau khi tham vấn với Bác sĩ Chuyên khoa. Giới thiệu Dài hạn phải được SFHP phê duyệt và có thể giới hạn thời gian các buổi khám được Ủy quyền hoặc yêu cầu Bác sĩ Chuyên khoa cung cấp cho Bác sĩ Chăm sóc Chính bản báo cáo thường xuyên về dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã thực hiện. Giới thiệu Dài hạn (có giới hạn về thời gian và buổi khám) cho phép quý vị khám ở Bác sĩ Chuyên khoa nhiều lần để tiếp tục điều trị bệnh mạn tính hoặc Đe dọa Tính mạng, ngày càng xấu đi hoặc khuyết tật.

H. Ý kiến Thứ hai

Để bảo đảm quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe thích hợp và cần thiết, SFHP cho phép quý vị xin Ý kiến Thứ hai. Nếu quý vị yêu cầu PCP cho Ý kiến Thứ hai về việc chăm sóc sức khỏe thì Ý kiến Thứ hai sẽ được đưa ra bởi Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp do quý vị chọn trong cùng một Nhóm Y khoa. Nếu không có Bác sĩ Trong mạng lưới nào trong Nhóm Y khoa có chuyên môn thích hợp để điều trị bệnh của quý vị hoặc cho Ý kiến Thứ hai thay mặt quý vị, thì Chương trình bảo hiểm sẽ Ủy quyền cho một Chuyên gia Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp từ một Nhóm Y khoa khác hoặc ngoài mạng lưới Bác sĩ của Chương trình bảo hiểm để đưa ra Ý kiến Thứ hai, nếu cần.

Nếu quý vị yêu cầu Bác sĩ Chuyên khoa cho Ý kiến Thứ hai về việc chăm sóc sức khỏe, thì Ý kiến Thứ hai sẽ được Ủy quyền cung cấp cho Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp do quý vị chọn từ bất kỳ Nhóm Y khoa nào trong mạng lưới của Chương trình bảo hiểm. Nếu không có Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp nào trong mạng lưới của Chương trình bảo hiểm để cho ý kiến, thì Chương trình bảo hiểm sẽ Ủy quyền cho một Chuyên gia Chăm sóc Sức khỏe đủ Năng lực Thích hợp ngoài mạng lưới

của Chương trình bảo hiểm để đưa ra Ý kiến Thứ hai.

Yêu cầu về Ý kiến Thứ hai sẽ được Ủy quyền nhanh chóng. Trong những trường hợp khẩn cấp/cấp cứu, Ý kiến Thứ hai sẽ được Ủy quyền sớm nhất có thể, nhất quán với thực hành nghề nghiệp tốt và bất cứ khi nào có thể, trong vòng 72 giờ. Chăm sóc theo dõi được cung cấp sau Ý kiến Thứ hai sẽ được cung cấp thông qua Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới bất cứ lúc nào có thể. Cần Ủy quyền Trước nếu quý vị nhận được Ý kiến Thứ hai từ Nhà cung cấp dịch vụ Ngoài Mạng lưới không thuộc Nhóm Y khoa của quý vị hoặc mạng lưới của Chương trình bảo hiểm. Quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm về chi phí xin Ý kiến Thứ hai nếu nhận Ý kiến Thứ hai từ một Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới không thuộc Nhóm Y khoa của quý vị mà không được Ủy quyền Trước.

I. Nghĩa vụ Thanh toán của Hội viên

Hội viên chịu trách nhiệm tài chính cho các khoản Đồng Thanh toán như được liệt kê trong bản Tóm lược Quyền lợi. Tuy nhiên, trong tất cả các năm dương lịch, quý vị sẽ không phải thanh toán nhiều hơn giới hạn tự thanh toán được quy định trong bản Tóm lược Quyền lợi. Các khoản Đồng Thanh toán cho Quyền lợi mà SFHP không cung cấp (như chương trình bảo hiểm nha khoa) sẽ không được tính vào giới hạn tự thanh toán hàng năm này.

Trừ tất cả những khoản Đồng Thanh toán được áp dụng, quý vị không phải chịu trách nhiệm tài chính cho các dịch vụ mà Bác sĩ Chăm sóc Chính cung cấp. Đối với tất cả dịch vụ khác là Quyền lợi SFHP, quý vị không phải chịu trách nhiệm tài chính cho chi phí của các dịch vụ đó, ngoài tất cả những khoản Đồng Thanh toán được áp dụng, nếu dịch vụ được Bác sĩ Chăm sóc Chính giới thiệu và đã được Ủy quyền.

Dịch vụ là Quyền lợi SFHP, nhưng không được Ủy quyền sẽ không được SFHP bao trả và quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm tài chính, trừ khi đó là Dịch vụ Cấp cứu, theo định nghĩa của SFHP.

Quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm tài chính cho các dịch vụ không phải là Quyền lợi SFHP theo Chương trình Quyền lợi SFHP, kể cả khi Bác sĩ Chăm sóc Chính giới thiệu dịch vụ đó.

Không có quyền lợi tối đa hàng năm hoặc suốt đời theo Chương trình Healthy Workers HMO.

Quý vị không phải chịu trách nhiệm tài chính cho dịch vụ chăm sóc được Ủy quyền mà quý vị nhận tại các cơ sở trong mạng lưới SFHP, chẳng hạn như Bệnh viện, phòng xét nghiệm hoặc trung tâm hình ảnh. Quý vị chỉ phải thanh toán khoản Đồng Thanh toán được liệt kê trong Bằng chứng Bảo hiểm và Mẫu Cho phép Tiết lộ này cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận tại cơ sở trong mạng lưới, ngay cả khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới San Francisco Health Plan.

NẾU CẢM THẤY MÌNH BỊ TÍNH PHÍ SAI CHO CÁC DỊCH VỤ MÀ QUÝ VỊ NHẬN TỪ MỘT NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ KHÔNG CÓ HỢP ĐỒNG, VUI LÒNG LIÊN LẠC VỚI SAN FRANCISCO HEALTH PLAN THEO SỐ **1(415) 547-7800** HOẶC **1(800) 288-5555.**

10. Các Quyền lợi SFHP

SFHP bao trả các Quyền lợi được mô tả trong phần này miễn là các dịch vụ đó được cung cấp theo mô tả trong phần Ủy quyền cho dịch vụ. Vui lòng tham khảo bản Tóm lược Quyền lợi để biết bản liệt kê Quyền lợi của quý vị. Các khoản Đồng Thanh toán cho các dịch vụ này cũng được liệt kê trong phần Tóm lược Quyền lợi của Sổ tay này.

A. Thông tin Quan trọng

Các dịch vụ được bao trả như Quyền lợi SFHP chỉ khi Cần thiết về mặt Y khoa và được cung cấp cho quý vị với tư cách là Hội viên của SFHP. Quyết định Ủy quyền, thay đổi hoặc từ chối dịch vụ khi xác định được sự Cần thiết về mặt Y khoa được dựa trên những tiêu chí và hướng dẫn được hỗ trợ bởi các nguyên tắc và quy trình lâm sàng. Quy trình mà Chương trình bảo hiểm và Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới của chương trình sử dụng khi Ủy quyền, thay đổi hoặc từ chối các dịch vụ cũng như bản tiêu chí, hướng dẫn và các tài liệu của chương trình giáo dục được sử dụng để đưa ra quyết định (khi xác định được sự Cần thiết về mặt Y khoa) đều có sẵn miễn phí cho Hội viên, Nhà cung cấp trong Mạng lưới và cộng đồng theo yêu cầu. Việc xác định sự Cần thiết về mặt Y khoa sẽ phụ thuộc vào kháng nghị theo thủ tục được trình bày trong “Thủ tục Khiếu nại và Kháng nghị”. Là Hội viên, quý vị có trách nhiệm thông báo cho SFHP khi Bác sĩ Chăm sóc Chính hoặc Nhóm Y khoa từ chối bất kỳ dịch vụ nào nếu quý vị muốn SFHP xem xét lại quyết định đó. Tuân theo giới thiệu của Bác sĩ Chăm sóc Chính, Ủy quyền và các khoản Đồng thanh toán được áp dụng cũng như tất cả điều khoản khác, giới hạn và Loại trừ của Bằng chứng Bảo hiểm này, kể cả những nội dung được liệt kê trong “Loại trừ và Giới hạn”, những Quyền lợi sau đây được SFHP bao trả khi Cần thiết về mặt Y khoa:

B. Dịch vụ Chuyên khoa

Đến phòng mạch của Bác sĩ Chăm sóc Chính để thăm khám, chẩn đoán và điều trị tình trạng y tế, bệnh hoặc tổn thương, bao gồm cả các buổi khám, tư vấn hoặc xin Ý kiến Thứ hai ở phòng mạch của Bác sĩ Chuyên khoa đã được giới thiệu; phẫu thuật tại phòng mạch có áp dụng khoản Đồng Thanh toán; hóa trị và xạ trị cho Bệnh nhân ngoại trú. Ngoài ra, Dịch vụ Chuyên môn còn bao gồm:

- Điều trị và Xét nghiệm Dị ứng. Khám tại phòng mạch để điều trị và xét nghiệm dị ứng, bao gồm cả tiêm thuốc và huyết thanh dị ứng.
- Tiêm Thuốc. Các buổi khám tại phòng mạch để tiêm thuốc và điều trị bệnh đã được Food and Drug Administration (FDA) phê duyệt sẽ được bao trả để điều trị tình trạng sức khỏe Cần thiết về mặt Y khoa và được Bác sĩ Chăm sóc Chính chỉ định cũng như được Ủy quyền theo nguyên tắc của SFHP.
- Tầm soát, Chẩn đoán và Điều trị Ung thư Vú.
- Tầm soát chứng rối loạn chuyển hóa Phenyl xê tôn niệu (PKU) và xét nghiệm PKU.
- Dịch vụ bác sĩ ở Bệnh viện hoặc Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề để thăm khám, chẩn đoán, điều trị và tư vấn bao gồm dịch vụ bác sĩ

phẫu thuật, trợ lý phẫu thuật, chuyên viên gây mê, chuyên gia bệnh học và chuyên viên X-quang. Các dịch vụ chuyên môn ngoại trú chỉ được bao trả khi được Ủy quyền và Bác sĩ Chăm sóc Chính đã giới thiệu các dịch vụ của Bệnh viện hoặc Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề.

C. Dịch vụ X-quang và Xét nghiệm Chẩn đoán

Dịch vụ X-quang chẩn đoán và điều trị và các dịch vụ chẩn đoán khác bao gồm nhưng không giới hạn ở: điện tim đồ, điện não đồ và X-quang vú. Bất kỳ dịch vụ xạ trị nào khác với X-quang (nếu Cần thiết về mặt Y khoa) đều phải được Bác sĩ Chăm sóc Chính của Hội viên hoặc Bác sĩ Chuyên khoa điều trị giới thiệu và được SFHP Ủy quyền.

D. Dịch vụ Sức khỏe Phòng ngừa

Dịch vụ Sức khỏe Phòng ngừa sẽ bao gồm (dưới sự giám sát của bác sĩ) bất kỳ xét nghiệm tầm soát nào được Lực lượng Đặc nhiệm Dịch vụ Phòng ngừa Hoa Kỳ chỉ định là Cấp A hoặc B:

- Khám để đánh giá sức khỏe định kỳ;
- Nhiều loại dịch vụ kế hoạch hóa gia đình tự nguyện;
- Chăm sóc tiền sản;
- Tiêm ngừa cho người lớn theo khuyến cáo của cơ quan Dịch vụ Y tế Công cộng Hoa Kỳ.
- Xét nghiệm tầm soát ung thư đại tràng được Lực lượng Đặc nhiệm Cơ quan Y tế Dự phòng Hoa Kỳ chỉ định Cấp A hoặc B và cần nội soi đại tràng nếu có kết quả dương tính;
- Xét nghiệm bệnh hoa liễu, bao gồm cả xét nghiệm HIV;
- Soi tế bào định kỳ;
- Dịch vụ giáo dục và tuyên truyền về sức khỏe do SFHP cung cấp. Bao gồm thông tin về sức khỏe hành vi cá nhân và các khuyến cáo về việc sử dụng tối đa dịch vụ chăm sóc sức khỏe của SFHP cung cấp. Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** để biết thêm thông tin về các lớp hiện có; và
- Tầm soát và chẩn đoán cho tất cả các loại ung thư; các xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung hàng năm bao gồm xét nghiệm Pap truyền thống và tùy chọn xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung bất kỳ được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm liên bang phê duyệt, theo giấy giới thiệu của Bác sĩ Chăm sóc Chính; xét nghiệm dấu hiệu sinh học để phát hiện ung thư giai đoạn 3 hoặc 4 tiến triển, tái phát hoặc di căn.
- Xét nghiệm dấu hiệu sinh học, bao gồm cả giải trình tự toàn bộ chuỗi gien, cho các mục đích chẩn đoán, điều trị, kiểm soát thích hợp hoặc theo dõi liên tục bệnh hoặc tình trạng của người đăng ký để hướng dẫn đưa ra quyết định điều trị theo chỉ định.

E. Dịch vụ Bệnh viện

Các dịch vụ Bệnh viện sau đây được coi là Quyền lợi khi được Ủy quyền và cung

cấp tại một Bệnh viện SFHP theo nguyên tắc của SFHP:

Dịch vụ Nội trú tại Bệnh viện là những dịch vụ Cần thiết về mặt Y khoa và thỏa mãn yêu cầu của Bệnh viện, yêu cầu cấp độ chăm sóc Nội trú cấp tính và không thể thực hiện tại phòng mạch của bác sĩ, khoa bệnh nhân ngoại trú của Bệnh viện hoặc nơi không đủ phương tiện điều trị mà không gây bất lợi đến tình trạng của bệnh nhân hoặc chất lượng chăm sóc y tế được cung cấp.

Các dịch vụ điều trị Nội trú cấp tính được bảo hiểm phải đáp ứng các tiêu chí lâm sàng đối với các dịch vụ Nội trú cấp tính. Nhập viện không bao gồm trường hợp chăm sóc ở mức độ theo dõi.

Dịch vụ Nội trú tại Bệnh viện là dịch vụ Bệnh viện đa khoa ngắn hạn, có thể bao gồm:

- Phòng chung với trang thiết bị và đồ đạc thông thường;
- Bữa ăn (bao gồm cả các chế độ ăn đặc biệt Cần thiết về mặt Y khoa);
- Chăm sóc điều dưỡng đa khoa và điều dưỡng chuyên khoa Cần thiết về mặt Y khoa;
- Sử dụng phòng phẫu thuật, phòng điều trị đặc biệt, phòng chăm sóc trẻ sơ sinh và các cơ sở liên quan;
- Phòng và dịch vụ chăm sóc tăng cường;
- Thuốc, dùng thuốc và chất sinh học;
- Dịch vụ gây mê và ôxy;
- Dịch vụ X-quang và Xét nghiệm Chẩn đoán;
- Vật lý Trị liệu, các dịch vụ điều trị và phục hồi chức năng thích hợp về mặt y khoa;
- Trị liệu Hô hấp;
- Truyền máu, sản phẩm máu, bao gồm cả chi phí xử lý máu trong Bệnh viện;
- Điều phối kế hoạch xuất viện bao gồm kế hoạch tiếp tục dịch vụ chăm sóc có thể Cần thiết về mặt Y khoa và để phòng ngừa tái nhập viện sớm;
- Nội trú tại Bệnh viện để giải độc Cần thiết về mặt Y khoa do lạm dụng rượu và hóa chất;
- Thời gian Nội trú tại Bệnh viện để Phẫu thuật Vú. Thời gian nằm Viện để phẫu thuật vú hoặc cắt hạch bạch huyết sẽ được xác định sau khi tham vấn bác sĩ điều trị và bác sĩ phẫu thuật của Hội viên; và
- Thời gian Nội trú tại Bệnh viện Hộ sản. (Xem phần H, “Chăm sóc Thai sản và Hộ sản”).

Dịch vụ Nội trú không bao gồm:

- Các nghiên cứu chẩn đoán có thể được cung cấp cho bệnh nhân ngoại trú;
- Chăm sóc ở mức độ theo dõi;
- Đưa bệnh nhân ra khỏi môi trường công việc hoặc môi trường quen thuộc trong gia đình của mình để họ cảm thấy thoải mái;
- Điều trị hoặc chữa chứng đau mạn tính ở trung tâm điều trị đau;
- Điều trị rối loạn tiêu hóa ở phòng điều trị rối loạn tiêu hóa; hoặc

- Phục hồi chức năng cho Bệnh nhân nội trú được cung cấp cho bệnh nhân ngoại trú.

Số ngày quan sát không phải là quyền lợi được bảo hiểm. Hội viên nhập viện sẽ được xem xét cấp độ chăm sóc Nội trú, bất kể mức độ chăm sóc. SFHP áp dụng tiêu chí Nội trú cho tất cả các hoạt động quan sát và nhập viện điều trị Nội trú.

SFHP giữ quyền xem xét tất cả các dịch vụ để xác định xem có thật sự Cần thiết về mặt Y khoa hay không.

F. Dịch vụ Ngoại trú tại Bệnh viện (Dịch vụ Chăm sóc Ngoại trú)

Dịch vụ Ngoại trú tại Bệnh viện bao gồm:

- Xét nghiệm, X-quang cũng như các dịch vụ chẩn đoán và điều trị chính;
- Dịch vụ Vật lý Trị liệu, Ngôn ngữ Trị liệu và Hoạt động Trị liệu thích hợp về mặt y khoa; và
- Dịch vụ Bệnh viện bao gồm nhưng không giới hạn ở phẫu thuật Ngoại trú, có thể được thực hiện hợp lý trên cơ sở ngoại trú.

G. Dịch vụ Phục hồi Chức năng Ngắn hạn

Dịch vụ phục hồi chức năng thần kinh cơ ngắn hạn, bao gồm vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu và trị liệu hô hấp để điều trị các Bệnh Cấp tính hoặc giai đoạn cấp tính của bệnh mạn tính khi Cần thiết về mặt Y khoa.

Dịch vụ phục hồi chức năng thần kinh cơ quá hai tháng chỉ được bao trả khi Bác sĩ Chăm sóc Chính của Hội viên và Nhóm Y khoa SFHP xác định là Cần thiết về mặt Y khoa (theo những thủ tục được SFHP thiết lập).

H. Chăm sóc Thai sản và Hộ sản

Khám tiền và hậu sản tại phòng mạch của Bác sĩ Chăm sóc Chính và sinh con Cần thiết về mặt Y khoa và Dịch vụ Bệnh viện bao gồm chăm sóc tiền và hậu sản cũng như chăm sóc biến chứng thai kỳ; khám trẻ sơ sinh và chăm sóc nhũ nhi khi người mẹ nhập viện. Dịch vụ này chỉ được cung cấp theo SFHP cho trẻ sơ sinh trong vòng 31 ngày đầu sau khi sinh.

Dịch vụ Nội trú tại Bệnh viện được cung cấp cho các ca sinh mổ và sinh thường cũng như cho các biến chứng hoặc bệnh do mang thai hoặc do sinh con. Thời gian Nội trú tại Bệnh viện dựa trên tình trạng của người mẹ.

Chương trình bảo hiểm không hạn chế chăm sóc Nội trú tại Bệnh viện dưới 48 giờ sau khi sinh thường và không dưới 96 giờ sau khi sinh mổ. Tuy nhiên, bảo hiểm cho chăm sóc Nội trú tại Bệnh viện có thể dưới 48-96 giờ nếu đáp ứng hai điều kiện sau:

- Quyết định xuất viện được Bác sĩ điều trị đưa ra, sau khi tham vấn người mẹ; và
- Bác sĩ điều trị lên lịch khám theo dõi cho bác sĩ có giấy phép trong phạm vi thực hành bao gồm chăm sóc hậu sản và chăm sóc trẻ sơ sinh cho người mẹ và trẻ sơ sinh trong vòng 48 giờ sau khi xuất viện. Buổi khám tối thiểu phải bao gồm hướng dẫn về cách làm cha mẹ, hỗ trợ và đào tạo về cách nuôi con bằng sữa mẹ hoặc bú bình và thực hiện mọi đánh

giá thể chất cần thiết cho sản phụ hoặc trẻ sơ sinh.

Các dịch vụ hộ sinh sẵn có cho Hội viên cần chăm sóc thai sản. Nữ hộ sinh được chọn phải làm việc cùng Bác sĩ Chăm sóc Chính của Hội viên và có hợp đồng với Chương trình bảo hiểm Sức khỏe.

I. Kế hoạch hóa Gia đình

- Tư vấn Kế hoạch hóa Gia đình;
- Thuốc, dụng cụ và sản phẩm ngừa thai được FDA phê duyệt như màng ngăn và nắp tránh thai (ngoại trừ Norplant) tại các Tiệm thuốc tây trong mạng lưới mà không cần phải trả phí Đồng Thanh toán hoặc xét duyệt sử dụng;
- Nạo thai;
- Thắt ống dẫn trứng;
- Cắt ống dẫn tinh; và
- Phương pháp ngừa thai hormone được FDA phê duyệt (như viên uống, thuốc dán, vòng âm đạo và thuốc tiêm), kể cả khi được Bác sĩ kê toa hoặc lấy trực tiếp từ tiệm thuốc tây.

Trong trường hợp có Tình trạng Cấp cứu Y tế, có thể lấy thuốc ngừa thai khẩn cấp trực tiếp từ các dược sĩ trong mạng lưới hoặc từ một Nhà cung cấp dịch vụ Ngoài Mạng lưới.

J. Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Tại gia

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia là việc những nhà cung cấp dịch vụ có giấy phép và có hợp đồng với SFHP cung cấp các dịch vụ y tế lành nghề cho Hội viên điều trị tại nhà khi Cần thiết về mặt Y khoa. Hội viên điều trị tại nhà là người không thể rời khỏi nhà vì bệnh trừ khi được hỗ trợ và nỗ lực rất lớn.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia được cung cấp theo chương trình điều trị y tế tại nhà được Ủy quyền, Cần thiết về mặt Y khoa. Trừ khi có người trợ giúp y tế tại nhà, mỗi buổi khám với một đại diện của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà sẽ được coi là một buổi khám chăm sóc sức khỏe tại gia. Một buổi khám 4 giờ trở xuống do người trợ giúp y tế tại nhà thực hiện sẽ được coi là một buổi khám sức khỏe tại gia. Khi được Ủy quyền, mỗi buổi khám sức khỏe tại gia bao gồm đến tối đa 4 buổi khám/ngày với mỗi buổi khám không quá 2 giờ trong tổng số giờ tối đa mỗi ngày là 8 giờ. Mỗi buổi khám với y tá, y tá tập sự, Chuyên gia Sức khỏe hoặc chuyên viên trị liệu tại nhà khác (không phải Bác sĩ Chăm sóc Chính) ngay cả trong thời gian tối thiểu dưới 2 giờ vẫn được tính là một buổi khám.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia bao gồm các dịch vụ chẩn đoán và điều trị có thể được cung cấp hợp lý tại nhà. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia phải được cung cấp dưới sự chăm sóc và giám sát trực tiếp của Bác sĩ Chăm sóc Chính của Hội viên và trong Khu vực Dịch vụ SFHP.

Quyền lợi Chăm sóc Sức khỏe Tại gia bao gồm:

- Các buổi khám tại nhà cách quãng và bán thời gian do cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia thực hiện nhằm cung cấp dịch vụ lành nghề của Nhà cung cấp chuyên nghiệp sau:
  - Y tá có đăng ký;
  - Y tá tập sự có giấy phép;

  - Chuyên viên vật lý trị liệu, chuyên viên hoạt động trị liệu, chuyên viên ngôn ngữ trị liệu hoặc chuyên viên trị liệu hô hấp;
  - Trợ lý chăm sóc sức khỏe tại gia có chứng chỉ hành nghề kèm theo những dịch vụ nói trên.
- Các dịch vụ y tế xã hội được cung cấp bởi nhân viên y tế xã hội có giấy phép hành nghề để tham vấn và đánh giá;
- Những dịch vụ chuyên nghiệp do cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà thực hiện, các tiếp liệu y tế và thuốc do cơ quan này quản lý (cần thiết cho kế hoạch điều trị chăm sóc sức khỏe) và những dịch vụ xét nghiệm và dược phẩm liên quan đều phải được cung cấp cho Hội viên với chất lượng tương đương như Nằm viện Nội trú;
- Những buổi khám tại nhà do Bác sĩ SFHP thực hiện;
- Dụng cụ Y tế Lâu bền Cần thiết về mặt Y khoa.

Trong mọi trường hợp, SFHP không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia không chuyên. Dịch vụ có bản chất giám hộ (Chăm sóc Giám hộ) hoặc dịch vụ có thể được cung cấp thích hợp bởi thành viên gia đình không có giấy phép hoặc không chuyên sẽ không được bao trả. Giới hạn này không áp dụng cho Dịch vụ Chăm sóc Cuối đời.

K. Chăm sóc Cuối đời

SFHP cũng cung cấp dịch vụ Chăm sóc Cuối đời cho Hội viên bị Bệnh Giai đoạn Cuối tại cơ sở y tế lâm sàng hoặc thông qua nhân viên Chăm sóc Cuối đời có giấy phép theo hợp đồng với SFHP thực hiện tại các buổi khám định kỳ tại nhà.

- Khi được Bác sĩ Chăm sóc Chính chỉ định thì Quyền lợi Chăm sóc Cuối đời bao gồm chăm sóc nhóm liên ngành cùng với việc phát triển và duy trì một kế hoạch chăm sóc thích hợp;
- Các dịch vụ điều dưỡng lành nghề, các dịch vụ hỗ trợ chăm sóc tại nhà được chứng nhận và các dịch vụ trợ giúp gia đình dưới sự giám sát của một y tá có đăng ký đủ điều kiện;
- Dịch vụ Tang chế;
- Dịch vụ xã hội/dịch vụ tư vấn với dịch vụ y tế xã hội do nhân viên xã hội đủ trình độ cung cấp. Tư vấn về chế độ ăn khi cần thiết;
- Sắp xếp dịch vụ chăm sóc ngắn hạn cho bệnh nhân nội trú;
- Trong phạm vi hợp lý và cần thiết cho việc an ủi và quản lý bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan: dược phẩm, thiết bị y tế và tiếp liệu;
- Vật lý trị liệu, trị liệu chức năng và dịch vụ bệnh lý lời nói-ngôn ngữ với mục đích kiểm soát triệu chứng hoặc để Hội viên duy trì hoạt động sống hàng ngày và các kỹ năng chức năng cơ bản;
- Các dịch vụ được bao trả có sẵn 24 giờ mỗi ngày trong phạm vi cần thiết để đáp ứng nhu cầu của cá nhân để chăm sóc hợp lý và cần thiết cho việc an ủi và quản lý bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan;

- Bao trả đặc biệt có thể bao gồm chăm sóc điều dưỡng hoặc nhập viện trong giai đoạn khủng hoảng hoặc chăm sóc nghỉ ngơi.

L. Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Cấp cứu

Dịch vụ Cấp cứu được Bao trả là tất cả các dịch vụ được cung cấp ở bất kỳ Phòng Cấp cứu nào cho một Tình trạng Cấp cứu Y tế, bao gồm tầm soát tâm thần, khám, đánh giá và điều trị bởi một bác sĩ đủ năng lực. Chăm sóc theo dõi cho bệnh, tổn thương hoặc tình trạng gây ra Tình trạng Cấp cứu Y tế phải được cung cấp, giới thiệu hoặc Ủy quyền theo những nguyên tắc được mô tả trong Bằng chứng Bảo hiểm này.

Nếu bị tổn thương hoặc bệnh đột ngột và có lý do để tin rằng tình trạng y tế này là Tình trạng Cấp cứu Y tế, thì quý vị nên gọi **911** và đến phòng cấp cứu của Bệnh viện gần nhất để được trợ giúp. Trình thẻ Hội viên của quý vị cho nhân viên tại Bệnh viện và yêu cầu họ thông báo cho Bác sĩ Chăm sóc Chính về tình trạng y tế của quý vị.

Nếu vì lý do y khoa mà không thể thông báo cho Bác sĩ Chăm sóc Chính trước khi nhận Dịch vụ Cấp cứu, thì quý vị phải thông báo qua điện thoại cho Bác sĩ Chăm sóc Chính ngay khi có thể trong vòng 24 giờ kể từ khi bắt đầu Dịch vụ Cấp cứu.

M. Nhập viện Cấp cứu

Nếu Hội viên được tiếp nhận vào một Bệnh viện của SFHP trong Tình trạng Cấp cứu Y tế và đó không phải là Bệnh viện mà Nhóm Y khoa của Bác sĩ Chăm sóc Chính sử dụng, thì Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe có thể chọn chuyển quý vị đến Bệnh viện mà Nhóm Y khoa của Bác sĩ Chăm sóc Chính sử dụng. Quá trình chuyển viện này sẽ được thực hiện khi an toàn về mặt y khoa. Sau khi Chương trình bảo hiểm thông báo cho Hội viên và Bệnh viện đã tiếp nhận Hội viên rằng có thể chuyển viện an toàn về mặt y khoa mà Bệnh viện này tiếp tục cung cấp dịch vụ thì đó là những Dịch vụ không được Bảo hiểm và Bệnh viện không được liên kết có thể phải chịu trách nhiệm tài chính.

N. Dịch vụ Cấp cứu Ngoài Mạng lưới

SFHP chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc tại Bệnh viện ngoài Chương trình bảo hiểm nếu tình trạng y tế của Hội viên không cho phép chuyển đến một Bệnh viện của Chương trình bảo hiểm thuộc Khu vực Dịch vụ SFHP và được Chương trình bảo hiểm phê duyệt, đồng thời chịu phí Đồng Thanh toán hiện hành được liệt kê trong bản Tóm lược Quyền lợi. Việc tiếp tục chăm sóc hoặc chăm sóc theo dõi Không được Ủy quyền sau khi điều trị Cấp cứu ban đầu tại một Bệnh viện hoặc Nhà cung cấp dịch vụ không thuộc Chương trình bảo hiểm đều không phải là Dịch vụ được Bao trả.

O. Dịch vụ Xe cứu thương

Dịch vụ Xe cứu thương Cấp cứu. Chỉ bao trả dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương đến Bệnh viện gần nhất để có thể cung cấp các dịch vụ cần thiết nếu dịch vụ vận chuyển này cần thiết hợp lý để Hội viên có thể nhận Dịch vụ Cấp cứu cho Tình trạng Cấp cứu Y tế.

P. Dịch vụ Xe cứu thương Không Cấp cứu

1. Vận chuyển cứu thương Không Cấp cứu Hội viên từ một Bệnh viện đến một Bệnh viện hoặc cơ sở khác; hoặc từ cơ sở về nhà khi:
    - Cần thiết về mặt Y khoa và
    - Theo yêu cầu của Bác sĩ Chăm sóc Chính; và
    - Được Ủy quyền trước.
2. Những Dịch vụ Vận chuyển Y tế Khác

    Chúng tôi bao trả xe van có xe lăn hoặc xe van có băng ca lăn nếu:

    - Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của SFHP cho rằng dịch vụ vận chuyển này là Cần thiết về mặt Y khoa và
    - Dịch vụ vận chuyển dùng để đến nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở của SFHP cho những dịch vụ được bao trả.

    Ngoại trừ: Chúng tôi không bao trả:

    - Vận chuyển bằng xe hơi, taxi hoặc xe buýt, ngay cả khi đó là cách duy nhất để đến Nhà cung cấp dịch vụ SFHP

    Vận chuyển không phải y tế sẽ không được bao trả.

Q. Điều trị Lợi

Dịch vụ bệnh viện và dịch vụ chuyên môn được cung cấp cho những tình trạng về răng, lợi hoặc khớp hàm và xương hàm, bao gồm cả vùng mô lân cận chỉ được coi là Quyền lợi được Bao trả khi những dịch vụ này:

- Được cung cấp để điều trị khối u lợi;
- Được cung cấp để điều trị tổn thương răng tự nhiên chỉ do tai nạn gây ra. Quyền lợi này không bao gồm tổn thương răng tự nhiên không do tai nạn.
- Điều trị y khoa cho hội chứng khớp thái dương hàm (TMJ) không phẫu thuật và Cần thiết về mặt Y khoa;
- Điều trị phẫu thuật và nội soi khớp TMJ nếu có tiền sử cho thấy điều trị y khoa bảo tồn đã thất bại;
- Phẫu thuật tái định vị hàm trên và/hoặc hàm dưới Cần thiết về mặt Y khoa để điều chỉnh biến dạng cơ xương.

Quyền lợi này KHÔNG bao gồm:

- Các dịch vụ thường được thực hiện bởi nha sĩ và nhà phẫu thuật răng miệng, bao gồm cả nhập viện;
- Chỉnh hình răng (dịch vụ nha khoa để điều chỉnh những bất thường hoặc khiếm khuyết về vị trí răng vì bất cứ lý do gì);
- Bất kỳ thủ thuật nào (ví dụ: ghép tiền đình) để chuẩn bị miệng cho răng giả hoặc để tạo điều kiện sử dụng răng giả;
- Trồng răng (trong xương, trên xương hoặc xuyên qua xương).

R. Dịch vụ Phẫu thuật Thẩm mỹ và Tái tạo

Phẫu thuật Tái tạo được giới hạn như sau: Phẫu thuật tái tạo để phục hồi và tạo sự cân xứng và thực hiện phẫu thuật để điều chỉnh hoặc sửa chữa các cấu trúc bất thường của cơ thể do khiếm khuyến bẩm sinh, bất thường phát triển,

chấn thương, nhiễm trùng, khối u hoặc bệnh cho một trong hai mục đích sau:

1. Cải thiện chức năng
2. Tạo vẻ ngoài bình thường trong chừng mực có thể

Bao gồm Phẫu thuật Tái tạo để phục hồi và tạo sự cân xứng do cắt bỏ vú.

Bao gồm phẫu thuật tái tạo Khẳng định Giới tính.

Ngoại trừ: Phẫu thuật Thẩm mỹ được tiến hành để thay đổi hoặc tái tạo hình dáng cấu trúc bình thường của cơ thể để cải thiện ngoại hình.

S. Nghiên cứu Lâm sàng

Chi phí chăm sóc bệnh nhân thông thường liên quan đến sự tham gia của Hội viên vào một Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt. Hội viên phải đủ điều kiện để tham gia Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt (theo phác đồ nghiên cứu lâm sàng) để điều trị ung thư hoặc bệnh Đe dọa Tính mạng khác và: (1) một Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới đã kết luận rằng Hội viên tham gia Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt là thích hợp hoặc (2) Hội viên cung cấp thông tin y tế và khoa học chứng minh sự tham gia của Hội viên vào Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt là phù hợp. Nếu có một hoặc nhiều Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới đang tiến hành Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt, thì Hội viên phải tham gia nghiên cứu lâm sàng thông qua Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới nếu được chấp nhận. Hội viên có thể tham gia Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt do Nhà cung cấp Không Tham gia Mạng lưới thực hiện nếu nghiên cứu lâm sàng không được cung cấp hoặc không có sẵn từ Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới. Phạm vi bảo hiểm bị hạn chế đối với Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt ở California, trừ khi nghiên cứu lâm sàng không được cung cấp hoặc không có sẵn thông qua Nhà cung cấp dịch vụ ở California. Sẽ áp dụng chia sẻ chi phí trong mạng lưới đối với chi phí chăm sóc bệnh nhân thông thường nếu nghiên cứu lâm sàng không được cung cấp hoặc không có sẵn thông qua Nhà cung cấp dịch vụ trong Mạng lưới.

Chi phí chăm sóc bệnh nhân thông thường bao gồm:

- Thuốc, vật dụng, dụng cụ và dịch vụ là Quyền lợi được Bao trả cho Hội viên không được thu nhận vào Nghiên cứu Lâm sàng được Phê duyệt, bao gồm thuốc, vật dụng, dụng cụ và dịch vụ:
  - Thường không được bao trả trong nghiên cứu lâm sàng
  - Chỉ yêu cầu để cung cấp thuốc, vật phẩm, thiết bị hoặc dịch vụ thử nghiệm
  - Được cung cấp để ngăn ngừa các biến chứng phát sinh từ thuốc, vật dụng, thiết bị hoặc dịch vụ thử nghiệm
  - Cần thiết để chăm sóc sức khỏe hợp lý và cần thiết phát sinh từ việc cung cấp thuốc, vật dụng, thiết bị hoặc dịch vụ thử nghiệm, bao gồm chẩn đoán và điều trị các biến chứng

Chi phí chăm sóc bệnh nhân thông thường KHÔNG bao gồm:

- Thuốc, vật phẩm, thiết bị hoặc dịch vụ thử nghiệm;

- Dịch vụ không phải là dịch vụ chăm sóc sức khỏe, như đi lại, lưu trú, chi phí cho người đi cùng và các chi phí phi lâm sàng khác;
- Thuốc, vật dụng, thiết bị hoặc dịch vụ nào được cung cấp chỉ để đáp ứng nhu cầu thu thập cũng như phân tích dữ liệu và không được sử dụng trong việc quản lý lâm sàng cho Hội viên;
- Thuốc, vật dụng, dụng cụ và dịch vụ thường được cung cấp miễn phí bởi nhà tài trợ nghiên cứu;
- Bất kỳ loại thuốc, vật dụng, thiết bị hoặc dịch vụ nào được loại trừ cụ thể theo Chương trình Healthy Workers HMO.

T. Thuốc Kê toa

Khi quý vị cần thuốc thì PCP của quý vị hoặc Bác sĩ chuyên khoa được giới thiệu sẽ kê toa. Quý vị có thể mua Thuốc theo toa tại bất kỳ Tiệm thuốc tây bán lẻ nào trong mạng lưới. Để lấy được thuốc, hãy mang Toa thuốc này đến tiệm thuốc tây được liệt kê trong phần Tiệm thuốc tây trong Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của San Francisco Health Plan Healthy Workers HMO và trình Thẻ Hội viên của quý vị cho dược sĩ.

SFHP có một Danh mục thuốc/Dược thư. Danh mục thuốc là một danh sách thuốc mà Ủy ban Dược và Điều trị của SFHP đã phê duyệt cho Hội viên sử dụng. Danh mục thuốc này sẵn có trực tuyến tại **sfhp.org** hoặc quý vị có thể yêu cầu thông tin về việc liệu một thuốc cụ thể có trên danh mục thuốc hay không bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng SFHP theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** (miễn phí). Danh mục thuốc SFHP bao gồm các Thuốc Biệt dược và Phổ thông được Food and Drug Administration (FDA) liên bang phê duyệt. Ngay cả khi thuốc được liệt kê trong Danh mục thuốc của SFHP, thì bác sĩ của quý vị cũng có thể chọn không kê toa thuốc đó cho bệnh cụ thể của quý vị. Ngoài ra, một số thuốc và Toa thuốc vượt quá giới hạn cụ thể trong Danh mục thuốc và yêu cầu người kê toa phải nộp yêu cầu Ủy quyền Trước để SFHP xem xét rồi tiệm thuốc tây mới được cung cấp thuốc đó.

Nếu thuốc không nằm trong Danh mục thuốc của SFHP, thì bác sĩ của quý vị phải nộp mẫu đơn xin Ủy quyền Trước cho SFHP. SFHP sẽ xem xét yêu cầu và xác định xem thuốc có được Ủy quyền dựa trên các tiêu chí Ủy quyền Trước đã được Ủy ban Dược và Điều trị SFHP phê duyệt hay không.

Tiêu chí Ủy quyền Trước của SFHP phù hợp với hướng dẫn điều trị được công nhận về mặt chuyên môn và tiêu chuẩn thực hành.

Các khoản Đồng Thanh toán được tính theo mỗi toa thuốc đến 30 ngày dùng thuốc. Khoản Đồng Thanh toán cho Thuốc Phổ thông sẽ ít hơn so với Thuốc Biệt dược. Một số loại thuốc và vitamin đã được FDA phê duyệt để chăm sóc phòng ngừa không cần trả phí Đồng Thanh toán. Chúng tôi bao trả thuốc, tiếp liệu và chất bổ sung khi Cần thiết về mặt Y khoa và bao trả theo chương trình quyền lợi SFHP của quý vị.

Khi có thể, quý vị hoặc bác sĩ kê toa có thể yêu cầu mua một phần Toa thuốc cho các loại thuốc được kiểm soát theo Phụ lục II. Thuốc được kiểm soát theo Phụ lục II bao gồm thuốc điều trị cơn đau, kích thích và thuốc giảm đau. Mua

một phần là mua ít hơn số lượng thuốc được liệt kê trong Toa thuốc. Quý vị phải nhận từng phần thuốc tại tiệm thuốc tây mà quý vị mua phần Toa thuốc ban đầu cho tới khi mua đầy đủ số lượng thuốc trong Toa. Bất kỳ phần thuốc nào không được mua trong vòng 30 ngày sau ngày ghi trên Toa thuốc đều sẽ hết hạn. Quý vị phải trả khoản Đồng Thanh toán của mình cho mỗi lần mua một phần thuốc.

Những dụng cụ sau được bao trả khi được Bác sĩ của SFHP kê toa:

- Toa thuốc Cần thiết về mặt Y khoa bao gồm thuốc tiêm, thực phẩm bổ sung dinh dưỡng và sữa bột để điều trị chứng rối loạn chuyển hóa Phenyl xê tôn niệu (PKU), sẽ được bao trả khi được kê toa bởi Bác sĩ Chăm sóc Chính hoặc Bác sĩ Chuyên khoa hoạt động trong phạm vi giấy phép của họ.
- Bảo hiểm bao gồm cả kim tiêm và bơm tiêm khi Cần thiết về mặt Y khoa để tiêm loại thuốc được bao trả.
- Vitamin tiền sinh và các thuốc bổ sung fluor chỉ được bao trả khi Cần thiết về mặt Y khoa và cần phải có Toa thuốc.
- Thuốc Biệt dược: Tiếp liệu 30 ngày cho hầu hết các loại thuốc; thuốc dùng trong 90 ngày đối với thuốc điều trị bệnh mãn tính như tiểu đường, trầm cảm, huyết áp cao, hen suyễn, Bệnh Tắc Phế quản Mãn tính (COPD); v.v.
- Thuốc Phổ thông: Tiếp liệu 90 ngày đối với hầu hết các loại thuốc; tiếp liệu 30 ngày đối với các thuốc giảm đau như Hydrocodone-Acetaminophen, Morphine Sulfate, Oxycodone-Acetaminophen, Fentanyl, Hydromorphone và các thuốc khác
- Các thuốc tránh thai và dụng cụ do FDA phê duyệt được bao trả cho liều dùng đến 12 tháng
- Tiếp liệu đến 100 ngày cho các vật tư điều trị tiểu đường như băng thử, dao mổ, kim tiêm và bơm tiêm
- Thuốc giúp quý vị cai thuốc lá
- Bao trả cho các thuốc do FDA phê duyệt được kê toa để sử dụng Thử nghiệm/Nghiên cứu nếu đáp ứng những tiêu chí sau:
  - Thuốc được FDA phê duyệt,
  - Thuốc đó được kê toa bởi Nhà cung cấp dịch vụ trong Chương trình bảo hiểm để điều trị bệnh Đe dọa Tính mạng hoặc bệnh Gây suy yếu Trầm trọng và mạn tính,
  - Thuốc Cần thiết về mặt Y khoa để điều trị bệnh này và;
  - Chỉ định chưa được phê duyệt là chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa theo quy định của một trong những tài liệu sau đây:
    - The American Hospital Formulary Service Drug Information (AHFS-DI),
    - The Elsevier Gold Standard’s Clinical Pharmacology,
    - Truven Health Analytics Micromedex DrugDEX (DrugDEX),
    - The National Comprehensive Cancer

Network (NCCN) Drugs and Biologics Compendium,

- Hoặc trong hai bài báo từ những tạp chí y học lớn được bình duyệt, trình bày những dữ liệu hỗ trợ đề xuất Sử dụng Thuốc cho Mục đích Chưa được phê duyệt hoặc sử dụng an toàn và hiệu quả, trừ khi có bằng chứng phản biện rõ ràng và thuyết phục được trình bày trong một tạp chí y học lớn được bình duyệt.

Xin nhớ rằng: quý vị phải nhận những thuốc và dụng cụ này tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới SFHP.

Loại trừ khỏi Quyền lợi Tiệm thuốc tây:

- Thuốc sử dụng trong rối loạn cương dương (ED), trừ khi được kê toa là Phương pháp Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất
- Vitamin OTC (Không Kê toa) không Cần thiết về mặt Y khoa, thuốc và dụng cụ, ngoại trừ các vitamin sau nếu Cần thiết về mặt Y khoa và yêu cầu phải có Toa thuốc:
  - Aspirin để phòng ngừa bệnh tim mạch và ung thư trực tràng cho người lớn từ 50–59 tuổi có nguy cơ tim mạch cao,
  - Tiếp liệu cho bệnh tiểu đường,
  - Các dụng cụ và thuốc ngừa thai (trong danh mục thuốc OTC không cần toa và không cần trả phí Đồng Thanh toán khi được cung cấp tại tiệm thuốc tây trong mạng lưới),
  - Tiếp liệu và dụng cụ để điều trị phenyl xê ton niệu (PKU),
  - Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất, thuốc giúp cai thuốc lá và
  - Vitamin tiền sinh, bao gồm axít folic và các chế phẩm florua nếu Cần thiết về mặt Y khoa và cần toa thuốc.
- Các sản phẩm thuốc pha chế khi có các sản phẩm lưu hành trên thị trường và được FDA phê duyệt phục vụ cho việc chẩn đoán. Các sản phẩm thuốc pha chế này cũng phải được chứng minh là an toàn, hiệu quả và ổn định để xét ngoại lệ đối với trường hợp Loại trừ này.
- Toa thuốc và thiết bị y tế chưa được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt sẽ bị loại trừ.

Quy trình xin Ủy quyền Trước cho Tiệm thuốc tây

SFHP yêu cầu phải có Ủy quyền Trước cho các liệu pháp thuốc được kê toa ngoài giới hạn của Danh mục thuốc, thuốc có yêu cầu Liệu pháp Từng bước và các thuốc không được liệt kê trong Danh mục thuốc (“Thuốc Ngoài Danh mục”). Nếu có yêu cầu Liệu pháp Từng bước được liệt kê trong Danh mục thuốc cho một loại thuốc cụ thể thì SFHP có thể yêu cầu quý vị thử một hoặc nhiều loại thuốc khác để điều trị bệnh trạng của quý vị trước khi SFHP bao trả cho thuốc đó. Nếu muốn bao trả cho một

loại thuốc cụ thể trước khi thử các loại thuốc khác thì quý vị hoặc Bác sĩ của quý vị có thể nộp yêu cầu ngoại lệ Liệu pháp Từng bước. SFHP sẽ xử lý các ngoại lệ của Liệu pháp Từng bước và yêu cầu sử dụng Thuốc Ngoài Danh mục cùng quy trình như Ủy quyền Trước.

Phải điền mẫu đơn Ủy quyền Trước (PA) của SFHP để bắt đầu quy trình Ủy quyền Trước. Mẫu đơn Ủy quyền Trước của SFHP có thể được bác sĩ kê toa, phụ tá bác sĩ hoặc dược sĩ điền. Có thể tìm thấy mẫu đơn PA của SFHP trên trang web của SFHP tại **sfhp.org.**

Dược sĩ kê toa hoặc Hội viên có thể gửi đơn yêu cầu đã điền đầy đủ thông tin cho SFHP theo 3 cách:

1. Fax yêu cầu đến Prime Therapeutics theo số **1(855) 461-2778**
2. Yêu cầu qua điện thoại: **1(800) 424-4331**
3. Yêu cầu trên trang Web: Bác sĩ có thể gửi yêu cầu trực tuyến thông qua CoverMyMeds

Dược sĩ và/hoặc Giám đốc Y khoa của SFHP sẽ xem xét các mẫu đơn xin Ủy quyền Trước và quyết định chấp thuận, phê duyệt kèm theo thay đổi, từ chối hoặc yêu cầu bác sĩ cung cấp thêm thông tin.

Nếu đơn yêu cầu đã có đủ thông tin, thì các yêu cầu tiêu chuẩn sẽ được xem xét trong vòng 72 giờ. Khi có Trường hợp Khẩn cấp, yêu cầu sẽ được giải quyết cấp tốc và được xem xét trong vòng 24 giờ.

Nếu mẫu đơn xin Ủy quyền Trước được phê duyệt, thì một thông báo sẽ được gửi qua fax đến người kê toa đã gửi mẫu đơn xin Ủy quyền Trước và thuốc sẽ được SFHP bao trả. Nếu việc Ủy quyền Trước bị từ chối hoặc thay đổi, thì SFHP sẽ gửi thư cho quý vị và Bác sĩ kê toa. Thư này sẽ nêu rõ lý do dẫn đến quyết định của SFHP. Chúng tôi cũng gửi kèm hướng dẫn về cách kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi hoặc thuốc hay phương pháp điều trị thay thế được đề xuất và cách yêu cầu một tổ chức tiến hành đánh giá độc lập.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của SFHP thì quý vị có thể nộp đơn kháng nghị lên SFHP hoặc yêu cầu một tổ chức tiến hành đánh giá độc lập. Để biết thêm thông tin, hãy xem phần “Thủ tục Khiếu nại và Kháng nghị” ở trang 79.

U. Danh mục thuốc/Dược thư

Nhà cung cấp dịch vụ SFHP có thể kê toa nhiều loại thuốc có trong Danh mục thuốc của SFHP. Danh mục thuốc SFHP là danh sách các thuốc mà Ủy ban Dược và Điều trị (P&T) đã phê duyệt cho Hội viên của chúng tôi sử dụng. Danh mục thuốc SFHP được soạn lập và kiểm tra thường xuyên hàng quý và được cập nhật bởi Ủy ban SFHP P&T.

Ủy ban P&T:

- Chọn thuốc cho danh sách này dựa trên độ an toàn và hiệu quả của thuốc
- Họp 3 tháng một lần để xem những thuốc nào cần được thêm vào hoặc rút khỏi danh sách
- Thay đổi danh sách nếu có dữ kiện mới về thuốc hoặc có thuốc mới

Hướng dẫn trong Danh mục thuốc quy định:

- Giới hạn có thể áp dụng cho các thuốc trong Danh mục thuốc. Một số ví dụ về các giới hạn bao gồm giới hạn tuổi của Hội viên, lượng thuốc dùng và dạng bào chế (viên nén, dạng lỏng, viên nang, kem).
- Có thể cần phải thử thuốc ưu tiên được liệt kê theo một loại thuốc có yêu cầu Liệu pháp Từng bước.
- Nếu quý vị đã dùng các thuốc được liệt kê trong Danh mục thuốc và thuốc không đáp ứng nhu cầu y khoa của quý vị, thì SFHP có thể phê duyệt thuốc Không có trong Danh mục Thuốc.
- Quý vị có thể nhận những thuốc không có trong hướng dẫn của Danh mục thuốc này nếu SFHP hoặc cơ quan kiểm tra bên ngoài thấy thuốc đó Cần thiết Về mặt Y khoa.
- Quý vị phải dùng thuốc Phổ thông thay vì Biệt dược nếu có sẵn dạng Phổ thông, trừ khi có lý do y tế được chứng minh bằng tài liệu cấm sử dụng phiên bản thuốc Phổ thông hoặc thuốc Phổ thông đó không còn tồn tại hoặc nếu SFHP ưu tiên Thuốc Biệt dược hơn thì trong trường hợp đó quý vị sẽ phải trả phí Đồng Thanh toán thuốc phổ thông là $5 cho mỗi toa thuốc.

SFHP sẽ không giới hạn hoặc loại trừ bảo hiểm một thuốc cho Hội viên nếu trước đây thuốc đó đã được SFHP phê duyệt bảo hiểm cho một tình trạng sức khỏe của Hội viên và bác sĩ kê toa của SFHP vẫn tiếp tục kê toa thuốc đó cho tình trạng sức khỏe này, miễn là thuốc đó được kê toa thích hợp và được coi là an toàn và hiệu quả để điều trị tình trạng sức khỏe của Hội viên.

Quý vị có thể nhận một bản Danh mục thuốc của SFHP bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555,** Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30am đến 5:30pm. Quý vị cũng có thể xem trực tuyến Danh mục thuốc của SFHP tại **sfhp.org.** Trừ khi được mô tả trong Bằng chứng Bảo hiểm, chỉ có các thuốc Kê toa được liệt kê trên Danh mục thuốc của SFHP mới được bao trả. Việc một thuốc có trên Danh mục thuốc không đảm bảo rằng Nhà cung cấp sẽ kê toa thuốc đó cho quý vị.

Tuy nhiên, một thuốc kê toa không được liệt kê trong Danh mục thuốc SFHP có thể được bao trả nếu:

- Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị xác định rằng Thuốc kê toa không có trong Danh mục thuốc này là cần thiết về mặt y khoa (và SFHP ủy quyền cho Thuốc kê toa không có trong Danh mục thuốc); hoặc
- Thuốc kê toa không có trong Danh mục thuốc này đã được SFHP phê duyệt trước đó để điều trị bệnh của quý vị và Bác sĩ Chăm sóc Chính vẫn tiếp tục kê toa thuốc này cho bệnh của quý vị, miễn là Thuốc kê toa không có trong Danh mục thuốc đó được kê toa một cách phù hợp và được coi là an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh của quý vị; hoặc
- Thuốc kê toa không có trong Danh mục thuốc này đã được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và

Dược phẩm (FDA) liên bang phê duyệt là Thuốc Nghiên cứu Mới hoặc được phân loại là thuốc trị ung thư Nhóm C bởi Viện Ung thư Quốc gia và chỉ sử dụng cho các mục đích đã được FDA hoặc Viện Ung thư Quốc gia phê duyệt.

Yêu cầu bao trả cho Thuốc Không có trong Danh mục thuốc được gọi là "yêu cầu ngoại lệ". Yêu cầu ngoại lệ theo quy trình tương tự được mô tả trong "Quy trình xin Ủy quyền Trước cho Tiệm thuốc tây".

- Yêu cầu ngoại lệ tiêu chuẩn sẽ được xem xét trong vòng 72 giờ.
- Khi có Trường hợp Khẩn cấp, yêu cầu sẽ được giải quyết cấp tốc và được xem xét trong vòng 24 giờ.
- Nếu không đồng ý với quyết định từ chối yêu cầu Thuốc không nằm trong Danh mục thuốc hoặc "yêu cầu ngoại lệ" thì quý vị có thể nộp kháng nghị lên SFHP hoặc yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập tiến hành đánh giá. Để biết thêm thông tin, hãy xem phần "Thủ tục Khiếu nại và Kháng nghị".

V. Chăm sóc Tai

Đánh giá thính học để đo mức độ khiếm thính và đánh giá dụng cụ trợ thính để xác định nhãn hiệu và kiểu dụng cụ trợ thính thích hợp nhất.

Trợ thính một hoặc hai bên kể cả núm tai, dụng cụ trợ thính, pin ban đầu, dây và các thiết bị phụ trợ khác.

Khám đo ni, tư vấn, điều chỉnh và sửa chữa miễn phí một năm kèm theo việc cung cấp máy trợ thính được bao trả.

Loại trừ: Mua pin hoặc thiết bị phụ trợ khác, trừ những thiết bị được bao trả theo các điều khoản khi mua dụng cụ trợ thính lần đầu và các chi phí cho dụng cụ trợ thính vượt quá tiêu chuẩn được kê toa cho điều chỉnh khiếm thính. Không bao gồm bộ phận thay thế cho dụng cụ trợ thính, sửa chữa máy trợ thính hơn một lần trong khoảng thời gian 36 tháng và thiết bị trợ thính cấy qua phẫu thuật.

W. Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Chăm sóc Rối loạn do Sử dụng Dược chất

Dịch vụ điều trị Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Rối loạn do Sử dụng Dược chất được cung cấp thông qua San Francisco Behavioral Health Services ("SFBHS"). Hội viên nên gọi Đường dây Trợ giúp Tiếp cận của SFBHS để được giới thiệu đến bác sĩ chăm sóc Sức khỏe Tâm thần hoặc nhà tư vấn điều trị lạm dụng dược chất. Quý vị cũng có thể được Bác sĩ hoặc Chương trình bảo hiểm của mình giới thiệu đến SFBHS. Đường dây Trợ giúp Tiếp cận 24 giờ của SFBHS là **1(415) 255-3737** (địa phương), **1(888) 246-3333** (miễn phí), **1(888) 484-7200** (TTY).

Các Quyền lợi về Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất bao gồm Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất. Bao gồm các dịch vụ hoặc sản phẩm để xử lý các nhu cầu cụ thể của bệnh nhân đó, với mục đích ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, chấn thương, tình trạng hoặc các triệu chứng, bao gồm giảm thiểu sự tiến triển của bệnh, tổn thương, tình trạng

hoặc các triệu chứng của bệnh đó, phù hợp theo hình thức sau đây:

- Phù hợp với các tiêu chuẩn được chấp nhận chung về điều trị Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và chăm sóc Rối loạn do Sử dụng Dược chất; và
- Thích hợp về mặt lâm sàng về loại, tần suất, mức độ, vị trí và thời gian; và
- Không chủ yếu phục vụ lợi ích kinh tế của chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe và Hội viên hoặc vì sự thuận tiện của Hội viên, bác sĩ điều trị hoặc Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

Những dịch vụ này bao gồm nhưng không giới hạn như sau:

Sức khỏe Tâm thần Nội trú:

- Nhập viện vì bệnh tâm thần cấp tính và giường tâm thần trong Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề/bán cấp tính
- Chăm sóc nội trú tại cơ sở y tế có giấy phép
- Điều trị nội trú

Sức khỏe Tâm thần Ngoại trú:

- Khám Sức khỏe Tâm thần tại phòng mạch
- Điều trị Ngoại trú Tăng cường
- Nhập viện bán trú được cung cấp thông qua SFBHS dưới dạng dịch vụ ngoại trú. Khám ngoại trú, bao gồm tư vấn theo nhóm và cá nhân cũng như tâm lý trị liệu.
- Nghiệm pháp tâm lý
- Can thiệp khủng hoảng sức khỏe tâm thần
- Điều trị Sức khỏe Hành vi cho chứng Rối loạn Phổ Tự kỷ. (Xem Phần X.)
- Chăm sóc chuyên khoa phối hợp để điều trị bệnh tâm thần giai đoạn đầu
- Điều trị ban ngày
- Xét nghiệm thuốc, cả chẩn đoán và xác định, bao gồm cả đánh giá bệnh nhân ban đầu và liên tục trong quá trình điều trị rối loạn do sử dụng dược chất
- Liệu pháp sốc điện
- Với bất ổn giới tính, tất cả các phúc lợi chăm sóc sức khỏe được xác định trong ấn bản mới nhất của *Tiêu Chuẩn Chăm Sóc* được phát triển bởi World Professional Association for Transgender Health
- Điều trị chuyên sâu tại cộng đồng, bao gồm điều trị toàn diện tại cộng đồng và quản lý hồ sơ cá nhân chuyên sâu
- Điều trị tăng cường tại nhà
- Các dịch vụ chuyên môn ngoại trú, bao gồm nhưng không giới hạn ở tư vấn lạm dụng dược chất và sức khỏe tâm thần cho cá nhân, nhóm và gia đình
- Đo đa ký giấc ngủ
- Các dịch vụ tại trường cho tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng dược chất được cung cấp cho người ghi danh tại trường học theo Health and Safety Code phần 1374.722
- Kích thích từ trường xuyên sọ
- Dịch vụ cắt cơn nghiện
- Dịch vụ Chăm sóc Phòng ngừa được ghi rõ trong Luật

1300.74.72.01(c)(1), (2) và (3) phần 28 trong Quy định của Bộ luật California

Ngoài Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần và Lạm dụng Dược chất Cần thiết về mặt Y khoa, SFHP sẽ bao trả những dịch vụ được cung cấp bởi trung tâm điều trị Khủng hoảng 988 mà không cần phải xét duyệt về chi phí hoặc sử dụng. Chương trình Bảo hiểm cũng sẽ bao trả cho việc Điều trị Sức khỏe Hành vi được chỉ định theo kế hoạch hoặc thỏa thuận điều trị của Tòa án CARES.

Phải có Ủy quyền Trước cho những quyền lợi về Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Chăm sóc Rối loạn do Sử dụng Dược chất: Dịch vụ Không cấp cứu, Nội trú tại Bệnh viện, giới thiệu đến Bác sĩ chuyên khoa cho các dịch vụ ngoại trú, nhập viện bán trú, Điều trị Sức khỏe Hành vi cho chứng Rối loạn Phổ Tự kỷ và điều trị nội trú.

Không cần Ủy quyền Trước cho dịch vụ điều trị lạm dụng dược chất, khám Sức khỏe Tâm thần tại phòng mạch, khám ngoại trú, nghiệm pháp tâm lý và can thiệp khủng hoảng sức khỏe tâm thần.

SFHP bao trả cho phương pháp điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất. Bảo hiểm cho các bệnh theo định nghĩa về Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất, bao gồm nhưng không giới hạn ở chăm sóc Nội trú tại Bệnh viện, chăm sóc Ngoại trú tại Bệnh viện, dịch vụ nhập viện bán trú, các dịch vụ chuyên môn và các Thuốc kê toa Cần thiết về mặt Y khoa.

Quyền lợi Sức khỏe Hành vi được cung cấp thông qua SFBHS. Hội viên nên gọi Đường dây Trợ giúp Tiếp cận của SFBHS để được giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc Sức khỏe Tâm thần. Quý vị cũng có thể được Bác sĩ hoặc Chương trình bảo hiểm của mình giới thiệu đến SFBHS. Đường dây Trợ giúp Tiếp cận 24 giờ của SFBHS là **1(415) 255-3737** (địa phương), **1(888) 246-3333** (miễn phí), **1(888) 484-7200** (TTY).

X. Điều trị Sức khỏe Hành vi

Điều trị bệnh tự kỷ được bao trả như Điều trị Sức khỏe Hành vi: Dịch vụ chuyên môn và các chương trình điều trị, bao gồm phân tích hành vi được áp dụng và chương trình can thiệp hành vi dựa trên bằng chứng nhằm phát triển hoặc phục hồi đến mức tối đa có thể chức năng của người bị Rối loạn Phổ Tự kỷ và đáp ứng tất cả những tiêu chí sau:

a. Biện pháp điều trị được chỉ định bởi một bác sĩ hoặc bác sĩ tâm lý được cấp phép theo luật California;
b. Biện pháp điều trị được cung cấp theo kế hoạch điều trị được chỉ định bởi một nhà cung cấp dịch vụ điều trị bệnh tự kỷ (QAS) đủ năng lực và được quản lý bởi nhà cung cấp dịch vụ QAS hoặc một chuyên gia QAS hoặc phụ tá chuyên môn QAS do một nhà cung cấp dịch vụ QAS giám sát;
c. Kế hoạch điều trị có các mục tiêu cụ thể do nhà cung cấp dịch vụ QAS phát triển và phê duyệt. Kế hoạch này được kiểm tra 6 tháng/lần và điều chỉnh khi thích hợp; và
d. Kế hoạch điều trị không được sử dụng để cung cấp hoặc bồi hoàn

cho chăm sóc thay phiên, chăm sóc ban ngày, các dịch vụ giáo dục hoặc để tham gia vào chương trình điều trị.

Quyền lợi Sức khỏe Hành vi được cung cấp thông qua SFBHS. Hội viên nên gọi Đường dây Trợ giúp Tiếp cận của SFBHS để được giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc Sức khỏe Tâm thần. Quý vị cũng có thể được Bác sĩ hoặc Chương trình bảo hiểm của mình giới thiệu đến SFBHS. Đường dây Trợ giúp Tiếp cận 24 giờ của SFBHS là **1(415) 255-3737** (địa phương), **1(888) 246-3333** (miễn phí), **1(888) 484-7200** (TTY).

Y. Dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất

Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Rối loạn do Sử dụng Dược chất được bao trả. Phạm vi bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở:

Các Dịch vụ Ngoại trú:

- Chương trình điều trị ngoại trú tăng cường cho Rối loạn do Sử dụng Dược chất, bao gồm cả điều trị nghiện rượu.
- Quyền lợi điều trị lệ thuộc hóa chất ngoại trú, giải độc và điều trị nghiện rượu sẽ được bao trả. Khám tại phòng mạch cho Rối loạn do Sử dụng Dược chất, bao gồm khám và tư vấn về lệ thuộc hóa chất.

Dịch vụ Nội trú:

- Giải độc nội trú và dịch vụ điều trị lệ thuộc hóa chất chỉ được bao trả cho các Dịch vụ Nội trú tại Bệnh viện Cần thiết về mặt Y khoa.
- Cần Ủy quyền Trước cho các dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất Nội trú.

Dịch vụ điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất được cung cấp thông qua SFBHS. Hội viên nên gọi Đường dây Trợ giúp Tiếp cận của SFBHS để được giới thiệu đến nhà tư vấn điều trị lạm dụng dược chất. Quý vị cũng có thể được Bác sĩ hoặc Chương trình bảo hiểm của mình giới thiệu đến SFBHS. Đường dây Trợ giúp Tiếp cận 24 giờ của SFBHS là **1(415) 255-3737** (địa phương), **1(888) 246-3333** (miễn phí), **1(888) 484-7200** (TTY).

Z. Dụng cụ Y tế Lâu bền

Dụng cụ Y tế Lâu bền (DME) là những dụng cụ giả, dụng cụ chỉnh hình, ôxy và thiết bị thở ôxy, được giới hạn ở các dụng cụ và thiết bị:

- Được sử dụng lặp lại trong thời gian dài;
- Không phải là dụng cụ dùng một lần, trừ túi hậu môn nhân tạo;
- Được chỉ định bởi Chuyên gia Sức khỏe có giấy phép hoạt động trong phạm vi giấy phép của họ;
- Được thiết kế dành riêng cho người đăng ký;
- Không trùng chức năng với dụng cụ hoặc trang thiết bị khác mà công ty bảo hiểm bao trả cho người đăng ký;
- Thường không hữu ích cho người không mắc bệnh hoặc tổn thương;
- Chủ yếu phục vụ mục đích y tế; và
- Thích hợp cho sử dụng tại nhà.

Sửa chữa hoặc thay thế Cần thiết về mặt Y khoa cho DME, các dụng cụ giả và dụng cụ chỉnh hình được bao trả là Quyền lợi khi được Bác sĩ Chăm sóc Chính kê toa hoặc được Chuyên gia Sức khỏe (có giấy phép hoạt động trong phạm vi giấy phép của họ) chỉ định và khi không phải do sử dụng sai hoặc bị mất.

AA. Quyền lợi Cấy ghép Cơ quan Người

Cấy ghép cơ quan người, bao gồm cả các chi phí Bệnh viện và y tế hợp lý của người hiến tặng hoặc người được nhận diện là người hiến tặng tiềm năng nếu các chi phí đó liên quan trực tiếp đến việc cấy ghép, không phải giác mạc, sẽ tuân theo những hạn chế sau:

- Dịch vụ đánh giá trước phẫu thuật, phẫu thuật và chăm sóc theo dõi sẽ được cung cấp tại các trung tâm được công ty bảo hiểm trong mạng lưới chỉ định. Các trung tâm này có kinh nghiệm chuyên môn thực tế, nguồn lực, cam kết và hồ sơ hoạt động tốt để đủ tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ chăm sóc đó.
- Ủy ban lựa chọn bệnh nhân của các trung tâm được chỉ định sẽ chọn bệnh nhân rồi sau đó tuân theo Ủy quyền.
- Chỉ bao trả các thuốc chống đào thải, các sản phẩm sinh học và thủ thuật khác đã được chứng minh là an toàn, hiệu quả và không còn là thuốc nghiên cứu.

BB. Tiếp liệu, Dụng cụ và Dịch vụ để Điều trị và/hoặc Kiểm soát bệnh Tiểu đường

Tiếp liệu, thiết bị và dịch vụ để điều trị và/hoặc kiểm soát bệnh tiểu đường ngay cả khi các vật dụng, xét nghiệm và Dịch vụ đó sẵn có không cần kê toa hoặc một số không có Toa thuốc, bao gồm:

- Tiếp liệu và thiết bị như:
  - Insulin
  - Bơm tiêm
  - Dao mổ và dụng cụ rạch
- Bơm insulin và tất cả các tiếp liệu cần thiết liên quan
- Hệ thống bút tiêm insulin
- Băng thử xê tôn nước tiểu cho tiểu đường loại 1
- Máy đo đường huyết (bao gồm dụng cụ được thiết kế để hỗ trợ người khiếm thị, nếu được chỉ định)
- Băng thử máy đo đường huyết với số lượng thích hợp về mặt y khoa cho:
  - Theo dõi và điều trị bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin
  - Theo dõi và điều trị bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin
  - Theo dõi và điều trị bệnh tiểu đường trong thai kỳ
- Chương trình giáo dục về bệnh tiểu đường
- Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thích hợp để kiểm soát bệnh tiểu đường, bao gồm ở mức tối thiểu: cholesterol, triglyceride, microalbumin niệu, HDL/LDL và

Hemoglobin A-1C (Glycohemoglobin)

- Khám mắt giãn đồng tử
- Các thiết bị điều trị chăm sóc chân để ngăn ngừa hoặc điều trị các biến chứng liên quan đến bệnh tiểu đường
- Dụng cụ hỗ trợ thị giác, không bao gồm kính mắt, để hỗ trợ người khiếm thị với liều lượng insulin thích hợp

Ngoài ra, những vật dụng Kê toa sau cũng được bao trả nếu được xác định là Cần thiết về mặt Y khoa:

- Insulin
- Thuốc kê toa điều trị bệnh tiểu đường
- Glucagon

CC. Dịch vụ Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề

Chăm sóc điều dưỡng lành nghề ngắn hạn được thực hiện tại Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề hoặc giường điều dưỡng lành nghề trong Bệnh viện chăm sóc bệnh cấp tính, được giới hạn đến tối đa một trăm (100) ngày trong mỗi Năm Quyền lợi.

DD. Dịch vụ Khẳng định Giới tính

SFHP bao trả các dịch vụ Cần thiết về mặt Y khoa để điều trị rối loạn bản dạng giới. Thủ thuật có thể yêu cầu Ủy quyền trước.

EE. Yêu cầu Bồi hoàn cho Dịch vụ Cấp cứu

Nếu Hội viên nhận và chịu chi phí cho dịch vụ cấp cứu, thì Hội viên phải nộp yêu cầu bồi hoàn đầy đủ kèm theo hồ sơ dịch vụ để yêu cầu thanh toán cho SFHP trong vòng 90 ngày sau ngày nhận dịch vụ đó hoặc sớm nhất có thể. Nếu Hội viên nhận và chịu chi phí cho các dịch vụ sức khỏe hành vi cấp cứu, thì Hội viên phải nộp yêu cầu bồi hoàn đầy đủ kèm theo hồ sơ dịch vụ để yêu cầu thanh toán cho SFBHS trong vòng 90 ngày sau ngày nhận dịch vụ đó. Nếu không nộp yêu cầu bồi hoàn trong thời hạn này, thì có thể SFHP không thanh toán cho những dịch vụ đó, trừ khi hội viên nộp yêu cầu này ngay khi có thể với lý do hợp lý. Nếu các dịch vụ này không được Ủy quyền trước thì SFHP sẽ xem xét lại yêu cầu bồi hoàn để bao trả như được nêu ở trang 35. SFHP sẽ bao trả các dịch vụ nếu Cần thiết về mặt Y khoa hoặc khi Hội viên có lý do để tin rằng đã có Tình trạng Cấp cứu Y tế, ngay cả khi sau đó SFHP xác định rằng trường hợp này trên thực tế không phải là cấp cứu. Trong trường hợp mà SFHP xác định rằng Dịch vụ Cấp cứu mà Hội viên nhận sẽ được bao trả thì SFHP sẽ thanh toán trực tiếp cho bác sĩ hoặc bồi hoàn cho Hội viên nếu Hội viên đã thanh toán cho các dịch vụ đó. Hội viên phải cung cấp bằng chứng thanh toán kèm theo yêu cầu bồi hoàn đã nộp.

FF. Bảo tồn khả năng Sinh sản

SFHP bao trả cho các dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản nếu việc điều trị được bảo hiểm có thể trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra Vô sinh có Nguyên nhân. American Society of Clinical Oncology hoặc American Society for Reproductive Medicine phải xác nhận rằng việc điều trị y tế được bao trả đó có thể có tác dụng phụ là vô sinh. Các dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản phải phù hợp với các thực hành y tế đã thiết lập và các

hướng dẫn chuyên môn được American Society of Clinical Oncology hoặc American Society for Reproductive Medicine xuất bản.

GG. Thay đổi Chương trình Quyền lợi

Quyền lợi, Loại trừ và giới hạn đều có thể bị Chương trình hoặc SFHP thay đổi, hủy bỏ hoặc ngừng bất cứ lúc nào sau khi SFHP thông báo bằng văn bản ít nhất ba mươi mốt (31) ngày. Quyền lợi về dịch vụ hoặc tiếp liệu được cung cấp sau ngày hiệu lực của bất kỳ thay đổi hoặc hủy bỏ nào đều sẽ được cung cấp dựa trên những thay đổi đó. Không có đặc quyền nhận Quyền lợi. Quyền lợi về dịch vụ hoặc tiếp liệu được cung cấp sau ngày hiệu lực của bất kỳ thay đổi, giới hạn, Loại trừ hoặc hủy bỏ nào về Quyền lợi đều sẽ được cung cấp.

11. Loại trừ và Giới hạn

A. Loại trừ và Giới hạn Chung

Quý vị nên đọc tất cả các mô tả trong phần Quyền lợi của Bằng chứng Bảo hiểm này để biết đầy đủ chi tiết về các khoản được bao trả và không bao trả theo SFHP. Những dịch vụ như thế chỉ được coi là Quyền lợi được Bao trả nếu được nhận theo thủ tục được mô tả trong tài liệu này, bao gồm tất cả các yêu cầu về Ủy quyền và giới thiệu cũng như điều phối bởi Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị.

B. Loại trừ và Giới hạn Cụ thể

Dịch vụ cụ thể được liệt kê dưới đây bị hạn chế về thời gian hoặc số lượng, như mô tả trong “Quyền lợi SFHP”. Các dịch vụ khác liệt kê dưới đây trong phần này bị loại trừ và không phải là Quyền lợi được SFHP Bao trả:

- Châm cứu
- Phản hồi sinh học, trừ khi Cần thiết về mặt Y khoa
- Chữa bệnh bằng phương pháp nắn khớp xương
- Thụ thai bằng các phương pháp nhân tạo bao gồm Chuyển Hợp tử trong Vòi dẫn trứng (ZIFT), Thụ tinh Trong Ống nghiệm (IVF) hoặc quy trình khác liên quan đến nuôi hoặc thao tác (các phương tiện vật lý, hóa học hoặc bất kỳ phương tiện nào khác) trứng người để điều trị vô sinh. Mọi dịch vụ, thủ thuật hoặc quy trình chuẩn bị cho Hội viên thụ thai bằng phương tiện nhân tạo đều không được bao trả. Ngoại lệ: bao trả cho các dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản nếu việc điều trị được bảo hiểm có thể trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra Vô sinh có Nguyên nhân.
- Concierge Medicine là nơi Bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân để đổi lấy một khoản phí. Tư cách thành viên có thể bao gồm (nhưng không giới hạn) quyền tiếp cận với Bác sĩ 24/7, số điện thoại di động để kết nối trực tiếp với Bác sĩ, các cuộc hẹn cùng ngày, khám tại nhà và/hoặc các buổi thăm khám kéo dài miễn là cần để xử lý các nhu cầu của bệnh nhân. SFHP sẽ không bao trả phí thành viên của Concierge Medicine hoặc các dịch vụ do Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế Concierge cung cấp mà không có Ủy quyền trước, bao gồm các

tình huống Chăm sóc Khẩn cấp mà Hội viên đã yêu cầu cụ thể là một Bác sĩ Concierge Medicine tại nhà của họ. Nếu quý vị đang bị cấp cứu, hãy gọi **911** hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất.

- Vật dụng tiện nghi như điện thoại, TV, khay thức ăn/uống cho khách, phòng riêng trong Bệnh viện và các vật dụng cá nhân
- Thủ thuật phẫu thuật thẩm mỹ được tiến hành để thay đổi hoặc tái tạo hình dáng cấu trúc bình thường của cơ thể để cải thiện ngoại hình. Phẫu thuật Tái tạo và các Dịch vụ Phẫu thuật Tái tạo đều được bao trả, bao gồm Phẫu thuật Tái tạo khẳng định giới tính.
- Chăm sóc Giám hộ gắn liền với các dịch vụ được cung cấp tại nhà, nằm viện, nằm tại cơ sở y tế chủ yếu để nghỉ ngơi, kiểm soát hoặc thay đổi môi trường của một người, trừ những dịch vụ Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất
- Dịch vụ Chăm sóc Nha khoa hoặc các dụng cụ
- Tình trạng Khuyết tật bao gồm các dịch vụ đủ điều kiện bồi hoàn bảo hiểm hoặc được bao trả theo chương trình bảo hiểm dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bảo hiểm khác. SFHP sẽ cung cấp dịch vụ theo nhu cầu và Hội viên phải hợp tác để bảo đảm SFHP được bồi hoàn cho các Quyền lợi đó.
- Dịch vụ Cơ sở Cấp cứu cho các trường hợp không Cấp cứu
- Chăm sóc Thực nghiệm là bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc, dụng cụ hoặc điều trị nào được SFHP xác định là có Bản chất Thực nghiệm hoặc Nghiên cứu. Thuốc không bị loại trừ theo phần này nếu là thuốc được kê toa để sử dụng cho mục đích khác với mục đích sử dụng mà thuốc đã được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm liên bang phê duyệt cho lưu hành trên thị trường. Vui lòng tham khảo trang 62 của Sổ tay này, trong phần mô tả việc Sử dụng Thuốc cho Mục đích Chưa được phê duyệt trong Danh mục thuốc để biết nội dung mô tả đầy đủ khi nào SFHP sẽ bao trả những thuốc này. Dịch vụ bị từ chối vì có liên quan đến Thực nghiệm hoặc Nghiên cứu sẽ được Department of Managed Health Care kiểm tra theo quy trình Kiểm tra Y khoa Độc lập IMR). Quý vị không cần tham gia vào Quy trình Khiếu nại của Chương trình bảo hiểm trước khi trường hợp của quý vị được điều trần theo quy trình DMHC's IMR. Quý vị có thể nộp đơn trực tiếp cho DMHC để tham gia vào quy trình IMR này. Vui lòng tham khảo trang 83 của Sổ tay này để biết nội dung mô tả về cách sử dụng quy trình IMR của Sở.
- Chăm sóc chân thông thường bao gồm gọt chai, sừng hóa hoặc cắt móng
- Phương tiện cải thiện Nhà/Xe cộ bao gồm mọi thay đổi hoặc đồ gá lắp được chế tạo cho nhà ở, tài sản hoặc xe hơi bao gồm dốc nghiêng, thang máy, thiết bị lên

xuống cầu thang, hồ bơi, hệ thống lọc không khí, thiết bị kiểm soát môi trường, spa, bồn nước nóng hoặc tay lái ô tô

- Bộ phận cấy ghép, trừ cấy ghép Cần thiết về mặt Y khoa và không thuộc phẫu thuật Thẩm mỹ, có Bản chất Thực nghiệm hoặc Nghiên cứu
- Điều trị Vô sinh như thụ tinh trong ống nghiệm, Chuyển Hợp tử trong Vòi dẫn trứng (ZIFT) hoặc bất kỳ dạng thụ tinh bằng phương pháp kích thích, thụ tinh nhân tạo nào khác. Dịch vụ gắn liền hoặc phát sinh từ những thủ thuật hoặc dịch vụ mang thai hộ cũng không phải là Dịch vụ được Bao trả. Ngoại lệ: bao trả cho các dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản nếu việc điều trị được bảo hiểm có thể trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra Vô sinh có Nguyên nhân.
- Chăm sóc Dài Hạn, trừ khi được SFHP xác định là rẻ hơn, thay thế thỏa đáng cho Quyền lợi được Bao trả. Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề Ngắn hạn và Chăm sóc Cuối đời là Quyền lợi được bao trả nhưng chỉ khi Cần thiết về mặt Y khoa và chỉ dành cho các Quyền lợi được mô tả trong phần “Chăm sóc Cuối đời” và “Dịch vụ Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề”.
- Thủ thuật, dịch vụ, sản phẩm, thuốc hoặc thiết bị y tế, phẫu thuật (kể cả cấy ghép) hoặc chăm sóc sức khỏe khác và:
- Có Bản chất Thực nghiệm hoặc Nghiên cứu hoặc không được công nhận theo các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận chung là có thể sử dụng an toàn và hiệu quả cho biện pháp điều trị được đề cập; hoặc
- Lỗi thời hoặc không hiệu quả
- Chăm sóc không chuyên có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả bởi các thành viên gia đình (bất kể thành viên gia đình đó có sẵn sàng cung cấp những dịch vụ đó hay không) hoặc người không có chứng chỉ hành nghề hoặc dưới sự giám sát của y tá có giấy phép, trừ những dịch vụ trợ giúp gia đình được Ủy quyền cho Chăm sóc Cuối đời và những dịch vụ Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất
- Người hiến tạng bao gồm bất kỳ dịch vụ nào cho Hội viên liên quan đến dịch vụ cấy ghép tạng hoặc mô khi người nhận cấy ghép không phải là Hội viên
- Tiếp liệu y tế dùng một lần, dụng cụ xét nghiệm tại nhà, vật dụng tiện nghi, thiết bị kiểm soát môi trường, thiết bị tập thể dục, dụng cụ trợ giúp/giáo dục, thiết bị theo dõi tại nhà và bất cứ loại thiết bị giao tiếp nào, máy khuếch đại giọng nói, máy giả giọng nói hoặc mọi dụng cụ hỗ trợ ngôn ngữ khác, trừ khi được cung cấp theo phần Dụng cụ Chỉnh hình và Dụng cụ giả
- Thuốc không kê toa, tiếp liệu và thiết bị bao gồm máy lọc không khí hoặc dùng thuốc không cần Toa, vitamin, khoáng chất, thực phẩm bổ sung dinh dưỡng hoặc vật dụng thực phẩm cho các chế

độ ăn đặc biệt hoặc thực phẩm bổ sung dinh dưỡng. Trường hợp ngoại lệ có thể được bao trả nếu Cần thiết về mặt Y khoa, là các loại thuốc, tiếp liệu và dụng cụ cần thiết để điều trị chứng rối loạn chuyển hóa Phenyl xê tôn niệu (PKU) và dịch vụ Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất. Thuốc, dụng cụ và sản phẩm ngừa thai được FDA phê duyệt không kê toa sẽ được bao trả. Để biết thông tin về bảo hiểm thuốc không kê toa theo quyền lợi tiệm thuốc tây, vui lòng tham khảo phần Thuốc Kê toa.

- Ở lại trung tâm kiểm soát cơn đau để điều trị hoặc chữa cơn đau mạn tính
- Dụng cụ cấy và phẫu thuật dương vật, các dịch vụ liên quan hoặc mọi biến chứng phát sinh, trừ dụng cụ cấy và phẫu thuật dương vật Cần thiết về mặt Y khoa
- Khám và tiêm ngừa cần thiết để xin giấy phép, việc làm, bảo hiểm, nhập học hoặc tham gia các hoạt động thể thao giải trí, theo lệnh tòa án hoặc để du lịch, trừ thăm khám tương ứng với lịch khám lâm sàng thông thường và tiêm ngừa được cung cấp trong “Dịch vụ Y tế Phòng ngừa” hoặc các dịch vụ điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất
- Điều dưỡng cá nhân với mọi hình thức, ngoại trừ Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất. Điều dưỡng chuyên khoa, nếu được Ủy quyền là Cần thiết về mặt Y khoa, bao gồm Tình trạng Sức khỏe Tâm thần và Điều trị Rối loạn do Sử dụng Dược chất, có thể được bao trả dưới dạng Nhập viện hoặc Cơ sở Điều dưỡng Lành nghề được Ủy quyền.
- Chăm sóc tự túc không được Bác sĩ Chăm sóc Chính của Hội viên cung cấp, kê toa hoặc giới thiệu và không được ủy quyền theo thủ tục của SFHP, trừ dịch vụ cấp cứu, dịch vụ khẩn cấp ngoài khu vực và dịch vụ OB/GYN
- Các dịch vụ nhận trước ngày bảo hiểm của Hội viên có hiệu lực hoặc sau ngày Hội viên chấm dứt tư cách Hội viên, trừ khi được cung cấp theo dạng gia hạn quyền lợi
- Thuốc điều trị rối loạn tình dục, ngoại trừ Điều trị Cần thiết về mặt Y khoa cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần hoặc Rối loạn do Sử dụng Dược chất
- Không bao gồm vận chuyển ngoài dịch vụ vận chuyển được cung cấp theo các Dịch vụ Xe cứu thương bao gồm bao trả cho vận chuyển bằng máy bay thương mại, xe khách, taxi hoặc hình thức vận chuyển công cộng khác
- Phục hồi thắt ống dẫn tinh và cắt ống dẫn trứng hoặc sự cố liên quan đến việc phục hồi thắt ống dẫn tinh và cắt ống dẫn trứng (trừ khi do thắt ống dẫn tinh hoặc cắt ống dẫn trứng lần đầu không

thành công) hoặc tình trạng vô sinh do thủ thuật đó. Chương trình bảo hiểm này bao trả cho các dịch vụ Cần thiết về mặt Y khoa để điều trị các biến chứng y tế phát sinh từ các thủ thuật phục hồi hoặc triệt sản và các dịch vụ bảo tồn khả năng sinh sản nếu việc điều trị được bảo hiểm có thể trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra Vô sinh có Nguyên nhân.

- Quyền lợi bồi thường tai nạn lao động bao gồm mọi tổn thương do hoặc trong quá trình làm việc vì tiền lương, tiền công hoặc lợi nhuận hoặc bất kỳ bệnh nào được bao trả, cho việc làm đó, theo luật bồi thường tai nạn lao động, luật bệnh nghề nghiệp hoặc luật tương tự. Nếu SFHP thanh toán cho các dịch vụ đó, thì họ sẽ được phép thiết lập quyền nắm giữ vật thế chấp theo những Quyền lợi khác bằng với giá trị tiền mặt hợp lý của các Quyền lợi được SFHP cung cấp để điều trị tổn thương hoặc bệnh dựa trên những chi phí được tính hóa đơn thông thường của nhà cung cấp dịch vụ. Ngoài ra, SFHP có thể yêu cầu Hội viên hoàn trả giá trị tiền mặt của Quyền lợi tương đương với số tiền thực tế mà Chương trình bảo hiểm đã thanh toán, đến mức mà các Quyền lợi đó sẽ được bao trả hoặc thanh toán dưới dạng Quyền lợi Bồi thường Tai nạn Lao động nếu Hội viên đã sử dụng quyền lợi của họ.

12. Tình trạng hội đủ điều kiện và Đăng ký tham gia

Nhân viên sẽ đủ điều kiện đăng ký và tiếp tục bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm nhóm này như được mô tả dưới đây. Chương trình bảo hiểm nhóm này không bao trả cho bất kỳ người phụ thuộc nào.

Hội viên phải sống hoặc làm việc trong Khu vực Dịch vụ của SFHP. Khu vực Dịch vụ của SFHP là Thành phố và Quận San Francisco.

Ngày có hiệu lực bảo hiểm cụ thể cho mỗi Hội viên bắt đầu lúc 12.01am giờ Thái Bình Dương vào ngày đầu tiên (1) của tháng sau tháng mà Hội viên đáp ứng tất cả các yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện của Công ty, miễn là SFHP nhận được đơn đăng ký của Hội viên và thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện từ Công ty này trong thời hạn được mô tả trong thỏa thuận dịch vụ nhóm. Hội viên phải đạt và tiếp tục đạt tất cả các yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện của Công ty trong suốt thời gian bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm nhóm này. Quý vị nên liên lạc với Công ty của mình nếu có thắc mắc liên quan tới các yêu cầu về tình trạng hội đủ điều kiện của Công ty.

Trừ khi Hội viên được hưởng gia hạn quyền lợi từ bảo hiểm sức khỏe khác vì tổn thương hoặc bệnh, bảo hiểm sẽ có hiệu lực như mô tả ở trên. Điều khoản trì hoãn ngày bảo hiểm có hiệu lực này sẽ không áp dụng trong trường hợp SFHP cung cấp quyền lợi trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày ngừng chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm trước đó

của Nhóm Công ty và nếu Hội viên được bao trả hợp lệ (vào ngày ngừng bảo hiểm) theo chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm trước đó. Ngoài ra, điều khoản trì hoãn ngày bảo hiểm có hiệu lực này sẽ không áp dụng theo mức độ bị cấm theo bất kỳ luật tiểu bang hoặc liên bang nào.

Nếu Hội viên bị tàn tật hoàn toàn vào ngày ngừng chương trình bảo hiểm nhóm trước đó của nhóm công ty và nếu Hội viên đó được hưởng gia hạn quyền lợi, thì Hội viên đó sẽ không được hưởng bất kỳ quyền lợi nào theo chương trình bảo hiểm nhóm này đối với các dịch vụ hoặc chi phí có liên quan trực tiếp đến tình trạng tàn tật cho đến khi hết thời gian gia hạn quyền lợi đó. Hội viên sẽ được đăng ký vào chương trình bảo hiểm nhóm này cho tất cả các quyền lợi khác không liên quan đến tình trạng tàn tật được bao trả theo nội dung gia hạn quyền lợi. Nếu một người đã kết thúc bảo hiểm (vì lý do nào đó) theo chương trình bảo hiểm sức khỏe này hoặc bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe SFHP nào khác thì họ sẽ không đủ điều kiện đăng ký chương trình bảo hiểm nhóm này.

13. Kết thúc, Hủy bỏ và Thay đổi Quyền lợi và Chi phí

A. Kết thúc Quyền lợi

Trừ khi được cung cấp theo Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm hoặc những điều khoản Bảo hiểm Quyền lợi Liên tục của Tiểu bang, quý vị không có quyền được nhận quyền lợi cho dịch vụ được cung cấp sau khi kết thúc hoặc hủy thỏa thuận dịch vụ nhóm hoặc kết thúc tình trạng hội đủ điều kiện cá nhân của Hội viên. Điều khoản này áp dụng ngay cả khi Hội viên nhập viện hoặc đang điều trị bệnh kéo dài. Để được Mở rộng Quyền lợi, Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm (COBRA) hoặc Bảo hiểm Quyền lợi Liên tục của Tiểu bang, người xin bảo hiểm đó phải đủ tiêu chuẩn và nộp đơn tiếp tục bảo hiểm. Xem Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm, trang 77; và Bảo hiểm Quyền lợi Liên tục của Tiểu bang, trang 77.

Bảo hiểm cho Hội viên kết thúc lúc 12:01am theo giờ Thái Bình Dương vào ngày sớm nhất trong những ngày sau:

- Ngày thỏa thuận dịch vụ nhóm kết thúc. Hợp đồng này có thể bị chấm dứt bởi Công ty nhóm của quý vị hoặc SFHP. Quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo kết thúc hợp đồng hoặc hủy bỏ hợp đồng đó.
- Ngày quý vị thôi việc tại Công ty hoặc quý vị không còn đạt tất cả các yêu cầu của Công ty như định nghĩa trong thỏa thuận dịch vụ nhóm và được SFHP phê duyệt.
- Kết thúc thời gian Công ty phải thanh toán phí bảo hiểm cho SFHP.
- Quý vị không còn sống hoặc làm việc ở San Francisco nên không còn đáp ứng yêu cầu về khoảng cách và thời gian đi lại theo quy chế để đến Bác sĩ Chăm sóc Chính SFHP của quý vị nữa (cách xa Bác sĩ Chăm sóc Chính SFHP của quý vị 30 dặm hoặc 30 phút).
- SFHP sẽ kết thúc bảo hiểm của Hội viên ngay khi có văn bản

thông báo nếu Hội viên làm bất kỳ việc nào sau đây:

- Cung cấp thông tin giả hoặc trình bày sai trên bất kỳ đơn đăng ký hoặc mẫu đơn nào của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe khác;
- Cho phép một người không phải Hội viên sử dụng Thẻ Hội viên của mình để nhận dịch vụ và quyền lợi;
- Nhận hoặc tìm cách nhận dịch vụ hoặc quyền lợi SFHP bằng cách sử dụng thông tin sai, gây hiểu lầm nghiêm trọng hoặc gian lận thông qua hành động hoặc sự thiếu sót.

Ngoài ra, SFHP có thể chấm dứt bảo hiểm của Hội viên với lý do sau 31 ngày thông báo bằng văn bản trong các trường hợp sau:

- Không thanh toán bất kỳ khoản Đồng Thanh toán hoặc phí bổ sung nào và không khắc phục tình trạng không thanh toán đó sau khi SFHP có thông báo bằng văn bản;
- Vi phạm bất kỳ điều khoản quan trọng nào của thỏa thuận dịch vụ nhóm mặc dù không được đề cập cụ thể trong phần này, nếu vi phạm đó vẫn tồn tại sau khi SFHP có thông báo bằng văn bản.

B. Hủy Thỏa thuận Dịch vụ Nhóm

SFHP có thể hủy bỏ thỏa thuận dịch vụ nhóm hoặc bất kỳ phần nào của thỏa thuận (bao gồm bất kỳ phụ lục quyền lợi nào), bất cứ lúc nào sau khi có văn bản thông báo trước ít nhất ba mươi (30) ngày tới Công ty hoặc 15 ngày sau khi kết thúc kỳ hạn mà không thanh toán phí bảo hiểm, nêu rõ thời gian việc hủy bỏ đó sẽ bắt đầu có hiệu lực.

Thỏa thuận dịch vụ nhóm cũng có thể bị hủy bỏ bởi Công ty của Hội viên bất cứ lúc nào, miễn là Công ty gửi văn bản thông báo cho SFHP. Thông báo này có thể ghi rõ rằng việc hủy bỏ có hiệu lực khi SFHP nhận được thông báo hoặc vào một ngày sau đó như được ghi rõ trên thông báo.

Trong trường hợp thỏa thuận dịch vụ nhóm bị hủy bỏ bởi SFHP hoặc bởi công ty của nhóm, thì Công ty có trách nhiệm phải thông báo về việc hủy bỏ đó cho Hội viên.

C. Khai lại

Trong trường hợp bảo hiểm nhóm bị hủy thì chỉ có Công ty mới có thể khai lại bảo hiểm theo mức độ được phép trong thỏa thuận dịch vụ nhóm của Công ty và được SFHP phê duyệt.

D. Quyền Hủy bỏ của Cá nhân

Vui lòng xem những nguyên tắc áp dụng cho trường hợp hủy bảo hiểm cụ thể của quý vị được trình bày trong bản Tóm lược Quyền lợi, Tình trạng Hội đủ điều kiện và Nguyên tắc Đăng ký.

E. Thay đổi về Quyền lợi và Chi phí

SFHP có quyền thay đổi quyền lợi và chi phí của chương trình bảo hiểm nhóm này. Công ty hoặc Hội viên sẽ được thông báo bằng văn bản trước ba mươi mốt (31) ngày khi có bất kỳ thay đổi nào về quyền lợi và chi phí.

14. Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm

Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm (COBRA hoặc Cal-COBRA)

Theo Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) (Luật Điều chỉnh Ngân sách Tổng hợp), Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm sẽ sẵn có, theo những điều kiện cụ thể, cho nhân viên của hầu hết các công ty.

Nếu công ty tài trợ bảo hiểm SFHP cho nhân viên, thì Hội viên có thể nộp đơn xin tham gia Bảo hiểm Liên tục theo Nhóm. Hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** để biết thêm thông tin.

Quý vị có thể tiếp tục được SFHP bảo hiểm khi công việc của quý vị kết thúc, vì bất kỳ lý do nào không phải hành vi sai trái; khi số giờ làm việc của quý vị giảm đi; hoặc khi quý vị nghỉ hưu và các quyền lợi của quý vị bị hủy bỏ hoặc giảm đi vì công ty đã nộp đơn xin phá sản theo Chương 11. Công ty sẽ cho quý vị biết về quyền giữ Bảo hiểm Sức khỏe của mình theo COBRA cho những lý do sau đây:

- Nếu muốn giữ bảo hiểm sức khỏe với SFHP thì quý vị phải báo cho công ty của mình trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận được thông báo về quyền được giữ bảo hiểm sức khỏe của mình. Nếu không chọn COBRA trong 60 ngày đó, thì quý vị sẽ không thể chọn quyền lợi đó sau này. Công ty phải gửi khoản thanh toán và mẫu đơn COBRA để duy trì bảo hiểm của quý vị trong vòng 45 ngày sau khi quý vị chọn giữ bảo hiểm.
- Quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí duy trì với SFHP. Quý vị phải gửi khoản thanh toán của mình cho công ty mỗi tháng. Việc này sẽ duy trì bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có thể tiếp tục được bao trả đến khi một trong những trường hợp sau đây xảy ra:
  - Kết thúc mười tám tháng nếu quý vị mất việc hoặc số giờ làm việc của quý vị bị giảm.
  - Ngày kết thúc Thỏa thuận Nhóm giữa SFHP và công ty.
  - Ngày quý vị ngừng thanh toán phí hàng tháng.
  - Ngày đầu tiên quý vị được bao trả theo chương trình bảo hiểm nhóm khác, trừ khi có áp dụng giới hạn điều kiện tồn tại từ trước.
  - Ngày đầu tiên quý vị được hưởng Medicare.

15. Bảo hiểm Trùng lặp, Trách nhiệm Bên Thứ ba và Điều phối Quyền lợi

A. Bảo hiểm Trùng lặp

Nếu một Hội viên SFHP cũng được hưởng Quyền lợi theo bất kỳ điều kiện nào được liệt kê dưới đây, thì trách nhiệm của SFHP đối với Quyền lợi sẽ được giảm theo số tiền Quyền lợi đã thanh toán hoặc giá trị hợp lý của dịch vụ được cung cấp mà không tính phí cho Hội viên, vì họ được hưởng các Quyền lợi khác này. Trường hợp Loại trừ

này áp dụng cho Quyền lợi nhận từ bất kỳ nguồn nào sau đây:

- Quyền lợi được cung cấp theo chương trình Medicare. Nếu Hội viên nhận dịch vụ mà họ đáng được hưởng theo Medicare và những dịch vụ đó cũng được bao trả theo SFHP, thì Nhà cung cấp dịch vụ SFHP sẽ đòi bồi hoàn cho các dịch vụ đã cung cấp theo Medicare. Loại trừ này cho Medicare không áp dụng khi nhóm tài trợ và dịch vụ được cung cấp cho Hội viên tuân theo luật Người thanh toán Thứ cấp Medicare.
- Quyền lợi được cung cấp bởi bất kỳ cơ quan chính phủ tiểu bang hoặc liên bang nào hoặc bởi bất kỳ quận hoặc cơ quan trực thuộc khác nào. Cũng loại trừ các chi phí hợp lý của các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở Quản lý Cựu chiến binh cho một bệnh không liên quan đến nghĩa vụ quân sự hoặc tại một cơ sở của Bộ Quốc Phòng, được cung cấp cho người hiện không tại ngũ.
- Quyền lợi được cung cấp miễn phí hoặc khoản thanh toán ngoài dự kiến.
- Quyền lợi được cung cấp theo bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động.

B. Trách nhiệm Bên Thứ ba

Nếu Hội viên bị tổn thương do hành động hoặc sự bất cẩn của người khác (“bên thứ ba”) hoặc nếu Hội viên có bảo hiểm trách nhiệm bên thứ nhất, chẳng hạn như bảo hiểm cho người lái xe ô tô chưa có bảo hiểm, thì về mặt các dịch vụ bắt buộc do kết quả của tổn thương đó, SFHP sẽ chỉ cung cấp Quyền lợi theo SFHP với điều kiện Hội viên đó:

- Đồng ý bằng văn bản bồi hoàn cho SFHP giá trị tiền mặt hợp lý của Quyền lợi được cung cấp theo chi phí được tính hóa đơn thông thường của nhà cung cấp, nhưng không quá số tiền thực tế mà Chương trình bảo hiểm thanh toán, ngay khi Hội viên nhận tiền bồi thường (thông qua kiện tụng, hòa giải hoặc hình thức khác); và
- Cung cấp cho SFHP quyền giữ tài sản thế chấp, theo số tiền có giá trị tiền mặt hợp lý của Quyền lợi được SFHP cung cấp, theo tỷ lệ phần trăm chi phí tính hóa đơn thông thường của nhà cung cấp, nhưng không quá số tiền thực tế mà Chương trình bảo hiểm thanh toán, như được nêu trong Luật Dân sự California Phần 3040. Quyền nắm giữ thế chấp này có thể thuộc trách nhiệm của bên thứ ba, đại lý của họ hoặc tòa án.

C. Điều phối Quyền lợi

Nếu Hội viên được bao trả bởi hơn một chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm hoặc bảo hiểm nhóm, thì SFHP sẽ điều phối Quyền lợi với công ty bảo hiểm đó. Nếu một công ty bảo hiểm khác bao trả cho Hội viên theo chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm là công ty bảo hiểm chính, thì SFHP hoặc Nhà cung cấp dịch vụ của SFHP sẽ đòi bồi hoàn từ công ty bảo hiểm đó cho các Quyền lợi được cung cấp theo bảo hiểm của SFHP. Hội viên sẽ nhận tất cả Quyền lợi mà họ được hưởng theo Chương trình Bảo hiểm này, nhưng không nhiều hơn những Quyền lợi này. SFHP sẽ điều

phối Quyền lợi này theo những nguyên tắc của California Department of Managed Health Care.

Khi điều phối các Quyền lợi, nếu bệnh nhân là Hội viên, thì bảo hiểm mà bệnh nhân nhận được thông qua việc làm là bảo hiểm chính.

Lưu ý: Ngay cả khi quý vị có bảo hiểm khác, các Quyền lợi chỉ được bao trả theo SFHP nếu được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ SFHP và được Ủy quyền theo các nguyên tắc của SFHP.

16. Thủ tục Khiếu nại và Kháng nghị

A. Quy trình Khiếu nại và Kháng nghị

Hội viên nên khiếu nại trước với phòng mạch của bác sĩ để trực tiếp giải quyết những vấn đề. Nếu giải pháp này không giải quyết được vấn đề hoặc nếu quý vị muốn nộp ngay đơn khiếu nại hoặc kháng nghị thì vui lòng thông báo cho SFHP càng sớm càng tốt. Quý vị phải yêu cầu khiếu nại hoặc kháng nghị trong vòng 180 ngày kể từ ngày trên thư Thông báo Giải quyết.

SFHP có thể giải quyết vấn đề hoặc trả lời thắc mắc của quý vị không chính thức vào lúc đó hoặc ngay sau đó. Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản Thủ tục Khiếu nại/Phàn nàn đầy đủ.

Vui lòng liên lạc với Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** và một bản sao sẽ được gửi cho quý vị.

Nộp đơn khiếu nại hoặc kháng nghị là quyền của quý vị và là quy trình bảo mật. SFHP không được phân biệt đối xử hoặc ngừng tư cách hội viên Chương trình bảo hiểm nếu quý vị chọn nộp đơn khiếu nại hoặc kháng nghị. Ngoài ra, Nhà cung cấp của quý vị không thể từ chối cung cấp hoặc kết thúc dịch vụ y tế vì quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng nghị.

Xin lưu ý: Tất cả hội viên Chương trình bảo hiểm Sức khỏe đều có quyền nộp đơn khiếu nại lên Department of Managed Health Care bất cứ lúc nào trước, trong hoặc sau quy trình khiếu nại hoặc kháng nghị. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về Department of Managed Health Care, hãy vào phần “Khiếu nại với Department of Managed Health Care” ở trang 83.

Nộp đơn Khiếu nại

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về việc cung cấp dịch vụ y tế hoặc quyền lợi trong vòng 180 ngày theo lịch kể từ ngày xảy ra sự việc bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** hoặc quý vị có thể viết đơn khiếu nại gửi đến:

San Francisco Health Plan
Attn: Grievance Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

Đơn khiếu nại có thể gửi qua trang web tại **sfhp.org.**

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp tại địa chỉ sau:

San Francisco Health Plan
Service Center
550 Kearny Street, Lower Level
San Francisco, CA 94108

Có thể lấy mẫu đơn và quy trình khiếu nại của Hội viên từ SFHP, phòng khám

bác sĩ, Nhóm Y khoa của bác sĩ của quý vị hoặc trực tuyến trên trang web của SFHP tại **sfhp.org.**

Quy trình Phàn nàn/Khiếu nại

Khi quý vị nộp đơn phàn nàn hoặc khiếu nại, quy trình sẽ diễn ra như sau:

Bước 1. Quý vị nộp đơn phàn nàn qua điện thoại, bằng văn bản hoặc trực tiếp. Điều phối viên Khiếu nại của SFHP sẽ sẵn sàng trợ giúp quý vị khiếu nại nếu quý vị muốn.

Bước 2. SFHP sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch để xác nhận đã nhận được khiếu nại của quý vị. Thư này cũng sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về thủ tục khiếu nại và về quyền của quý vị với tư cách là Hội viên SFHP.

Bước 3. SFHP sẽ viết thư cho quý vị để thông báo cách giải quyết của chúng tôi trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu không nhận được thư từ SFHP trong vòng 30 ngày theo lịch hoặc nếu không chấp nhận cách giải quyết của SFHP, thì quý vị có thể yêu cầu buổi điều trần kháng nghị với SFHP hoặc có thể liên lạc ngay với Department of Managed Health Care như mô tả trong Phần H.

Nếu vì lý do nào đó, thư của quý vị bị trả lại vì không giao được và chúng tôi không thể gọi điện thoại cho quý vị, thì SFHP sẽ không thể tiếp tục xử lý khiếu nại của quý vị cho đến khi SFHP nhận được phản hồi của quý vị. Nếu SFHP không nhận được phản hồi của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nhận được khiếu nại, thì SFHP sẽ đóng đơn khiếu nại.

Mọi ý kiến của quý vị nhằm giải quyết vấn đề của quý vị đều được hoan nghênh bất cứ lúc nào trong quy trình khiếu nại.

SFHP phải hoàn thành toàn bộ quy trình khiếu nại cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nhận được khiếu nại.

Nếu chúng tôi không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày (bất kể mức quy trình hiện tại của quý vị), thì quý vị có thể liên lạc ngay với Department of Managed Health Care theo số **(1-888-466-2219)** hoặc đường dây TTY **(1-877-688-9891).**

B. Khiếu nại hoặc Kháng nghị Khẩn cấp hoặc Cấp tốc

Quý vị có thể yêu cầu Chương trình bảo hiểm xem xét khiếu nại hoặc kháng nghị của mình trong vòng 72 giờ nếu quý vị có Khiếu nại Khẩn cấp. Khiếu nại Khẩn cấp là khi việc trì hoãn chăm sóc y tế có thể đe dọa nghiêm trọng và tức thời cho sức khỏe của quý vị, bao gồm, nhưng không giới hạn ở mất mạng hoặc chi, chức năng chính của cơ thể hoặc đau nặng.

Để bắt đầu Khiếu nại Khẩn cấp, hãy gọi SFHP theo số **1(800) 288-5555** hoặc **1(415) 547-7800** và báo cho họ biết là quý vị muốn Khiếu nại Khẩn cấp. SFHP sẽ thông báo cho quý vị biết ngay về quyền liên lạc với DMHC. Quý vị không phải tham gia vào quy trình khiếu nại của SFHP trước khi liên lạc với DMHC để được trợ giúp. Xem Phần H bên dưới để biết thông tin về cách liên lạc với Department of Managed Health Care.

Khi quý vị nộp Khiếu nại Khẩn cấp với SFHP thì chúng tôi sẽ đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ.

C. Điều phối Hội viên theo Quy trình Khiếu nại

Để SFHP xem xét khiếu nại của Hội viên nhanh nhất có thể, Hội viên có thể được yêu cầu cung cấp thông tin hoặc cho phép công bố hồ sơ y tế. SFHP yêu cầu Hội viên trả lời những yêu cầu này nhanh nhất có thể.

D. Nơi Nộp Đơn

Nên gửi đơn khiếu nại hoặc bất kỳ thư từ hoặc thông tin về khiếu nại của Hội viên đến:

Grievance Coordinator
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

Đơn khiếu nại có thể nộp trực tiếp đến địa chỉ sau:

San Francisco Health Plan
Service Center
550 Kearny Street, Lower Level
San Francisco, CA 94108

Đơn khiếu nại có thể gửi qua trang web tại **sfhp.org.**

E. Kháng nghị Quyết định Ủy quyền cho Tiệm thuốc tây

Nếu không đồng ý với quyết định từ chối hoặc thay đổi của SFHP đối với yêu cầu ủy quyền trước cho một thuốc thì quý vị có thể yêu cầu SFHP xem xét lại yêu cầu và quyết định ban đầu bằng cách gửi đơn kháng nghị theo quy trình "Khiếu nại và Kháng nghị". SFHP phải hoàn tất quy trình xét duyệt kháng nghị trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị có thể yêu cầu SFHP xem xét kháng nghị của mình trong vòng 72 giờ nếu quý vị có Khiếu nại Khẩn cấp.

Nếu không đồng ý với quyết định từ chối yêu cầu Thuốc Không có trong Danh mục thuốc, yêu cầu Ủy quyền Trước hoặc ngoại lệ Liệu pháp Từng bước thì quý vị có thể yêu cầu một tổ chức đánh giá độc lập (IRO) xem xét lại. Đây gọi là "xem xét yêu cầu ngoại lệ từ đơn vị bên ngoài". Quý vị phải gửi yêu cầu IRO xem xét lại trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhận được thư của SFHP về việc từ chối yêu cầu thuốc không nằm trong danh mục thuốc. Quý vị có thể yêu cầu IRO xem xét lại bằng cùng phương pháp tương tự như mô tả trong mục "Nộp đơn Khiếu nại". Việc IRO xem xét lại yêu cầu của quý vị không ảnh hưởng đến quyền nộp đơn khiếu nại/kháng nghị hoặc yêu cầu Kiểm tra Y khoa Độc lập.

Khi nhận được yêu cầu IRO xem xét lại của quý vị, thì SFHP sẽ gửi hồ sơ của quý vị đến IRO để xem xét. IRO không liên quan hoặc không làm việc cho SFHP.

IRO này sẽ quyết định xem liệu SFHP có phải bao trả cho thuốc đó hay không dựa trên nhu cầu y tế của quý vị. SFHP sẽ thông báo cho quý vị và bác sĩ kê toa về quyết định này trong vòng 72 giờ.

Nếu yêu cầu đầu tiên về Ủy quyền trước, ngoại lệ của Liệu pháp Từng bước, Thuốc Không có trong Danh mục thuốc là cấp tốc, thì SFHP sẽ thông báo cho quý vị và bác sĩ kê toa về quyết định này trong vòng 24 giờ.

F. Kiểm tra Y tế Độc lập về Khiếu nại Liên quan đến Dịch vụ Y tế gây Tranh cãi

Quý vị có thể yêu cầu kiểm tra y khoa độc lập (IMR) về dịch vụ y tế gây tranh cãi từ Department of Managed Health Care (DMHC) nếu tin rằng các dịch vụ

này đã bị SFHP hoặc Nhóm Y khoa của quý vị từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn sai. Quý vị có thể nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng về bất kỳ trường hợp đủ tiêu chuẩn được mô tả dưới đây. Việc quyết định không tham gia vào quy trình IMR này có thể làm cho quý vị không còn quyền hợp pháp để kiện Chương trình bảo hiểm về vấn đề của dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Quy trình IMR là quy trình bổ sung cho bất kỳ thủ tục hoặc biện pháp khắc phục nào có sẵn, như nộp đơn khiếu nại hoặc kháng nghị. Quá trình IMR là miễn phí. Quý vị có quyền cung cấp thông tin mà quý vị có để hỗ trợ yêu cầu của mình cho IMR. SFHP hoặc Nhóm Y khoa của quý vị, phải cung cấp cho quý vị mẫu đơn IMR cùng với thư xử lý khiếu nại đưa ra quyết định từ chối, sửa đổi hoặc trì hoãn dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị nộp đơn yêu cầu IMR lên DMHC thì đơn sẽ được xem xét để xác nhận rằng:

(A) Bác sĩ của quý vị có đề nghị một dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y khoa hoặc

(B) Quý vị có nhận dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp hoặc Dịch vụ Cấp cứu mà Bác sĩ xác định là cần thiết về mặt y khoa hoặc

(C) Quý vị đã được bác sĩ khám để chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng y tế mà quý vị yêu cầu IMR;

(D) Dịch vụ chăm sóc sức khỏe gây tranh cãi đã bị SFHP hoặc Nhóm Y Khoa từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn dựa vào một phần hoặc toàn bộ quyết định rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó là không cần thiết về mặt y khoa; và

(E) Quý vị đã nộp đơn khiếu nại với SFHP hoặc Nhóm Y khoa của mình và quyết định tranh cãi bị treo hoặc đơn khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau 30 ngày. Nếu cần được xem xét cấp tốc đơn khiếu nại, thì quý vị có thể nộp đơn trực tiếp cho Sở để giải quyết. DMHC có thể miễn trừ quy trình khiếu nại của SFHP trong những trường hợp ngoại lệ và bắt buộc.

Nếu trường hợp của quý vị đủ điều kiện cho IMR, thì đơn tranh chấp sẽ được gửi đến bác sĩ chuyên khoa để họ đưa ra quyết định độc lập xem trường hợp đó có Cần thiết về mặt Y khoa hay không. Quý vị sẽ nhận một bản đánh giá về trường hợp của mình. Nếu IMR xác định rằng dịch vụ đó là cần thiết về mặt y khoa, thì SFHP hoặc Nhóm Y khoa của quý vị sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó.

Trong những trường hợp không khẩn cấp, tổ chức IMR do DMHC chỉ định phải cung cấp kết quả trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận đơn và tài liệu hỗ trợ của quý vị. Trong trường hợp khẩn cấp sắp có nguy hiểm đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, bao gồm (nhưng không giới hạn) trường hợp đau nặng, có khả năng mất mạng, mất chi hay những chức năng chính của cơ thể hoặc sắp hủy hoại sức khỏe của quý vị, thì tổ chức IMR phải cung cấp kết quả trong 3 ngày làm việc.

Để biết thêm thông tin về quy trình IMR hoặc để yêu cầu đơn, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555.**

G. Các IMR Thực nghiệm/ Nghiên cứu

Nếu Bác sĩ của quý vị khuyến cáo thuốc, thiết bị, thủ thuật hoặc trị liệu khác mà họ chứng nhận bằng văn bản là có thể có ích hơn cho quý vị so với trị liệu hiện hành hoặc nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu điều trị mà họ tin rằng (dựa trên những tài liệu chứng minh thích hợp) quý vị có thể hưởng lợi nhiều hơn so với trị liệu tiêu chuẩn hiện hành, thì quý vị có thể nộp đơn yêu cầu IMR Thực nghiệm/Nghiên cứu.

Nếu Bác sĩ của quý vị xác định rằng trị liệu Thực nghiệm/Nghiên cứu sẽ kém hiệu quả hơn nếu không bắt đầu kịp thời, thì quyết định về việc xem xét yêu cầu của quý vị sẽ được thực hiện trong vòng bảy (7) ngày từ khi có yêu cầu IMR cấp tốc.

Quý vị không phải tham gia vào quy trình khiếu nại của SFHP trước khi liên lạc với DMHC về IMR Thực nghiệm/ Nghiên cứu. Quý vị có thể liên lạc ngay với DMHC để nộp đơn xin IMR và SFHP sẽ hỗ trợ quý vị về quy trình này.

H. Khiếu nại với Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care yêu cầu chúng tôi tư vấn cho Hội viên của mình như sau:

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm của dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, thì trước hết quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số **1(800) 288-5555** hoặc **1(415) 547-7800** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó trước khi liên lạc với sở. 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 quý vị cần giúp giải quyết một khiếu nại liên quan tới trường hợp cấp cứu, một khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc quá 30 ngày khiếu nại vẫn chưa được giải quyết, thì quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Kiểm tra Y khoa 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 khoa 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 này cũng có một số điện thoại miễn cước **(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.

I. Trọng tài Phân xử Tranh chấp

Nếu có tranh chấp hay bất đồng giữa Hội viên và SFHP (không phải là khiếu nại về thực hành sai trong y tế) vượt quá thẩm quyền xét xử của Tòa Xét xử Khiếu nại Nhỏ, thì Hội viên và Chương trình bảo hiểm sẽ giải quyết tranh chấp

bằng phán quyết của Trọng tài có tính quyết định và ràng buộc cả hai bên. Trọng tài phân xử sẽ thực hiện tại San Francisco, California. Hội viên phải yêu cầu trọng tài phân xử bằng văn bản thông báo với Chương trình bảo hiểm trong giới hạn hiện hành của luật California bao gồm nhưng không giới hạn ở Tort Claims Act, áp dụng nếu Hội viên muốn nộp đơn kiện dân sự về cùng một vấn đề.

Nếu tổng số tiền thiệt hại do hội viên khiếu nại nhỏ hơn hoặc bằng $200,000 thì tranh chấp sẽ được giải quyết bằng một Trọng tài được các bên lựa chọn trong vòng 30 ngày kể từ ngày Chương trình bảo hiểm nhận được yêu cầu trọng tài phân xử của Hội viên hoặc nếu các bên không thể đồng ý chọn một trọng tài, thì sẽ áp dụng phương pháp được ghi ở Phần 1281.6 của California Code of Civil Procedure. Trọng tài như vậy sẽ không có quyền xử những vụ tranh chấp lớn hơn $200,000.

Nếu tổng số tiền thiệt hại do Hội viên khiếu nại lớn hơn $200,000, thì trong vòng ba mươi (30) ngày theo lịch kể từ ngày Chương trình bảo hiểm nhận được yêu cầu trọng tài phân xử của Hội viên, thì Hội viên và Chương trình bảo hiểm phải tìm cách thống nhất chọn một Trọng tài phân xử. Nếu các bên không thống nhất được một trọng tài trong thời hạn ba mươi (30) ngày, thì mỗi bên được SFHP đề cử một trọng tài và một trọng tài trung lập thứ ba sẽ do hai trọng tài này đề cử trong vòng ba mươi (30) ngày theo lịch kể từ ngày Hội viên yêu cầu Trọng tài phân xử. Nếu cả hai trọng tài không thống nhất được một trọng tài trung lập hoặc vì lý do gì đó mà trọng tài trung lập không được chọn trong vòng ba mươi ngày kể từ ngày Hội viên yêu cầu trọng tài phân xử, thì sẽ áp dụng biện pháp trong Phần 1281.6 trong California Code of Civil Procedure mà một bên có thể dùng để chọn trọng tài trung lập.

Ngoại trừ như quy định khác được mô tả trong phần này, “Trọng tài Phân xử Tranh chấp”, những điều khoản về Trọng tài phân xử trong Điều 11 Phần 3 của California Code of Civil Procedure, bao gồm Phần 1283.05 cho phép mở rộng cách giải quyết, sẽ được áp dụng cho tất cả những tranh chấp hoặc tranh cãi cần được phân xử giữa Hội viên và SFHP. Quyết định và phán quyết của trọng tài sẽ được đưa ra sớm nhất có thể sau khi nghe điều trần và xem đơn của các bên, nhưng không được quá ba mươi (30) ngày sau đó. Quyết định sẽ được lập thành văn bản, cho biết bên thắng kiện, số tiền phạt, những điều khoản phạt khác và lý do trả tiền phạt. Phán quyết về số tiền thắng kiện do trọng tài tuyên phạt có thể áp dụng cho các bên trong bất kỳ phiên tòa nào có thẩm quyền xét xử sự vụ đó. Trọng tài không được quyền phạt hay miễn trừ những thiệt hại. Mỗi bên đều phải tự chịu chi phí và phí luật sư riêng của mình.

Chi phí của trọng tài trung lập sẽ được chia đều cho Hội viên và SFHP, nhưng trong trường hợp quá khó khăn thì Chương trình bảo hiểm sẽ chịu tất cả các chi phí cho trọng tài trung lập. Hội viên có thể lấy mẫu đơn yêu cầu Chương trình bảo hiểm chịu tất cả chi phí cho trọng tài trung lập ở Dịch vụ Khách hàng. Nếu SFHP không đồng ý chịu tất cả chi phí cho trọng tài trung lập khi Hội viên có đơn xin cứu trợ thì trọng tài trung lập sẽ đưa ra quyết định.

Phải hiểu rằng các bên sẽ từ bỏ quyền hiến pháp của mình để nhờ tòa án pháp lý phân xử một sự tranh chấp trước bồi thẩm đoàn và thay vào đó sẽ chấp nhận sử dụng Trọng tài phân xử. Yêu cầu này không làm mất quyền của Hội viên khiếu kiện những thực hành sai về mặt y khoa trước phiên tòa có bồi thẩm đoàn.

17. Điều khoản Khác

A. Xem xét bởi Giám đốc Department of Managed Health Care

Nếu SFHP hủy hoặc từ chối gia hạn đăng ký cho quý vị và quý vị cảm thấy hành động đó là vì những lý do y tế hoặc cách sử dụng Quyền lợi, thì quý vị có thể yêu cầu Giám đốc Department of Managed Health Care xem xét bằng cách gọi số **1(800) 466-2219** hoặc **1(877) 688-9891** (TTY).

B. Tham gia Chính sách Công cộng

SFHP là Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe được tài trợ công cộng. Những cuộc họp của Ban Điều hành đều công khai. Chương trình bảo hiểm này đã thành lập Ủy ban Người thụ hưởng tư vấn cho Ban Điều hành để quyết định về các chính sách. Hai thành viên của ủy ban này cũng là thành viên của Ban Điều hành và một là thành viên của Ủy ban Cải thiện Chất lượng SFHP. Theo Health and Safety Code, Phần 1369, SFHP, khuyến khích Hội viên của mình tham gia vào những chính sách liên quan đến những việc do SFHP (và Nhân viên của SFHP) thực hiện để bảo đảm sự thoải mái, tôn trọng và sự tiện lợi của bệnh nhân, những người tin tưởng vào những cơ sở của Chương trình bảo hiểm để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho họ, gia đình họ và cộng đồng. Nếu muốn biết tên của các thành viên Ủy ban Người thụ hưởng và Ban Điều hành, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555.**

Nếu quý vị quan tâm đến việc tham gia trong tương lai, hãy liên lạc với Dịch vụ Khách hàng.

C. Không Nhượng quyền

Quyền lợi ở SFHP không thể chuyển nhượng cho người khác mà không được sự đồng ý bằng văn bản của SFHP.

D. Nhà thầu Độc lập

Những nhà cung cấp của SFHP không phải là nhân viên hoặc đại lý của SFHP, mà là những nhà thầu độc lập. SFHP thường giới thiệu Bác sĩ Chăm sóc Chính cung cấp dịch vụ cho Hội viên. Tuy nhiên, trong mọi trường hợp, SFHP sẽ không chịu trách nhiệm cho sự cẩu thả hay những hành động sai trái hoặc thiếu sót của bất kỳ người nào cung cấp dịch vụ cho quý vị, bao gồm Bác sĩ Chăm sóc Chính, Bệnh viện hay Nhà cung cấp dịch vụ khác hoặc nhân viên của họ.

E. Chăm sóc Liên tục bởi Nhà cung cấp dịch vụ đã Kết thúc

Hội viên đang điều trị Bệnh Cấp tính, Bệnh Mạn tính Nghiêm trọng, thai kỳ (bao gồm chăm sóc hậu sản và điều trị Sức khỏe Tâm thần cho sản phụ), bệnh giai đoạn cuối hoặc người có con từ sơ sinh đến 36 tháng hoặc người đã được ủy quyền từ bác sĩ hiện kết thúc hợp đồng cho phẫu thuật hoặc thủ thuật

khác trong quá trình chứng minh điều trị có thể yêu cầu tiếp tục dịch vụ bảo hiểm trong những trường hợp cụ thể với bác sĩ đã kết thúc. Nếu bác sĩ này không đồng ý chăm sóc theo thủ tục và chính sách của Chương trình bảo hiểm thì Hội viên sẽ không tiếp tục được chăm sóc sức khỏe. Hãy liên lạc với Dịch vụ Khách hàng để nhận thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện và quy trình yêu cầu chăm sóc liên tục từ nhà cung cấp dịch vụ đã kết thúc hợp đồng.

F. Chăm sóc Liên tục cho Hội viên Mới từ những Nhà cung cấp dịch vụ Ngoài Hợp đồng

Hội viên mới được bao trả đang điều trị Bệnh Cấp tính, Bệnh Mạn tính Nghiêm trọng, thai kỳ (kể cả chăm sóc hậu sản và điều trị sức khỏe tâm thần cho sản phụ), bệnh giai đoạn cuối, người có con từ sơ sinh đến 36 tháng hoặc người đã được Ủy quyền từ bác sĩ cho phẫu thuật hoặc thủ thuật khác trong quá trình chứng minh điều trị có thể yêu cầu tiếp tục dịch vụ bảo hiểm trong những trường hợp cụ thể với bác sĩ không có hợp đồng đang cung cấp dịch vụ cho Hội viên vào lúc bảo hiểm của Hội viên có hiệu lực theo Chương trình bảo hiểm này. Nếu bác sĩ này không đồng ý chăm sóc theo thủ tục và chính sách của Chương trình bảo hiểm thì Hội viên sẽ không tiếp tục được chăm sóc sức khỏe. Hãy liên lạc với Dịch vụ Khách hàng để nhận thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện cũng như chính sách và quy trình yêu cầu chăm sóc liên tục từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hợp đồng.

Hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** để biết thêm thông tin.

G. Thanh toán cho Nhà cung cấp dịch vụ

SFHP thường thanh toán cho các Nhóm Y khoa có hợp đồng và các Bệnh viện có hợp đồng theo phương pháp tính theo đầu người. Theo phương pháp này, mỗi Nhóm Y khoa và Bệnh viện của SFHP được thanh toán phí hàng tháng cố định cho Hội viên được chỉ định vào Nhóm Y khoa và Bệnh viện đó. Đổi lại, mỗi Nhóm Y khoa và Bệnh viện chấp nhận rủi ro về chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả theo hợp đồng với SFHP cho Hội viên được chỉ định. Theo luật, hợp đồng của chúng tôi với Nhóm Y khoa và Bệnh viện không cho phép họ thu tiền thanh toán từ Hội viên nếu SFHP không thanh toán cho Nhà cung cấp.

SFHP có thể có thỏa thuận về tiền thưởng với các Nhóm Y khoa hoặc Bệnh viện về chất lượng chăm sóc.

Bệnh viện có thể có thỏa thuận về tiền thưởng với các Nhóm Y khoa liên kết về chi phí chăm sóc. Theo những thỏa thuận về tiền thưởng này, Bệnh viện và Nhóm Y khoa đó có thể chia sẻ chi phí dịch vụ Bệnh viện và Nhóm Y khoa có thể được thưởng nếu chi phí dịch vụ thấp hơn số tiền đã định. SFHP không tham gia và không chịu trách nhiệm cho bất kỳ chi phí nào dựa trên các chương trình thưởng giữa Bệnh viện và Nhóm Y khoa.

Gọi cho SFHP theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555,** hoặc Bác sĩ Chăm sóc Chính hoặc Nhóm Y khoa của quý vị để biết thêm thông tin về việc thanh toán của Nhà cung cấp dịch vụ.

H. Bảo mật Thông tin Y tế

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ. THÔNG BÁO NÀY CŨNG MÔ TẢ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM KỸ THÔNG BÁO NÀY. TUYÊN BỐ MÔ TẢ CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC CỦA SFHP VỀ VIỆC LUÔN BẢO MẬT HỒ SƠ Y TẾ VÀ SẼ ĐƯỢC CUNG CẤP CHO QUÝ VỊ THEO YÊU CẦU.

Luật pháp yêu cầu San Francisco Health Plan (SFHP) phải bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về những cách bảo vệ sự riêng tư của chúng tôi liên quan đến thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị.

SFHP có thể dùng thông tin sức khỏe của quý vị để thanh toán dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cho phép bác sĩ của quý vị điều trị cho quý vị hoặc cho những hoạt động khác của SFHP. Quý vị có quyền yêu cầu một bản mô tả đầy đủ về những chính sách của chúng tôi để biết cách chúng tôi dùng thông tin của quý vị như thế nào. Quý vị cũng có quyền xem hồ sơ y tế của quý vị hoặc yêu cầu một giới hạn về việc sử dụng hay tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị, trừ những mục đích điều trị, thanh toán hoặc những hoạt động của SFHP. Hãy liên lạc với Viên chức Quyền riêng tư của SFHP để nộp đơn khiếu nại về việc Chương trình bảo hiểm sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị hoặc yêu cầu lấy bản sao về chính sách quyền riêng tư của chúng tôi.

San Francisco Health Plan và bác sĩ của họ không được phép cố tình chia sẻ, bán, dùng hoặc tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào không liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân mà không được sự cho phép của bệnh nhân đó, ngoại trừ trường hợp có yêu cầu của pháp luật. Mọi bác sĩ của SFHP xử lý hồ sơ y tế phải bảo đảm tính bảo mật của thông tin về bệnh nhân.

Dữ liệu bị cấm tiết lộ

- Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin y tế và thông tin cá nhân của quý vị về việc phá thai được yêu cầu bởi một trát đòi bồi thường hoặc yêu cầu khác dựa trên luật của một tiểu bang khác can thiệp vào các quyền của quý vị theo Reproductive Privacy Act.
- Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin y tế về trẻ em nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe khẳng định giới tính hoặc chăm sóc sức khỏe tâm thần khẳng định giới tính đối với bất kỳ vụ tố tụng dân sự nào, bao gồm cả trát đòi của nước ngoài.
- Chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin y tế cho các cá nhân hoặc tổ chức đã yêu cầu thông tin đó vì luật của tiểu bang khác cho phép tố tụng dân sự về việc trẻ em nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe khẳng định giới tính hoặc chăm sóc sức khỏe tâm thần khẳng định giới tính.

Để có mô tả đầy đủ về các quyền của quý vị đối với hồ sơ y tế bảo mật, bao gồm quyền được truy cập vào hồ sơ y tế của mình và lấy bản Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư, quý vị có thể liên lạc với San Francisco Health Plan theo số **1(415) 547-7800** (địa phương) hoặc **1(800) 288-5555** và chúng tôi sẽ gửi cho

quý vị một bản Thông báo về Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư.

I. Dịch vụ Nhạy cảm

Dịch vụ Nhạy cảm bao gồm các dịch vụ chăm sóc liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm cả HIV và AIDS), rối loạn do sử dụng dược chất, khám khẳng định giới tính và bạo lực bạn tình.

Quý vị không bắt buộc phải xin phép người khác để nhận các Dịch vụ Nhạy cảm hoặc gửi yêu cầu về các Dịch vụ Nhạy cảm nếu quý vị có quyền chấp thuận.

SFHP công nhận quyền tự quyết định của quý vị đối với thông tin y tế liên quan đến Dịch vụ Nhạy cảm của quý vị. SFHP sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến Dịch vụ Nhạy cảm cho bất kỳ người nào khác nếu không có văn bản cho phép của quý vị. SFHP sẽ không yêu cầu quý vị từ chối hoặc từ bỏ các quyền này để đăng ký vào Healthy Workers HMO hoặc được bao trả bảo hiểm theo chương trình Healthy Workers HMO.

Quý vị có thể yêu cầu SFHP liên lạc với quý vị về Dịch vụ Nhạy cảm theo cách khác với địa chỉ, số điện thoại hoặc email trong hồ sơ của quý vị. Xem phần “Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bảo mật” để biết thêm thông tin.

J. Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bảo mật

Quý vị có thể yêu cầu SFHP liên lạc với quý vị về dịch vụ nhạy cảm theo cách khác với địa chỉ, số điện thoại hoặc email trong hồ sơ của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo cách cụ thể (ví dụ: điện thoại nhà riêng hoặc văn phòng), qua địa chỉ email cụ thể hoặc gửi thư đến địa chỉ khác. Đây gọi là “yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật”.

SFHP sẽ đáp ứng yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật của quý vị nếu SFHP không gặp vấn đề gì khi cung cấp thông tin và thông báo theo cách thức và địa chỉ mà quý vị đã chỉ định. SFHP sẽ gửi những thông tin và thông báo sau đây theo hình thức mà quý vị chỉ định:

- Hóa đơn và biện pháp thu tiền thanh toán
- Thông báo quyết định bất lợi về quyền lợi (Thông báo Quyết định)
- Thông báo giải thích về quyền lợi bảo hiểm
- SFHP yêu cầu cung cấp thông tin bổ sung liên quan đến yêu cầu thanh toán bảo hiểm
- Thông báo về một yêu cầu thanh toán bảo hiểm bị tranh chấp
- Tên và địa chỉ của nhà cung cấp, mô tả dịch vụ được cung cấp và các thông tin khác liên quan đến buổi thăm khám
- Mọi thông tin liên lạc bằng văn bản, lời nói hoặc điện tử từ SFHP có chứa PHI

Nếu quý vị gửi yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật cho chúng tôi qua điện thoại hoặc phương thức điện tử thì SFHP sẽ bắt đầu liên lạc với quý vị theo cách thức và 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 thư bưu điện thì SFHP sẽ bắt đầu liên lạc với quý vị theo cách thức và địa

chỉ mà quý vị chỉ định trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được thư. Yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật sẽ có hiệu lực cho đến khi quý vị hủy bỏ hoặc gửi yêu cầu mới.

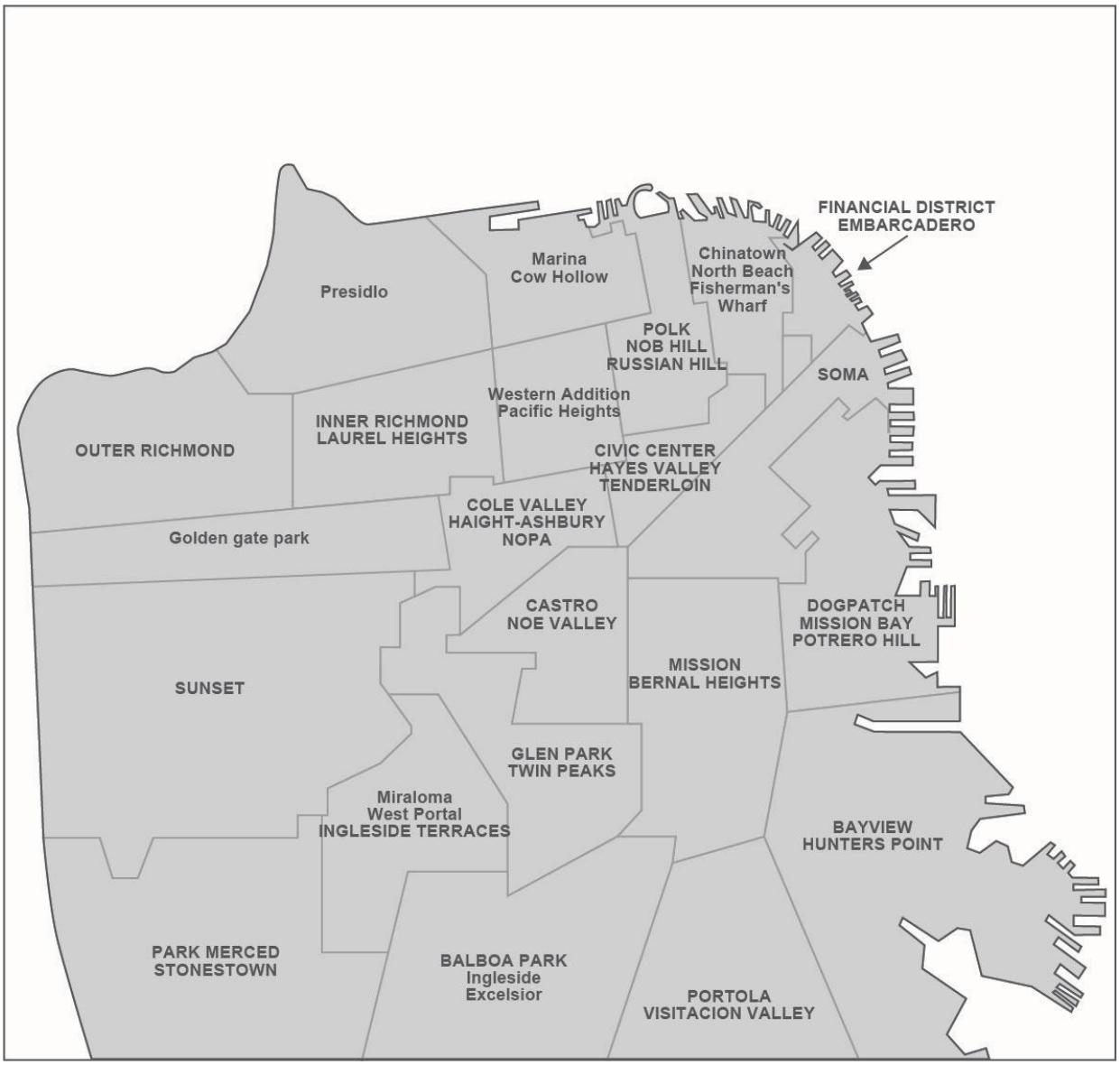
K. Tham gia Chương trình Quyền lợi

Theo các luật định của Chương trình, SFHP có quyền giải thích và diễn giải các điều khoản của Hợp đồng Bảo hiểm Sức khỏe và Bằng chứng Bảo hiểm này để xác định Quyền lợi của SFHP và để xác định tình trạng hội đủ điều kiện được nhận Quyền lợi theo Hợp đồng Bảo hiểm Sức khỏe và Bằng chứng Bảo hiểm này. SFHP sẽ thực hiện quyền này vì Quyền lợi của tất cả những người có quyền nhận Quyền lợi theo hợp đồng và Bằng chứng Bảo hiểm này.

L. Luật Áp dụng

SFHP tuân thủ các yêu cầu của California Knox-Keene Act, Chương 2.2 Phần 2 của California Health and Safety Code và những quy định trong điều 28 của California Code of Regulations. Bất kỳ điều khoản nào phải áp dụng trong chương trình Quyền lợi này theo Knox-Keene Act hoặc quy định này đều là bắt buộc với SFHP kể cả không ghi trong Bằng chứng Bảo hiểm này hoặc Thỏa thuận Nhóm giữa SFHP và Công ty.

M. Trường hợp Thiên tai, Gián đoạn và Giới hạn

Trong trường hợp có thiên tai hoặc những việc không lường trước khác vượt quá sự kiểm soát hợp lý của SFHP thì SFHP có thể không cung cấp dịch vụ cho Hội viên. Những ví dụ về lý do vượt quá sự kiểm soát của SFHP bao gồm thiên tai, chiến tranh, nổi loạn và tranh chấp lao động liên quan đến SFHP hoặc Chuyên gia Y tế, sự nổi dậy dân sự hoặc dịch bệnh khác. Trong trường hợp có thiên tai, Hội viên nên đến phòng cấp cứu gần nhất nếu tin rằng đang trong Tình trạng Khẩn cấp. SFHP sẽ hoàn trả những dịch vụ mà Hội viên đã nhận.

Các khu vực được SFHP Bảo hiểm