Ngày 1 tháng 1- Ngày 31 tháng 12 năm 2026

Chứng từ Bảo hiểm cho năm 2026:

Quyền lợi và Dịch vụ Y tế Medicare và Bảo hiểm Thuốc của Quý vị với tư cách là Thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc của quý vị từ ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 12 năm 2026. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Xin hãy cất giữ ở nơi an toàn.**

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

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

Nếu có thắc mắc về tài liệu này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. (Người dùng TTY xin gọi 711.) Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, giờ làm việc là từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (giờ Thái Bình Dương). Cuộc gọi này được miễn phí.

Chương trình này, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), do Providence Health Assurance cung cấp. (Khi *Chứng từ Bảo hiểm*này dùng từ "chúng tôi" hoặc "của chúng tôi" nghĩa là Providence Health Assurance. Khi dùng từ "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi," nghĩa là Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga, tiếng Trung giản thể, tiếng Ả Rập và tiếng Somali. Thông tin này có sẵn ở nhiều định dạng, bao gồm CD âm thanh, chữ in lớn và chữ nổi Braille.

Quyền lợi, khoản khấu trừ và/hoặc các tiền đồng trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.

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

OMB Phê duyệt 0938-1051 (Hết hạn: ngày 31 Tháng Tám, 2026)

Mục lục

Mục lục

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách thành viên 5

PHẦN 1 Quý vị là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 5

PHẦN 2 Các yêu cầu để hội đủ điều kiện của chương trình 6

PHẦN 3 Các tài liệu quan trọng về tư cách thành viên 8

PHẦN 4 Tóm tắt các chi phí quan trọng 11

PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình 15

PHẦN 6 Hãy luôn cập nhật hồ sơ thành viên chương trình của quý vị 16

PHẦN 7 Cách các bảo hiểm khác làm việc với chương trình của chúng tôi 17

CHƯƠNG 2: Các số điện thoại và nguồn lực 19

PHẦN 1 Thông tin liên hệ của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 19

PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare 24

PHẦN 3 Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) 25

PHẦN 4 Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) 26

PHẦN 5 An sinh Xã hội 27

PHẦN 6 Medicaid 28

PHẦN 7 Các chương trình giúp chi trả chi phí thuốc kê toa 30

PHẦN 8 Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB) 33

PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm theo nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động không 33

PHẦN 10 Nhận trợ giúp từ Cơ quan Kết nối Người cao tuổi và Người khuyết tật Oregon (ADRC) 34

CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế của quý vị 35

PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là thành viên của chương trình 35

PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế 37

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ trong trường hợp cấp cứu, thảm họa hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp 42

PHẦN 4 Sẽ thế nào nếu quý vị đã thanh toán trực tiếp toàn bộ chi phí cho các dịch vụ được đài thọ 44

PHẦN 5 Các dịch vụ y tế trong một nghiên cứu lâm sàng 45

Mục lục

PHẦN 6 Quy tắc nhận chăm sóc trong tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo....47
PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền 48

CHƯƠNG 4: Bảng Quyền lợi Y tế (những dịch vụ được đài thọ)....51

PHẦN 1 Hiểu rõ về dịch vụ được đài thọ 51
PHẦN 2 Bảng Quyền lợi Y tế thể hiện các quyền lợi và chi phí y tế của quý vị 52
PHẦN 3 Các dịch vụ được đài thọ bên ngoài Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)? 122
PHẦN 4 Những dịch vụ nào không được chương trình đài thọ? 122

CHƯƠNG 5: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc Phần D 128

PHẦN 1 Các quy tắc cơ bản về bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình....128
PHẦN 2 Mua thuốc kê toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình 129
PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần có trong Danh sách Thuốc của chương trình 133
PHẦN 4 Các loại thuốc bị hạn chế về bảo hiểm 135
PHẦN 5 Những gì quý vị có thể làm nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ như mong muốn....136
PHẦN 6 Danh sách Thuốc có thể thay đổi trong năm 138
PHẦN 7 Những loại thuốc chúng tôi không đài thọ 141
PHẦN 8 Cách mua thuốc kê toa....142
PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt....142
PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc....144

CHƯƠNG 6: Những chi phí quý vị trả cho thuốc Phần D 147

PHẦN 1 Những chi phí quý vị trả cho thuốc Phần D 147
PHẦN 2 Các giai đoạn thanh toán thuốc cho thành viên Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 149
PHẦN 3 Bảng *Giải thích Quyền lợi Phần D* giải thích quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào....150
PHẦN 4 Không có khoản khấu trừ cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 151
PHẦN 5 Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu 152
PHẦN 6 Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương 155
PHẦN 7 Thông tin quyền lợi bổ sung....156
PHẦN 8 Những chi phí quý vị trả cho vắc-xin Phần D 156

Mục lục

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi chi trả phần của mình cho hóa đơn dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ 159

PHẦN 1 Các tình huống quý vị nên yêu cầu chúng tôi chi trả phần của mình cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ 159

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được 162

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đưa ra quyết định đồng ý hay không 163

CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị 164

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị 164

PHẦN 2 Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình 176

CHƯƠNG 9: Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại) 178

PHẦN 1 Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc quan ngại 178

PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân hóa 179

PHẦN 3 Nên sử dụng quy trình nào cho vấn đề của quý vị 180

PHẦN 4 Xử lý vấn đề về đến quyền lợi của Medicare 181

PHẦN 5 Hướng dẫn về các quyết định bảo hiểm và kháng cáo 181

PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo 185

PHẦN 7 Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo 194

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm 204

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm 209

PHẦN 10 Đưa kháng cáo của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5 214

PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác 217

PHẦN 12 Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Medicare 220

CHƯƠNG 10: Chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi....224

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 224

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi? 224

Mục lục

PHẦN 3 Cách để quý vị chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi 228
PHẦN 4 Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi 229
PHẦN 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong những trường hợp nhất định 230

CHƯƠNG 11: Thông báo pháp lý 233

PHẦN 1 Thông báo về luật quản lý 233
PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử....233
PHẦN 3 Thông báo về quyền đại diện của Bên Thanh toán Phụ Medicare....234
PHẦN 4 Thông báo về Các trường hợp Bất thường....234
PHẦN 5 Trách nhiệm của Bên Thứ ba....234

CHƯƠNG 12: Các định nghĩa 238

CHƯƠNG 1:
Bắt đầu với tư cách thành viên

PHẦN 1 Quý vị là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

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

Quý vị được đài thọ bởi cả Medicare và Medicaid:

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

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

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

Vì quý vị có cả bảo hiểm Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) và Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị không phải tự trả bất cứ chi phí nào cho hầu hết các dịch vụ. Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ chi trả khoản khấu trừ cho quý vị. Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ chi trả khoản chia sẻ chi phí cho hầu hết thành viên cho hầu hết các dịch vụ. Trước khi nhận dịch vụ hoặc thanh toán chi phí tự trả, vui lòng kiểm tra với với Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon

Health Plan (Medicaid) của quý vị để đảm bảo rằng dịch vụ đó được đài thọ. Trong Bảng Quyền lợi ở Chương 4, chi phí chia sẻ được liệt kê là $0 vì đó thường là khoản tiền quý vị sẽ phải trả. Oregon Health Plan (Medicaid) cũng cung cấp cho quý vị các quyền lợi khác thông qua việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chăm sóc dài hạn và thuốc kê toa mà Medicare thường không đài thọ. Quý vị cũng sẽ nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để chi trả chi phí thuốc Medicare của mình. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ giúp quý vị quản lý tất cả các quyền lợi này để quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ thanh toán mà quý vị được quyền thụ hưởng.

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

Phần 1.2 Thông tin pháp lý về *Chứng từ Bảo hiểm*

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

Hợp đồng này có hiệu lực trong những tháng mà quý vị ghi danh vào Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), từ ngày 1 tháng 1 năm 2026 đến ngày 31 tháng 12 năm 2026.

Medicare cho phép chúng tôi thực hiện thay đổi đối với các chương trình mà chúng tôi cung cấp mỗi năm dương lịch. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi chi phí và quyền lợi của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sau ngày 31 tháng 12 năm 2026. Chúng tôi cũng có thể chọn ngừng cung cấp chương trình trong khu vực dịch vụ của quý vị, sau ngày 31 tháng 12 năm 2026.

Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) và Oregon Health Plan (Medicaid) phải phê duyệt Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare mỗi năm với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi, miễn là chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình và Medicare cùng Oregon Health Plan (Medicaid) gia hạn phê duyệt chương trình của chúng tôi.

PHẦN 2 Các yêu cầu để hội đủ điều kiện của chương trình

Phần 2.1 Các yêu cầu để hội đủ điều kiện

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

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

Tiêu chí tham gia đặc biệt của chương trình

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

Lưu ý: Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nhưng vẫn có khả năng hội đủ điều kiện hợp lý trong vòng một tháng, thì quý vị vẫn hội đủ điều kiện để trở thành thành viên. Chương 4, Phần 2 cho quý vị biết về bảo hiểm và việc chia sẻ chi phí trong giai đoạn được coi là hội đủ điều kiện tiếp tục.

Phần 2.2 Medicaid

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

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

- **Người thụ hưởng Medicare Đủ điều kiện và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và tiền đồng trả) cho những người cũng hội đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Người thụ hưởng Medicare Có Thu nhập Thấp Ấn định và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B cho những người cũng hội đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) cũng như khoản chia sẻ chi phí cho các quyền lợi mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Phần 2.3 Khu vực dịch vụ của chương trình áp dụng cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

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

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau ở Oregon: Clackamas, Multnomah và Washington.

Nếu quý vị dự định chuyển đến một tiểu bang mới, quý vị cũng nên liên hệ với văn phòng Medicaid của tiểu bang đó và hỏi việc di chuyển này sẽ ảnh hưởng như thế nào đến quyền lợi Medicaid của quý vị. Số điện thoại của Medicaid có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này.

Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là thành viên của chương trình này.) Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để xem liệu chúng tôi có chương trình nào ở khu vực mới của quý vị hay không . Khi quý vị chuyển đi, quý vị sẽ có Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt để chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình y tế hoặc thuốc Medicare ở địa điểm mới của mình.

Nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư, việc gọi cho An sinh Xã hội cũng rất quan trọng: Hãy gọi cho An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi 1-800-325-0778).

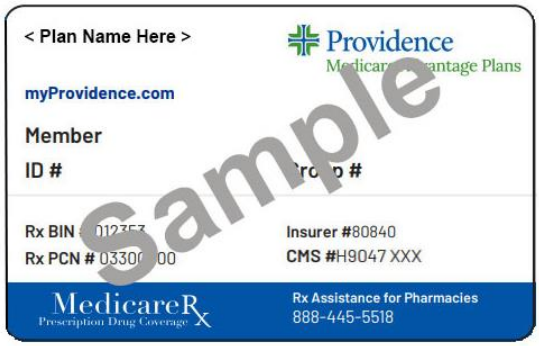
Phần 2.4 Công dân Hoa Kỳ hoặc người cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ để trở thành thành viên của một chương trình y tế Medicare. Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) nếu quý vị không hội đủ điều kiện để duy trì tư cách thành viên của chương trình chúng tôi trên cơ sở này. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này, .

PHẦN 3 Các tài liệu quan trọng về tư cách thành viên

Phần 3.1 Thẻ thành viên của chương trình

Quý vị hãy sử dụng thẻ thành viên của mình bất cứ khi nào quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ bởi chương trình và đối với các loại thuốc kê toa mà quý vị nhận tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng phải xuất trình thẻ Medicaid của mình cho nhà cung cấp. Mẫu thẻ thành viên:



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

Nếu thẻ thành viên của chương trình bị hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Phần 3.2 Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp

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

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

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

Danh mục *Nhà thuốc và Nhà cung cấp* liệt kê các nhà thuốc hiện có trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà thuốc trong mạng lưới** là các nhà thuốc đồng ý cung cấp đơn thuốc được đài thọ cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh mục Nhà thuốc và Nhà cung cấp* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà mình muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị không có *Danh mục Nhà cung cấp dịch vụ và Nhà thuốc*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao (bản điện tử hoặc bản cứng) từ Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711). Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Chúng tôi sẽ gửi bản cứng Danh mục Nhà cung cấp theo yêu cầu qua bưu điện cho quý vị trong vòng 3 ngày làm việc.

Quý vị có thể nhận danh sách nhà cung cấp dịch vụ và nhà cung cấp mới nhất trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Phần 3.3 Danh sách Thuốc (danh mục thuốc)

Chương trình có một Danh sách Thuốc Được đài thọ (còn được gọi là danh mục thuốc). Danh sách này cho biết loại thuốc kê toa Phần D nào được đài thọ theo quyền lợi Phần D có trong Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình của chúng tôi lựa chọn, với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách Thuốc phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Các loại thuốc có giá được thương lượng theo Chương trình Thương lượng Giá Thuốc Medicare sẽ có trong Danh sách Thuốc của quý vị trừ khi chúng đã bị xóa và thay thế như được mô tả trong Chương 5, Phần 6. Medicare đã phê duyệt Danh sách Thuốc của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Danh sách Thuốc cũng cho biết các quy tắc giới hạn bảo hiểm cho một loại thuốc.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao Danh sách Thuốc. Để có được thông tin đầy đủ và cập nhật mới nhất về những loại thuốc nào được đài thọ, hãy truy cập (www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary) hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

PHẦN 4 Tóm tắt các chi phí quan trọng

	Chi phí của Quý vị trong năm 2026
Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình* * Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này . Xem Phần 4.1 để biết chi tiết.	**$0**
Số tiền tự trả tối đa Đây là <u>số tiền lớn nhất</u> mà quý vị sẽ phải tự trả cho các dịch vụ được đài thọ . (Xem Chương 4 Phần 1 để biết chi tiết.)	**$9,250** **Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.**
Khám tại văn phòng chăm sóc chính	**$0 mỗi lần khám**
Khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa	**$0 mỗi lần khám**
Nằm viện nội trú	**$0 mỗi lần khám**
Khoản khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D (Xem Chương 6 Phần 4 để biết chi tiết.)	**Khoản khấu trừ: $0**
Bảo hiểm thuốc Phần D (Xem Chương 6 để biết chi tiết, bao gồm Khoản khấu trừ Hàng năm, Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.)	**Tiền đồng trả/Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu:** • **Đối với thuốc gốc, quý vị sẽ trả tiền đồng trả là $0, $1.60 hoặc $5.10 cho mỗi đơn thuốc.** • **Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ trả tiền đồng trả là $0, $4.90 hoặc $12.65 cho mỗi đơn thuốc.** **Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương:** **Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Phần D được đài thọ.**

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

- Phí bảo hiểm Chương trình (Phần 4.1)
- Phí bảo hiểm Medicare Phần B Hàng tháng (Phần 4.2)
- Tiền phạt Ghi danh Trễ Phần D (Phần 4.3)
- Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (Phần 4.4)
- Số tiền Thanh toán theo Chương trình Thuốc kê toa Medicare (Phần 4.5)

Phần 4.1 Phí bảo hiểm chương trình

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

Nếu quý vị *đã* nhận được trợ giúp từ một trong các chương trình này, **thông tin về phí bảo hiểm trong *Chứng từ Bảo hiểm* này không áp dụng cho quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tài liệu riêng, được gọi là *Phụ lục Chứng từ Bảo hiểm cho Những người Nhận Trợ giúp Bổ sung để Chi trả Chi phí Thuốc kê toa* (còn gọi là *Phụ lục Trợ cấp cho Thu nhập Thấp* hoặc *Phụ lục LIS*), tài liệu này cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của mình bằng cách nào. Nếu quý vị không có phụ trang này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu *Phụ lục LIS.*

Phần 4.2 Phí bảo hiểm Medicare Phần B Hàng tháng

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

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

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

Phần 4.3 Tiền phạt Ghi danh Trễ Phần D

Vì quý vị hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi kép nên Tiền phạt Ghi danh Trễ (Late Enrollment Penalty, LEP) sẽ không áp dụng với quý vị miễn là quý vị vẫn duy trì trạng thái hội đủ điều kiện kép này. Nếu không còn trạng thái này, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh trễ Phần D là một khoản phí bảo hiểm bổ sung phải được trả cho bảo hiểm Phần D nếu tại bất kỳ thời điểm nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu của quý vị kết thúc, có một giai đoạn từ 63 ngày trở lên liên tục mà quý vị không có bảo

hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc đáng tin cậy khác. Bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy là bảo hiểm đáp ứng tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì dự kiến số tiền thanh toán trung bình ít nhất sẽ bằng với bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Chi phí tiền phạt ghi danh trễ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác. Quý vị phải thanh toán tiền phạt này trong thời gian quý vị có bảo hiểm Phần D.

Quý vị **không** phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu:

- Quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để giúp chi trả chi phí thuốc của mình.
- Quý vị đã không có bảo hiểm đáng tin cậy liên tục trong vòng chưa đầy 63 ngày.
- Quý vị có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy thông qua nguồn khác (như chủ lao động cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Cơ quan Quản lý Y tế Cựu chiến binh (VA). Công ty bảo hiểm hoặc bộ phận nhân sự hàng năm sẽ thông báo cho quý vị biết bảo hiểm thuốc của quý vị có thuộc loại bảo hiểm đáng tin cậy hay không. Quý vị có thể nhận được thông tin này trong một lá thư hoặc bản tin từ chương trình đó. Hãy lưu giữ thông tin này, vì quý vị có thể sẽ cần đến khi tham gia chương trình thuốc Medicare sau này.

    - **Lưu ý:** Bất kỳ lá thư hoặc thông báo nào phải nêu rõ rằng quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy được dự kiến sẽ chi trả bằng với mức chi trả của chương trình thuốc tiêu chuẩn của Medicare**.**
    - **Lưu ý:** Thẻ giảm giá thuốc kê toa, phòng khám miễn phí và các trang web giảm giá thuốc không phải là bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy.

Medicare xác định số tiền của khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần D. Đây là cách tính số tiền phạt:

- Trước tiên, chương trình sẽ tính số tháng trọn vẹn mà quý vị chậm ghi danh một chương trình thuốc Medicare, sau khi quý vị đã đủ điều kiện ghi danh. Nếu không, chương trình sẽ tính số tháng trọn vẹn mà quý vị không có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy, nếu thời gian gián đoạn bảo hiểm là 63 ngày trở lên. Mức phạt là 1% cho mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy. Ví dụ: nếu quý vị trải qua 14 tháng không có bảo hiểm, mức phạt sẽ là 14%.
- Sau đó, Medicare xác định số tiền phí bảo hiểm trung bình hàng tháng cho các chương trình thuốc Medicare trong quốc gia từ năm trước đó (phí bảo hiểm cơ sở của người thụ hưởng quốc gia). Năm 2025, mức phí bảo hiểm trung bình này là $36.78. Số tiền này có thể thay đổi vào năm 2026.
- Để tính khoản phạt hàng tháng của quý vị, hãy nhân mức phạt với phí bảo hiểm cơ sở của người thụ hưởng quốc gia và làm tròn đến 10 cent gần nhất. Trong ví dụ này, tiền phạt sẽ là 14% nhân với $36.78 bằng $5.149. Con số này được làm tròn thành $5.10. Số tiền này sẽ được cộng **vào phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình đối với một số thành viên phải chịu tiền phạt ghi danh trễ Phần D**.

Ba điều quan trọng cần biết về khoản phạt ghi danh trễ Phần D hằng tháng:

- **Khoản phạt có thể thay đổi mỗi năm,** vì phí bảo hiểm cơ sở của người thụ hưởng quốc gia có thể thay đổi hàng năm.
- **Quý vị sẽ tiếp tục trả tiền phạt** mỗi tháng trong thời gian tham gia một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Nếu quý vị *dưới* 65 tuổi và ghi danh vào Medicare, khoản phạt ghi danh trễ Phần D sẽ được đặt lại khi quý vị bước sang tuổi 65. Sau 65 tuổi, tiền phạt ghi danh trễ Phần D của quý vị sẽ chỉ được tính dựa trên những tháng mà quý vị không có bảo hiểm sau giai đoạn ghi danh ban đầu khi đủ tuổi tham gia Medicare.

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

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

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

Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện tham gia chương trình này do thay đổi về thu nhập, một số thành viên có thể được yêu cầu trả thêm phí cho chương trình Medicare của họ, được gọi là Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) của Phần D. Khoản phí bổ sung này được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị trong 2 năm trước. Nếu số tiền này cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải thanh toán số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và phí bổ sung IRMAA. Để biết thêm thông tin về số tiền bổ sung mà quý vị có thể phải thanh toán dựa trên thu nhập của mình, vui lòng truy cập www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Nếu quý vị phải trả một khoản IRMAA bổ sung, An sinh Xã hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo về khoản tiền bổ sung đó. Số tiền bổ sung sẽ được khấu trừ vào chi phiếu quyền lợi của An sinh Xã hội, Ban Hưu trí Ngành đường sắt hoặc Văn phòng Quản lý Nhân sự, bất kể quý vị thường thanh toán phí bảo hiểm theo cách nào, trừ khi quyền lợi hàng tháng của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung còn nợ. Nếu chi phiếu quyền lợi của quý vị không đủ để đài thọ số tiền bổ sung, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải trả khoản IRMAA bổ sung cho chính phủ. Tiền này không thể thanh toán chung với phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị không trả khoản IRMAA bổ sung, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và mất bảo hiểm thuốc kê toa.**

Nếu quý vị không đồng ý về việc trả một khoản IRMAA bổ sung, quý vị có thể yêu cầu An sinh Xã hội xem xét lại quyết định. Để biết cách thực hiện việc này, hãy gọi cho An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi 1-800-325-0778).

Phần 4.5 Số tiền Thanh toán Chương trình Thuốc kê toa Medicare

Nếu quý vị tham gia vào Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare, mỗi tháng quý vị sẽ trả phí bảo hiểm chương trình của chúng tôi (nếu có) và quý vị sẽ nhận được một hóa đơn từ chương trình y tế hoặc thuốc của quý vị cho thuốc kê toa của mình (thay vì thanh toán tại nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng của quý vị dựa trên số tiền quý vị nợ cho bất kỳ đơn thuốc nào quý vị nhận, cộng với số dư của tháng trước, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2, Phần 7 sẽ cho biết thêm về Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare. Nếu quý vị không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn như một phần của tùy chọn thanh toán này, quý vị có thể làm theo các bước trong Chương 9 để đưa ra khiếu nại hoặc kháng cáo.

PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình

Phần 5.1 Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của chúng tôi sẽ không thay đổi trong năm

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

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể dừng trả tiền phạt ghi danh trễ, nếu quý vị nợ khoản đó, hoặc quý vị có thể cần bắt đầu trả tiền phạt ghi danh trễ. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung hoặc không còn hội đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung trong năm.

- Nếu quý vị hiện đang thanh toán tiền phạt ghi danh trễ Phần D và hội đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung trong năm, quý vị sẽ có thể dừng trả tiền phạt của mình.
- Nếu bị mất quyền nhận Trợ giúp Bổ sung, quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh trễ khi không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác trong 63 ngày trở lên.

Tìm hiểu thêm về Trợ giúp Bổ sung trong Chương 2, Phần 7.

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

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

Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi **sử dụng hồ sơ thành viên của quý vị để biết những dịch vụ và thuốc nào được đài thọ cũng như số tiền chia sẻ chi phí của quý vị**. Do đó, quý vị nhất thiết phải luôn cập nhật thông tin của quý vị cho chúng tôi.

Nếu quý vị có bất kỳ thay đổi nào sau đây, xin hãy thông báo cho chúng tôi:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi trong bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác quý vị có (chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng hoặc người phối ngẫu, bồi thường cho người lao động hoặc Oregon Health Plan (Medicaid))
- Bất kỳ yêu cầu trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như khiếu nại do tai nạn ô tô
- Khi quý vị được nhận vào viện dưỡng lão
- Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu nằm ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thay đổi bên chịu trách nhiệm được chỉ định (chẳng hạn như người chăm sóc)
- Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chương trình của mình biết về nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị nên làm như vậy.)

Nếu bất kỳ thông tin nào trong số này thay đổi, xin hãy cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

Một điểm quan trọng nữa là hãy liên hệ với An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Hãy gọi cho An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi 1-800-325-0778).

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

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

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

Một lần mỗi năm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư liệt kê các bảo hiểm y tế hoặc thuốc khác mà chúng tôi biết. Xin quý vị đọc kỹ thông tin này. Nếu thông tin chính xác, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu thông tin không chính xác, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711). Quý vị có thể cần cung cấp số ID thành viên của chương trình chúng tôi cho các công ty bảo hiểm khác của mình (sau khi quý vị xác nhận danh tính của họ) để hóa đơn của quý vị được thanh toán chính xác và đúng hạn.

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

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

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

- Nếu quý vị có Medicare do mắc ESRD, thì chương trình y tế theo nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện nhận Medicare.

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

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

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

CHƯƠNG 2:
Các số điện thoại và nguồn lực

PHẦN 1 Thông tin liên hệ của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

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

Dịch vụ Khách hàng – Thông tin Liên hệ	
Gọi	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) cũng có dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
Fax	503-574-8608
Gửi thư	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
Trang web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

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

Một quyết định bảo hiểm là quyết định của chúng tôi về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D của quý vị. Một kháng cáo là một cách thức chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi một quyết định bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D, vui lòng xem Chương 9.

Quyết định Bảo hiểm về Chăm sóc Y tế– Thông tin Liên hệ	
Gọi	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
TTY	711 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
Fax	503-574-6464 hoặc 1-800-989-7479
Gửi thư	Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327
Trang web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Quyết định Bảo hiểm cho Thuốc Phần D – Thông tin Liên hệ	
Gọi	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
TTY	711 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
Fax	503-574-8646 hoặc 1-800-249-7714
Gửi thư	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
Trang web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Kháng cáo về Chăm sóc Y tế và/hoặc Thuốc Phần D – Thông tin Liên hệ	
Gọi	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
TTY	711 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).

Kháng cáo về Chăm sóc Y tế và/hoặc Thuốc Phần D – Thông tin Liên hệ	
Fax	503-574-8757 hoặc 1-800-396-4778
Gửi thư	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
Trang web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Cách thức gửi khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế và/hoặc thuốc Phần D của quý vị

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

Khiếu nại về Chăm sóc Y tế và/hoặc Thuốc Phần D – Thông tin Liên hệ	
Gọi	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
TTY	711 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
Fax	503-574-8757 hoặc 1-800-396-4778
Gửi thư	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158

Khiếu nại về Chăm sóc Y tế và/hoặc Thuốc Phần D – Thông tin Liên hệ	
Medicare Trang web	Để gửi khiếu nại về Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) trực tiếp cho Medicare, vui lòng truy cập www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

Nếu quý vị nhận được hóa đơn hoặc đã thanh toán cho các dịch vụ (như hóa đơn của nhà cung cấp) mà quý vị nghĩ chúng tôi nên chi trả, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn của nhà cung cấp. Vui lòng xem Chương 7 để biết thêm thông tin.

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

Nếu quý vị gửi yêu cầu thanh toán và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu đó, thì quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Vui lòng xem Chương 9 để biết thêm thông tin.

Yêu cầu Thanh toán – Thông tin Liên hệ	
Gọi	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
TTY	711 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).

Yêu cầu Thanh toán – Thông tin Liên hệ		
Fax	**Đối với Yêu cầu thanh toán Y tế** 503-574-8627	**Đối với Yêu cầu thanh toán Thuốc Phần D** 503-574-8646
Gửi thư	**Đối với Yêu cầu thanh toán Y tế** Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	**Đối với Yêu cầu thanh toán Thuốc Phần D** Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
Trang web	www.ProvidenceHealthAssurance.com	

PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare

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

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, trong đó có chúng tôi.

Medicare – Thông tin Liên hệ	
Gọi	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại chuyên dụng và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí.
Trò chuyện Trực tiếp	Trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Gửi thư	Gửi thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare – Thông tin Liên hệ	
Trang web	www.Medicare.gov • Nhận thông tin về các chương trình y tế và thuốc Medicare trong khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và các dịch vụ mà các chương trình này cung cấp. • Tìm bác sĩ hoặc các nhà cung cấp vật tư và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tham gia Medicare. • Tìm hiểu những dịch vụ Medicare đài thọ, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như sàng lọc, tiêm chủng hoặc vắc xin và khám "Sức khỏe" hàng năm). • Nhận thông tin và các biểu mẫu kháng cáo của Medicare. • Nhận thông tin về chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện điều dưỡng, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, trung tâm chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn. • Tìm kiếm các trang web và số điện thoại hữu ích. Quý vị cũng có thể truy cập www.Medicare.gov để gửi bất kỳ khiếu nại nào về Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) cho Medicare: **Để nộp đơn khiếu nại cho Medicare,** hãy truy cập www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare xem xét các khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

PHẦN 3 Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) là một chương trình của chính phủ với các cố vấn được đào tạo ở mỗi tiểu bang, cung cấp trợ giúp, thông tin và giải đáp miễn phí cho các câu hỏi của quý vị về Medicare. Tại Oregon, SHIP được gọi là chương trình Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Cho Người cao tuổi (SHIBA).

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

Các chuyên viên tư vấn của SHIBA có thể giúp quý vị hiểu các quyền lợi Medicare của mình, gửi khiếu nại về dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế của quý vị và giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare của quý vị.

Chuyên viên tư vấn của SHIBA cũng có thể giúp quý vị giải đáp các câu hỏi hoặc vấn đề về Medicare và giúp quý vị hiểu rõ các lựa chọn chương trình Medicare của mình, cũng như trả lời các câu hỏi về việc thay đổi chương trình.

Phương thức	Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế cho Người cao tuổi (Oregon SHIP) – Thông tin Liên hệ
Gọi	1-800-722-4134
TTY	711
Gửi thư	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Email: shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
Trang web	www.shiba.oregon.gov

PHẦN 4 Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO)

Một Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) được chỉ định phục vụ những người tham gia Medicare ở mỗi tiểu bang. Tại Oregon, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là Acentra Health.

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

Hãy liên hệ với Acentra Health trong bất kỳ trường hợp sau đây: nào sau đây:

- Quý vị có khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà mình nhận được. Ví dụ về các quan ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc bao gồm việc dùng sai thuốc, các xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết, hoặc chẩn đoán sai.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho thời gian nằm viện của mình kết thúc quá sớm.
- Quý vị nghĩ rằng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) của quý vị kết thúc quá sớm.

Acentra Health (Tổ chức Cải thiện Chất lượng của Oregon) – Thông tin Liên hệ	
Gọi	1-888-305-6759 (miễn phí cho dịch vụ chăm) Các ngày trong tuần: 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Cuối tuần và Ngày lễ: 10 giờ sáng đến 4 giờ chiều. Quý vị cũng có thể để lại tin nhắn theo số điện thoại miễn phí này 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.
Fax	1-844-878-7921 (miễn phí)
TTY	711
Gửi thư	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Trang web	https://www.acentraqio.com/

PHẦN 5 An sinh Xã hội

An sinh xã hội xác định điều kiện hội đủ của Medicare và xử lý việc ghi danh Medicare. An sinh Xã hội cũng chịu trách nhiệm xác định ai phải trả khoản tiền bổ sung cho bảo hiểm thuốc Phần D của họ vì có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ An sinh Xã hội cho biết quý vị phải trả khoản tiền bổ sung này và thắc mắc về số tiền đó hoặc nếu thu nhập của quý vị giảm xuống do một biến cố thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho An sinh Xã hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư, hãy liên hệ với An sinh xã hội để thông báo cho họ.

An sinh xã hội– Thông tin Liên hệ	
Gọi	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Hoạt động từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sử dụng các dịch vụ điện thoại tự động của An sinh Xã hội để nhận thông tin đã được ghi lại và thực hiện một số giao dịch 24 giờ một ngày.

An sinh xã hội– Thông tin Liên hệ	
TTY	1-800-325-0778 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại chuyên dụng và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Hoạt động từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
Trang web	www.SSA.gov

Phần 6 Medicaid

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

- **Người thụ hưởng Medicare Đủ điều kiện và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và tiền đồng trả) cho những người cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Người thụ hưởng Medicare Có Thu nhập Thấp Ấn định và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B cho những người cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) cũng như khoản chia sẻ chi phí cho các quyền lợi mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Providence Health Assurance phục vụ các thành viên của Oregon Health Plan (Medicaid) theo Tổ chức Điều phối Chăm sóc, Health Share of Oregon. Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các quyền lợi chăm sóc sức khỏe thể chất tùy thuộc vào những giới hạn trong Danh sách Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Ưu tiên. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập www.healthshareoregon.org hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi.

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

Oregon Health Plan (Medicaid) – Thông tin Liên hệ	
Gọi	1-800-273-0557 Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (Giờ Thái Bình Dương), Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Oregon Health Plan (Medicaid) – Thông tin Liên hệ	
TTY	711
Gửi thư	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
Trang web	www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx

Văn phòng Hỗ trợ của Thống đốc (GAO) thuộc Sở Dịch vụ Nhân sinh Oregon giúp những người ghi danh vào Oregon Health Plan (Medicaid) giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán hóa đơn. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn kháng cáo hoặc khiếu nại chương trình của chúng tôi.

Văn phòng Hỗ trợ của Thống đốc Oregon(GAO) - Sở Dịch vụ Nhân sinh (GAO) – Thông tin Liên hệ	
Gọi	1-800-442-5238 hoặc 503-945-6904 Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (Giờ Thái Bình Dương), Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	711
Gửi thư	Oregon Department of Human Services Governor's Advocacy Office 500 Summer St. NE, E-17 Salem, OR 97310 Email: gao.info@odhs.oregon.gov
Trang web	www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx

Văn phòng Thanh tra Dịch vụ Chăm sóc Dài hạn của Oregon giúp mọi người nắm được thông tin về các viện điều dưỡng cũng như giải quyết vấn đề giữa viện điều dưỡng và cư dân hoặc gia đình cư dân.

Thanh tra Chăm sóc Dài hạn Oregon – Thông tin Liên hệ	
Gọi	1-800-522-2602 hoặc 503-378-6533 Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (Giờ Thái Bình Dương), Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	711

Thanh tra Chăm sóc Dài hạn Oregon – Thông tin Liên hệ	
Gửi thư	Oregon Long-Term Care Ombudsman 830 D. St NE Salem, OR 97301 Email: ltco.info@rights.oregon.gov
Trang web	www.oltco.org/

PHẦN 7 Các chương trình giúp chi trả chi phí thuốc kê toa

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

Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid, quý vị đủ điều kiện và nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để chi trả các chi phí chương trình thuốc kê toa của mình. Quý vị không cần làm thêm bất kỳ điều gì để nhận Trợ giúp Bổ sung này.

Nếu quý vị có câu hỏi về Trợ giúp Bổ sung, hãy gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048
- Văn phòng An sinh xã hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY gọi 1-800-325-0778; hoặc
- Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị theo số 1-800-273-0557.

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

- Vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị cho rằng mình đang thanh toán khoản chia sẻ chi phí không hợp lý. Chúng tôi có thể xác nhận bảo hiểm hiện tại của quý vị và liệu Trợ giúp Bổ sung của quý vị có đang được áp dụng đúng cho quyền lợi của quý vị hay không. Nếu quý vị không đồng ý với kết quả của chúng tôi, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp một trong những giấy tờ sau để xác minh việc quý vị đang nhận Trợ cấp Thu nhập Thấp:
    - Một bản sao thẻ Oregon Health Plan (Medicaid) có tên của quý vị và ngày hội đủ điều kiện trong tháng sau tháng 6 của năm trước;
    - Một bản sao văn bản của tiểu bang xác nhận trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) đang hoạt động trong tháng sau tháng 6 của năm trước;

  - Một bản in từ hồ sơ ghi danh điện tử của Tiểu bang cho thấy trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) trong tháng sau tháng 6 của năm trước;
  - Một bản in ảnh chụp màn hình từ Hệ thống Oregon Health Plan (Medicaid) của Tiểu bang cho thấy trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) trong tháng sau tháng 6 của năm trước;
  - Các giấy tờ khác được cung cấp bởi Tiểu bang cho thấy trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) trong tháng sau tháng 6 của năm trước; hoặc,
  - Một lá thư từ An sinh Xã hội cho thấy quý vị nhận Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI).
- Sau khi nhận được một trong những tài liệu trên, chúng tôi sẽ cập nhật thông tin của quý vị trong vòng 72 giờ, để quý vị có thể nhận thuốc kê toa với chi phí mới. Nếu quý vị không thể cung cấp một trong những tài liệu trên nhưng vẫn cho rằng mình đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung, Dịch vụ Khách hàng có thể giúp quý vị thực hiện các bước tiếp theo.
- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức tiền đồng trả chính xác, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống để quý vị có thể thanh toán đúng số tiền tiền đồng trả khi nhận thuốc kê toa tiếp theo. Nếu quý vị đã thanh toán quá số tiền đồng trả, chúng tôi sẽ hoàn trả tiền cho quý vị, bằng chi phiếu hoặc một khoản tín dụng tiền đồng trả trong tương lai. Nếu nhà thuốc không thu tiền đồng trả của quý vị và quý vị còn nợ họ, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang đã thanh toán thay cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang. Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) nếu quý vị có câu hỏi.

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị có Trợ giúp Bổ sung và bảo hiểm từ một Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP)?

Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp những người mắc HIV/AIDS tiếp cận các loại thuốc HIV duy trì sự sống. Các loại thuốc kê toa Medicare Phần D cũng có trong danh mục thuốc ADAP đều đủ điều kiện hưởng hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc kê toa thông qua Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS của Oregon là CAREAssist.

Lưu ý: Để hội đủ điều kiện tham gia ADAP tại tiểu bang của quý vị, mọi người phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng về nơi cư trú tại tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp (theo quy định của tiểu bang) và tình trạng không được bảo hiểm/bảo hiểm không đầy đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận được trợ giúp. Để biết thông tin về các tiêu chí hội đủ điều kiện, thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh vào chương trình, gọi cho CAREAssist theo số 971-673-0144 hoặc 1-800-805-2313 (TTY 711).

Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare

Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare là một tùy chọn thanh toán hoạt động cùng với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ bằng cách **phân bổ chi phí này trong suốt năm dương lịch** (tháng 1–tháng 12). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình y tế Medicare có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí của mình, nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc Kê đơn Medicare và duy trì trong cùng một chương trình Phần D, việc tham gia của quý vị sẽ tự động được gia hạn cho năm 2026.** Trợ giúp Bổ sung từ Medicare và trợ giúp từ SPAP và ADAP, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) hoặc truy cập www.Medicare.gov

Chương trình Thanh toán Thuốc Kê đơn Medicare – Thông tin Liên hệ

Gọi	855-742-2779 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 24 giờ một ngày / 7 ngày một tuần. Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) cũng có dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 24 giờ một ngày / 7 ngày một tuần.
Gửi thư	Capital Rx Attn: M3P Elections Capital RX Inc. P.O. Box 24945 New York, NY 10087-4945 M3P-Election@cap-rx.com
Trang web	www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P

PHẦN 8 Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB)

Ban Hưu trí Ngành đường sắt là một cơ quan liên bang độc lập, chuyên quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho công nhân đường sắt của quốc gia cùng gia đình của họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua Ban Hưu trí Ngànhđường sắt, hãy thông báo cho họ nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư. Nếu quý vị có các câu hỏi về quyền lợi từ Ban Hưu trí Ngành đường sắt, hãy liên hệ với cơ quan này.

Ban Hưu trí Ngành đường sắt – Thông tin Liên hệ	
Gọi	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Nhấn “0” để nói chuyện với đại diện RRB từ 9 giờ sáng đến 3:30 chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ Tư. Nhấn “1” để truy cập Dịch vụ Hỗ trợ Điện thoại tự động của RRB và nhận thông tin đã được ghi lại 24 giờ một ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại chuyên dụng và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này không miễn phí.
Trang web	https://RRB.gov

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

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hay người phối ngẫu của quý vị) nhận quyền lợi theo nhóm của chủ lao động hoặc hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hay người phối ngẫu) như một phần của chương trình này, hãy gọi cho nhân viên quản lý quyền lợi của chủ lao động/công đoàn hoặc Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) nếu có bất kỳ câu hỏi nào. Quý vị có thể hỏi về các quyền lợi, phí bảo hiểm hoặc giai đoạn ghi danh bảo hiểm y tế với nhóm hưu trí hoặc chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc người phối ngẫu của quý vị). Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nếu có câu hỏi về bảo hiểm Medicare của quý vị theo chương trình này. Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc người phối ngẫu của quý vị), vui lòng liên hệ **với nhân viên quản lý quyền lợi của nhóm đó.** Nhân viên quản lý quyền lợi có thể giúp quý vị hiểu bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi.

PHẦN 10 Nhận trợ giúp từ Cơ quan Kết nối Người cao tuổi và Người khuyết tật Oregon (ADRC)

Tại Oregon, hãy liên hệ với Mạng lưới Nguồn lực Người cao tuổi và Người khuyết tật của Oregon (ADRC) theo số 1-855-ORE-ADRC (1-855-673-2372), www.adrcoforegon.org.

CHƯƠNG 3:
Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là thành viên của chương trình

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết khi sử dụng chương trình để nhận các dịch vụ chăm sóc y tế được đài thọ. Để biết chi tiết về những dịch vụ chăm sóc y tế nào mà chương trình của chúng tôi đài thọ, vui lòng xem Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4.

Phần 1.1 Nhà cung cấp trong mạng lưới và các dịch vụ được đài thọ

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

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị được chương trình của chúng tôi đài thọ

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

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

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được được bao gồm trong Bảng Quyền lợi Y tế của chương trình chúng tôi** trong Chương 4.
- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị được nhận được xem là cần thiết về mặt y tế**. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư, thiết bị hoặc thuốc cần dùng để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị cho tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn đã được chấp nhận về thực hành y khoa.
- **Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới, họ đang cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới (vui lòng xem Phần 2.1 để biết thêm thông tin).
    - Quý vị không cần giấy giới thiệu từ PCP để thăm khám với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới hay nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp. Tuy nhiên, PCP có thể vẫn muốn giới thiệu một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới phù hợp với tình trạng bệnh lý của quý vị cũng như cung cấp dịch vụ chăm sóc theo dõi nếu cần thiết. Để các dịch vụ chăm sóc được điều phối hợp lý, quý vị nên thông báo cho PCP khi muốn thăm khám với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới.
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới** (xem Phần 2). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi) sẽ không được đài thọ. Điều này có nghĩa là quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đối với các dịch vụ mà quý vị nhận được. *Đây là 3 trường hợp ngoại lệ:*
    - Chương trình của chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới . Để biết thêm thông tin và để xem dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp là gì, vui lòng xem Phần 3.
    - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ này, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới với cùng một mức chia sẻ chi phi mà quý vị thường thanh toán trong mạng lưới. Quý vị cần phải được chương trình cho phép trước khi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chi trả ngang bằng với chi phí cho dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc xin phê duyệt để khám tại bác sĩ ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4.

- Chương trình sẽ chi trả cho các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận. Khoản chia sẻ chi phí mà quý vị thanh toán cho chương trình của chúng tôi đối với dịch vụ chạy thận nhân tạo không bao giờ có thể cao hơn khoản chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi và nhận dịch vụ lọc máu từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi, khoản chia sẻ chi phí của quý vị không thể cao hơn khoản chia sẻ chi phí mà quý vị thanh toán trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ lọc máu thường xuyên trong mạng lưới của quý vị tạm thời không có mặt và quý vị chọn nhận dịch vụ trong khu vực dịch vụ của chúng tôi từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình chúng tôi, khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ chạy thận nhân tạo có thể cao hơn.

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

Phần 2.1 Quý vị phải chọn một Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát việc chăm sóc y tế của quý vị

PCP là gì và PCP làm gì cho quý vị?

PCP là gì?

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

Quý vị phải thăm khám với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) được chỉ định đối với các dịch vụ Chăm Sóc Chính. Nếu thăm khám với Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) thuộc mạng lưới nhưng không phải là Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) được chỉ định của quý vị, quý vị sẽ không được đài thọ chi phí dịch vụ.

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

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

- Bác sĩ Nội khoa
- Bác sĩ Gia đình
- Bác sĩ Đa khoa
- Bác sĩ Lão khoa
- Điều dưỡng Điều trị

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

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

Vai trò của PCP trong việc điều phối các dịch vụ được đài thọ là gì?

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

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

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

Cách chọn PCP?

Quý vị có thể chọn PCP của mình từ *Danh mục Nhà thuốc và Nhà cung cấp*, có sẵn tại trang web của chúng tôi www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Khách hàng để được hỗ trợ chọn PCP. Một khi đưa ra quyết định, quý vị phải thông báo cho Dịch vụ Khách hàng để đảm bảo việc xử lý yêu cầu thanh toán và quy trình thanh toán được tiến hành chính xác.

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

Cách thay đổi PCP

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất cứ lý do gì, bất cứ lúc nào. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới nhà cung cấp của chương trình, quý vị sẽ cần chọn một PCP mới.

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

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

Phần 2.2 Các dịch vụ chăm sóc y tế quý vị có thể nhận được mà không cần giới thiệu từ PCP

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

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ cho phụ nữ, bao gồm khám ngực, chụp tuyến vú (chụp x-quang ngực), xét nghiệm Pap và khám xương chậu miễn là quý vị nhận các dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới
- Tiêm phòng cúm, vắc-xin COVID-19 và vắc-xin phòng viêm phổi
- Dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới
- Các dịch vụ được chương trình đài thọ cần thiết khẩn cấp là các dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế tức thì (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu) nếu quý vị đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc nếu việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý do thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Các lần thăm khám với nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế (như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chương trình tạm thời không có sẵn.
- Dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận, khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Nếu có thể, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho quý vị có thể lọc máu duy trì trong thời gian quý vị đi vắng.
- Các dịch vụ về sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng để biết thông tin chi tiết.
- Khám mắt và vật dụng hỗ trợ thị lực định kỳ. Quý vị có thể khám mắt và nhận vật dụng hỗ trợ định kỳ từ bất kỳ nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn nào chấp nhận Medicare. Vui lòng xem Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4 để biết thông tin chi tiết.
- Hãy liên hệ với PCP để được giới thiệu bác sĩ chuyên khoa cho các nhu cầu chăm sóc y tế của quý vị.

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

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

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

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

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

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

Vui lòng tham khảo Chương 4, Phần 2 để biết thông tin về những dịch vụ cần phải được cho phép trước.

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

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

- Mặc dù mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu quý vị phải được tiếp cận liên tục với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có chuyên môn.

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian lựa chọn một nhà cung cấp mới.
    - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã khám nhà cung cấp đó trong vòng 3 năm qua.
    - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định cho nhà cung cấp đó, hiện đang được chăm sóc bởi họ hoặc đã khám họ trong vòng 3 tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới có chuyên môn mới để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu quý vị đang được điều trị y tế hoặc các liệu pháp với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận được điều trị hoặc các liệu pháp cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh có sẵn và các lựa chọn mà quý vị có thể có để thay đổi chương trình.
- Khi một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quyền lợi không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị, chúng tôi sẽ sắp xếp cho bất kỳ quyền lợi được đài thọ cần thiết về mặt y tế nào ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi với chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Xin lưu ý rằng các quy tắc về sự cho phép trước có thể vẫn áp dụng trong trường hợp này.
- Nếu quý vị biết rằng bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của mình đang rời khỏi chương trình, hãy liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp đủ chuyên môn để thay thế nhà cung cấp trước đây của quý vị hoặc việc chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên QIO, đơn than phiền về chất lượng chăm sóc lên chương trình của chúng tôi hoặc cả hai (hãy xem Chương 9).

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

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

- Dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc cấp cứu khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi các nhà cung cấp trong khu vực tạm thời không có sẵn. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2 để biết thêm chi tiết về việc nhận dịch vụ chăm sóc này.
- Tiêm ngừa bệnh cúm hoặc tiêm ngừa viêm phổi.
- Dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận từ cơ sở lọc máu khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình.
- Khám mắt và kính mắt định kỳ. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2 để biết thêm chi tiết về việc nhận dịch vụ chăm sóc này.
- Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình chúng tôi đài thọ, nhưng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể đáp ứng, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị cần phải được chương trình cho phép trước khi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc. Nhà cung cấp của quý vị chịu trách nhiệm yêu cầu sự cho phép trước khi cung cấp các dịch vụ cho quý vị. Nếu được cho phép, quý vị sẽ thanh toán số tiền ngang bằng như khi nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

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

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

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

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Hãy tìm kiếm sự trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 để được hỗ trợ hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cấp cứu nếu cần thiết. Quý vị không cần phải được PCP của mình giới thiệu hay phê duyệt trước. Quý vị không cần phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận chăm sóc cấp cứu y tế được đài thọ bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu trên khắp Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ của quốc gia này, và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép hành nghề của tiểu bang phù hợp, ngay cả khi họ không phải là một phần của mạng lưới của chúng tôi.

Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế

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

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

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

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

Điều gì sẽ xảy ra nếu đó không phải là một trường hợp cấp cứu y tế?

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

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ nói rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ *chỉ* đài thọ việc chăm sóc bổ sung nếu quý vị nhận được chăm sóc bổ sung theo một trong 2 cách sau:

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

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

Một dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế tức thì (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu) được xem là một dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc nếu việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý do thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Tuy nhiên, các lần khám nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như khám sức khỏe hằng năm, không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chương trình tạm thời không có sẵn.

Nếu quý vị có một tình huống y tế khẩn cấp, quý vị có thể liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị, gọi cho Đường dây Tư vấn Y tá theo số 503-574-6520 hoặc 1-800-700-0481, và/hoặc nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp chăm sóc khẩn cấp. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2 để biết thông tin về chia sẻ chi phí.

Chương trình của chúng tôi không đài thọ các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc bất kỳ dịch vụ nào khác mà quý vị nhận được bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của quốc gia này.

Phần 3.3 Nhận chăm sóc khi có thảm họa

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

Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới trong một thảm họa, chương trình của chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới với chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới trong một thảm họa, quý vị có thể mua thuốc kê toa tại một hiệu thuốc ngoài mạng lưới. Xem Chương 5, Phần 2.5

PHẦN 4 Sẽ thế nào nếu quý vị đã thanh toán trực tiếp toàn bộ chi phí cho các dịch vụ được đài thọ

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

Nếu quý vị đã trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ của mình, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với các dịch vụ được đài thọ. Vui lòng xem Phần 7 để biết thông tin về những việc cần làm.

PHẦN 4.1 Nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ

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

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

VUI LÒNG LƯU Ý: Quý vị là thành viên đủ điều kiện hưởng quyền lợi kép (vì quý vị có cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid)) nên một số quyền lợi mà Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) không đài thọ có thể được đài thọ theo quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid). Vui lòng xem phần “Tóm tắt Các dịch vụ Được đài thọ của Oregon Health Plan (Medicaid)” trong bản Tóm tắt Các quyền lợi Bảo hiểm dành cho bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị để biết thêm thông tin. Trước khi thanh toán, quý vị đừng quên trao đổi với Oregon Health Plan (Medicaid).

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

Phần 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì

Nghiên cứu lâm sàng (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng) là phương pháp để các bác sĩ và nhà khoa học thử nghiệm các loại hình chăm sóc y tế mới, ví dụ như mức độ đáp ứng của một loại thuốc ung thư mới. Medicare phê duyệt một số nghiên cứu lâm sàng nhất định. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu tình nguyện viên tham gia vào nghiên cứu. Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể duy trì ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc còn lại của mình (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

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

Nếu muốn tham gia vào bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt, quý vị không cần phải thông báo với chúng tôi hoặc xin phê duyệt từ chúng tôi hay PCP của quý vị. Các nhà cung cấp chăm sóc cho quý vị trong quá trình tham gia nghiên cứu lâm sàng không nhất thiết phải thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi. (Điều này không áp dụng cho các quyền lợi được đài thọ yêu cầu thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi yêu cầu bảo hiểm với sự phát triển bằng chứng (NCDs-CED) và các nghiên cứu miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE). Các quyền lợi này cũng có thể tuân theo cho phép trước và các quy tắc khác của chương trình.)

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

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu không được Medicare phê duyệt, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán tất cả chi phí cho việc tham gia nghiên cứu đó.

Phần 5.2 thanh toán cho các dịch vụ trong một nghiên cứu lâm sàng

Khi quý vị đã tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ đài thọ các hạng mục và dịch vụ thông thường mà quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu, bao gồm:

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

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

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

- Nhìn chung, Medicare sẽ không thanh toán cho vật dụng hoặc dịch vụ mới đang được nghiên cứu thử nghiệm trừ khi Medicare sẽ đài thọ hạng mục hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị không tham gia một nghiên cứu.
- Các vật dụng hoặc dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu chứ không phải dùng để trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Ví dụ: Medicare sẽ không thanh toán cho việc chụp CT hàng tháng được thực hiện khi quý vị tham gia nghiên cứu nếu tình trạng y tế của quý vị thường chỉ yêu cầu một lần chụp CT.
- Các vật dụng và dịch vụ được cung cấp miễn phí bởi các nhà tài trợ nghiên cứu cho những người tham gia thử nghiệm.

Tìm hiểu thêm thông tin về việc tham gia một nghiên cứu lâm sàng

Hãy tìm hiểu thêm thông tin về việc tham gia một nghiên cứu lâm sàng trong ấn phẩm của Medicare *Medicare và các Nghiên cứu Lâm sàng,* có sẵn tại www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf.) Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.

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

Phần 6.1 Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là gì?

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

Phần 6.2 Cách để nhận chăm sóc từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo

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

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

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

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

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

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

Phần 7.1 Quý vị sẽ không sở hữu một số thiết bị y tế bền sau khi đã thực hiện một số lần thanh toán nhất định theo chương trình của chúng tôi

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

Trong Original Medicare, những người thuê một số loại DME được sở hữu thiết bị đó sau khi trả tiền đồng trả cho thiết bị đó trong 13 tháng. **Với tư cách là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), quý vị thường sẽ không có được quyền sở hữu các vật dụng DME thuê, bất kể quý vị đã thành toán bao nhiêu tiền đồng trả cho vật dụng đó khi còn là thành viên của chương trình chúng tôi.** Quý vị sẽ không có được quyền sở hữu, ngay cả khi quý vị đã thực hiện tới 12 lần thanh toán liên tiếp cho vật dụng DME theo Original Medicare trước khi quý vị tham gia vào chương trình của chúng tôi. Trong một số trường hợp giới hạn, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin.

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

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

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

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

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

Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm thiết bị cấp ôxy Medicare, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ đài thọ:

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

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

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

Original Medicare yêu cầu nhà cung cấp ôxy cung cấp cho quý vị các dịch vụ trong 5 năm. Trong 36 tháng đầu tiên quý vị thuê thiết bị. 24 tháng còn lại nhà cung cấp sẽ cung cấp thiết bị và dịch vụ bảo trì (quý vị vẫn có trách nhiệm thanh toán tiền đồng trả cho ôxy). Sau 5 năm, quý vị có thể chọn tiếp tục sử dụng cùng một công ty hoặc chuyển sang công ty khác. Tại thời điểm này, chu kỳ 5 năm sẽ bắt đầu lại, ngay cả khi quý vị vẫn chọn cùng một công ty, và quý vị lại được yêu cầu thanh toán tiền đồng trả trong 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời khỏi chương trình của chúng tôi, chu kỳ 5 năm sẽ bắt đầu lại.

CHƯƠNG 4: Bảng Quyền lợi Y tế (dịch vụ được đài thọ)

PHẦN 1 Hiểu rõ về dịch vụ được đài thọ

Bảng Quyền lợi Y tế liệt kê các dịch vụ được đài thọ của quý vị với tư cách là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Phần này cũng cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế không được đài thọ và giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ nhất định. Vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin về các trường hợp loại trừ và giới hạn không được liệt kê trong *Chứng từ Bảo hiểm* này.

Phần 1.1 Quý vị không phải trả bất cứ khoản nào cho các dịch vụ được đài thọ

Đối với thành viên của Oregon Health Plan (Medicaid) trong gói quyền lợi “OHP with Limited Drug” (OHP với Thuốc có Giới hạn), Medicaid chỉ có thể thanh toán các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ mà Medicaid thường đài thọ. Vui lòng liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Tổ chức Điều phối Chăm sóc của quý vị để biết thêm thông tin. Thành viên Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) đã ghi danh với Health Share of Oregon/Providence cho Medicaid sẽ không có chi phí tự trả đối với bất kỳ dịch vụ y tế nào được Medicare đài thọ. Các khoản chia sẻ chi phí thuốc kê toa vẫn được áp dụng.

Vì quý vị nhận được sự trợ giúp từ Medicaid, quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ được đài thọ của mình miễn là quý vị tuân theo các quy tắc của chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị. (Hãy xem Phần 3 để biết thêm thông tin về các quy tắc của chương trình của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị.

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

Lưu ý: Vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid, rất ít thành viên đạt đến mức tối đa chi phí tự trả này. Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.

Các chương trình Medicare Advantage có giới hạn về số tiền quý vị phải trả chi phí tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được chương trình đài thọ. Giới hạn này được gọi là số tiền chi phí tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. **Trong năm dương lịch 2026, số tiền MOOP là $9,250.**

Số tiền mà quý vị thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ sẽ được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Các khoản tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Phần D không được tính vào số tiền chi phí tự trả tối đa này. Nếu quý vị đạt đến số tiền chi phí tự trả tối đa là $9,250, quý vị sẽ không phải thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào trong phần còn lại của năm đối với các dịch vụ được đài thọ. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B (trừ khi phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicaid hoặc bên thứ ba khác thanh toán).

PHẦN 2 Bảng Quyền lợi Y tế thể hiện các quyền lợi và chi phí y tế của quý vị

Bảng Quyền lợi Y tế trên các trang sau liệt kê các dịch vụ được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) đài thọ. (Bảo hiểm thuốc Phần D có ở Phần 5). Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế chỉ được đài thọ khi đáp ứng các yêu cầu sau:

- Các dịch vụ được Medicare đài thọ của quý vị phải được cung cấp theo các hướng dẫn bảo hiểm của Medicare.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc kê toa Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế . Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần dùng để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị cho tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn đã được chấp nhận về thực hành y khoa.
- Nếu quý vị mới ghi danh, chương trình chăm sóc điều phối MA của quý vị phải đưa ra giai đoạn chuyển tiếp tối thiểu là 90 ngày. Trong thời gian này, chương trình MA mới có thể sẽ không yêu cầu quý vị phải có sự cho phép trước cho các liệu trình điều trị quý vị đang thực hiện, ngay cả khi liệu trình đó là cho dịch vụ mà ban đầu quý vị sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ, trừ khi đó là dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trừ khi chương trình của chúng tôi hoặc một nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp đối với các dịch vụ ngoài mạng lưới mà quý vị nhận được.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cung cấp và giám sát việc chăm sóc của quý vị.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế chỉ được đai thọ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi phê duyệt trước (đôi khi được gọi là sự cho phép trước). Các dịch vụ được đài thọ cần phê duyệt trước được đánh dấu sao trong Bảng Quyền lợi Y tế.

- Nếu chương trình chăm sóc điều phối của quý vị phê duyệt yêu cầu về sự cho phép trước đối với một liệu trình điều trị thì quyết định phê duyệt đó phải có hiệu lực trong khoảng thời gian hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh làm gián đoạn dịch vụ chăm sóc, tuân thủ tiêu chí bảo hiểm hiện hành, bệnh sử và khuyến nghị của nhà cung cấp điều trị.

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

- Quý vị được đài thọ bởi cả Medicare và Medicaid. Medicare đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc kê toa. Medicaid đài thọ phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare. Medicaid cũng đài thọ các dịch vụ mà Medicare không đài thọ, như chăm sóc dài hạn và các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng.
- Giống như tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, chúng tôi đài thọ mọi dịch vụ mà Original Medicare đài thọ. (Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay *Medicare & Quý vị 2026* của quý vị. Quý vị có thể xem trực tuyến tại www.Medicare.gov hoặc yêu cầu một bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.)
- Đối với các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ đó miễn phí cho quý vị.
- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2026, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho những dịch vụ đó.
- Nếu quý vị đang ở trong giai đoạn một tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện tham gia của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage đài thọ. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể không tiếp tục đài thọ các quyền lợi Medicaid có trong Chương trình Tiểu bang Oregon Health Plan (Medicaid) và có thể không thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc chia sẻ chi phí mà Oregon Health Plan (Medicaid) có thể phải chịu trách nhiệm nếu là trường hợp khác. Các khoản chia sẻ chi phí Medicare cho quyền lợi Medicare cơ bản và bổ sung sẽ không thay đổi trong giai đoạn này.

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

Thông tin Quan trọng về Quyền lợi cho Người ghi danh Đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung

- Nếu quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung để thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc Medicare của mình, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc chia sẻ chi phí được giảm có mục tiêu.

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

- Nếu quý vị được chẩn đoán mắc bất kỳ (các) bệnh mạn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người bệnh mạn tính.
    - **Danh sách Bệnh Mạn tính:**

(1) Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất khác (SUD)
(2) Rối loạn tự miễn:
  (i) Viêm nút quanh động mạch.
  (ii) Viêm đa cơ dạng thấp.
  (iii) Viêm đa cơ.
  (iv) Viêm da cơ.
  (v) Viêm khớp dạng thấp.
  (vi) Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống.
  (vii) Viêm khớp vảy nến.
  (viii) Xơ cứng bì.
(3) Ung thư.
(4) Rối loạn tim mạch:
  (i) Loạn nhịp tim.
  (ii) Bệnh động mạch vành.
  (iii) Bệnh mạch máu ngoại vi.
  (iv) Bệnh van tim.
(5) Suy tim mạn tính.
(6) Sa sút trí tuệ.
(7) Đái tháo đường.
(8) Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa.
(9) Bệnh tiêu hóa mạn tính:
  (i) Bệnh gan mạn tính.
  (ii) Bệnh gan nhiễm mỡ không phải do rượu (NAFLD).
  (iii) Viêm gan B.
  (iv) Viêm gan C.
  (v) Viêm tụy.
  (vi) Hội chứng ruột kích thích.
  (vii) Bệnh viêm ruột.
(10) Bệnh thận mạn tính (CKD):
  (i) CKD cần lọc máu/Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD).
  (ii) CKD không cần lọc máu.
(11) Rối loạn huyết học nghiêm trọng:
  (i) Thiếu máu bất sản.
  (ii) Bệnh máu khó đông.
  (iii) Bệnh giảm tiểu cầu miễn dịch.
  (iv) Hội chứng loạn sản tủy.
  (v) Bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm (trừ đặc điểm hồng cầu hình liềm).
  (vi) Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính.
(12) HIV/AIDS.

(13) Rối loạn phổi mạn tính:
- (i) Hen suyễn, Viêm phế quản mạn tính.
- (ii) Xơ nang.
- (iii) Khí phế thũng.
- (iv) Xơ phổi.
- (v) Tăng huyết áp phổi.
- (vi) Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

(14) Các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật:
- (i) Rối loạn lưỡng cực.
- (ii) Rối loạn trầm cảm nặng.
- (iii) Rối loạn hoang tưởng.
- (iv) Tâm thần phân liệt.
- (v) Rối loạn phân liệt cảm xúc.
- (vi) Rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD).
- (vii) Rối loạn ăn uống.
- (viii) Rối loạn lo âu.

(15) Rối loạn thần kinh:
- (i) Xơ cứng teo cơ một bên (ALS).
- (ii) Động kinh.
- (iii) Liệt lan rộng (tức là liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chi dưới, liệt một chi).
- (iv) Bệnh Huntington.
- (v) Đa xơ cứng.
- (vi) Bệnh Parkinson.
- (vii) Viêm đa dây thần kinh.
- (viii) Đau cơ xơ hóa.
- (ix) Hội chứng mệt mỏi mạn tính.
- (x) Chấn thương tủy sống.
- (xi) Hẹp cột sống.
- (xii) Thiếu sót thần kinh liên quan đến đột quỵ.

(16) Đột quỵ.

(17) Chăm sóc sau khi cấy ghép nội tạng.

(18) Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch.

(19) Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức:
- (i) Bệnh Alzheimer.
- (ii) Khuyết tật trí tuệ và khuyết tật phát triển.
- (iii) Chấn thương sọ não.
- (iv) Bệnh tâm thần gây tàn tật liên quan đến suy giảm nhận thức.
- (v) Suy giảm nhận thức nhẹ.

(20) Các tình trạng có thách thức về chức năng và yêu cầu các dịch vụ tương tự, bao gồm các tình trạng sau:
- (i) Chấn thương tủy sống.
- (ii) Liệt.
- (iii) Mất chi.
- (iv) Đột quỵ.
- (v) Viêm khớp.

(21) Các tình trạng mạn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác.
(22) Các tình trạng yêu cầu các dịch vụ trị liệu liên tục để các cá nhân duy trì hoặc giữ lại chức năng.

  - Thành viên không cần làm gì để đạt đủ điều kiện. Chúng tôi sẽ tự động xác định xem thành viên có đủ điều kiện hay không bằng cách:
    - Sử dụng bảng đánh giá rủi ro về sức khỏe (HRA) đối với thành viên mới tham gia, đây sẽ là tiêu chí kích hoạt trạng thái đủ điều kiện.
    - Lấy mã chẩn đoán hàng tuần trong suốt cả năm để xác định xem thành viên gia hạn hoặc thành viên được chẩn đoán vào giữa năm có đủ điều kiện hay không.
  - Chúng tôi sẽ gửi thư phê duyệt tới các thành viên đủ điều kiện kèm theo hướng dẫn về cách kích hoạt các quyền lợi bổ sung dành cho thành viên.

- Để biết thêm chi tiết, hãy xem hàng *Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho người mắc Bệnh Mạn tính* trong Biểu đồ Quyền lợi Y tế dưới đây.
- Hãy liên hệ với chúng tôi để biết chính xác những quyền lợi mà quý vị có thể đủ điều kiện hưởng.

Hình quả táo này thể hiện các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền lợi Y tế.

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

Bảng Quyền lợi Y tế

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng Siêu âm sàng lọc một lần cho những người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ sàng lọc này nếu quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, điều dưỡng điều trị, hoặc y tá chuyên khoa lâm sàng.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các thành viên đủ điều kiện để được đài thọ dịch vụ sàng lọc phòng ngừa này.
Châm cứu đối với chứng đau lưng mạn tính* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: Được đài thọ tối đa 12 lần khám trong 90 ngày trong các trường hợp sau: Đối với quyền lợi này, chứng đau lưng mạn tính được định nghĩa là: • Kéo dài từ 12 tuần trở lên; • không đặc hiệu, nghĩa là không có nguyên nhân hệ thống có thể xác định được (ví dụ: không liên quan đến di căn, viêm, bệnh truyền nhiễm, v.v.); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến việc mang thai. Sẽ được đài thọ thêm 8 buổi cho những bệnh nhân có biểu hiện cải thiện. Không điều trị châm cứu quá 20 lần hàng năm. Việc điều trị phải ngừng lại nếu tình trạng của bệnh nhân không cải thiện hoặc xấu đi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với dịch vụ châm cứu cho chứng đau lưng mạn tính. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Châm cứu đối với chứng đau lưng mạn tính (tiếp theo) Yêu cầu đối với Nhà cung cấp: Các bác sĩ (được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật)) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Các trợ lý bác sĩ (PA), điều dưỡng điều trị (NP)/y tá chuyên khoa lâm sàng (CNS) (được quy định trong 1861(aa)(5) của Đạo luật), và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Y học phương Đông từ một trường được Ủy ban Công nhận Châm cứu và Y học Phương Đông (ACAOM) công nhận; và, • giấy phép hiện tại, đầy đủ, hợp lệ và không giới hạn để thực hành châm cứu tại một Tiểu bang, Lãnh thổ, hoặc Khối thịnh vượng chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc Quận Columbia. Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải được giám sát ở cấp độ thích hợp bởi bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27. Các nhà cung cấp yêu cầu xem xét sự cần thiết về mặt y tế đối với các dịch vụ châm cứu thông qua một đại lý ủy quyền để thông báo cho Providence Health Assurance rằng quý vị đang bắt đầu sử dụng dịch vụ châm cứu. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ phương tiện cứu thương* Các dịch vụ phương tiện cứu thương được đài thọ, dù là trong tình huống cấp cứu hay không cấp cứu, bao gồm các dịch vụ phương tiện cứu thương cánh cố định, cánh quay và đường bộ, đến cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc nếu các dịch vụ này được cung cấp cho một thành viên mà tình trạng y tế của họ có thể nguy hiểm đến sức khỏe nếu được vận chuyển bằng phương tiện vận huyển khác hoặc nếu được chương trình của chúng tôi cho phép. Nếu các dịch vụ phương tiện cứu thương được đài thọ không dành cho tình huống cấp cứu, cần phải có tài liệu chứng minh rằng tình trạng của thành viên là phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm đến sức khỏe của người đó và việc vận chuyển bằng phương tiện cứu thương là cần thiết về mặt y tế. *Các quy tắc cho phép trước có thể áp dụng cho các dịch vụ vận chuyển không cấp cứu, bao gồm cả từ các cơ sở ngoài mạng lưới đến các cơ sở trong mạng lưới. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần vận chuyển bằng phương tiện cứu thương đường bộ một chiều được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần vận chuyển bằng dịch vụ cứu thương hàng không một chiều được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ phương tiện cứu thương nhận được thông qua hệ thống phản hồi y tế cấp cứu 911 khi quý vị được điều trị nhưng không đi trên phương tiện cứu thương. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản tự khấu trừ nào cho một lần vận chuyển bằng phương tiện cứu thương một chiều được cho phép từ một cơ sở ngoài mạng lưới đến một cơ sở trong mạng lưới.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm Chương trình của chúng tôi đài thọ một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm ngoài lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm được Medicare đài thọ. Quyền lợi này cho phép quý vị gặp nhà cung cấp của mình mà không có khiếu nại y tế cụ thể và bao gồm một lần khám sức khỏe toàn diện mỗi năm dương lịch một lần. **Xin lưu ý**: Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm.
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm Nếu quý vị đã có Phần B trong hơn 12 tháng, quý vị có thể được khám sức khỏe định kỳ hàng năm để xây dựng hoặc cập nhật một kế hoạch phòng ngừa cá nhân hóa dựa trên tình hình sức khỏe và các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Dịch vụ này được đài thọ 12 tháng một lần. **Lưu ý**: Lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần khám phòng ngừa *Chào mừng đến với Medicare*. Tuy nhiên, quý vị không cần phải khám *Chào mừng đến với Medicare* để được đài thọ cho các lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Đo mật độ xương Đối với những người đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ không còn mật độ xương ổn định hoặc có nguy cơ loãng xương), các dịch vụ sau được đài thọ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật để xác định khối lượng xương, phát hiện mất xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm việc giải thích kết quả của bác sĩ. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho việc đo mật độ xương được Medicare đài thọ.
Sàng lọc ung thư vú (chụp X-quang tuyến vú) Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Một lần chụp X-quang tuyến vú cơ bản trong độ tuổi từ 35 đến 39 • Một lần chụp X-quang tuyến vú sàng lọc 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám lâm sàng vú 24 tháng một lần **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho việc chụp X-quang tuyến vú sàng lọc được đài thọ.
Sàng lọc ung thư vú (chụp X-quang tuyến vú) (tiếp) phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ phục hồi chức năng tim. Các chương trình toàn diện về các dịch vụ phục hồi chức năng tim bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn được đài thọ cho các thành viên đáp ứng các điều kiện nhất định với yêu cầu của bác sĩ. Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu, thường nghiêm ngặt hoặc chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim. Các lần khám phục hồi chức năng tim được giới hạn trong 36 buổi trong khoảng thời gian 36 tuần. Nếu cần thiết về mặt y tế, quý vị có thể được nhận thêm tối đa 36 buổi. Các lần khám phục hồi chức năng tim chuyên sâu được giới hạn trong 36 buổi trong khoảng thời gian 36 tuần. Nếu cần thiết về mặt y tế, quý vị có thể được nhận thêm tối đa 36 buổi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.
Lần khám giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh tim mạch (liệu pháp cho bệnh tim mạch) Chúng tôi đài thọ một lần khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu phù hợp), kiểm tra huyết áp và đưa ra lời khuyên để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng liệu pháp hành vi chuyên sâu.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Xét nghiệm sàng lọc bệnh tim mạch, Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các bất thường liên quan đến nguy cơ bệnh tim mạch cao) 5 năm một lần (60 tháng). **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với xét nghiệm bệnh tim mạch được đài thọ 5 năm một lần.
Sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Đối với tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám phụ khoa được đài thọ 24 tháng một lần • Nếu quý vị có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo hoặc quý vị ở độ tuổi sinh sản và đã có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm qua: một xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với xét nghiệm Pap và khám phụ khoa phòng ngừa được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dịch vụ nắn khớp xương* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Nắn chỉnh thủ công (tức là sử dụng tay) cột sống để điều chỉnh tình trạng trật khớp nhẹ (khi một hoặc nhiều xương cột sống của quý vị di chuyển lệch vị trí) nếu quý vị nhận được dịch vụ này từ một chuyên gia nắn khớp xương hoặc nhà cung cấp có chuyên môn khác. Nắn chỉnh thủ công là một phương pháp điều trị sử dụng áp lực bằng tay để nhẹ nhàng di chuyển các khớp và mô của quý vị. Bất kỳ dịch vụ nào khác ngoài nắn chỉnh thủ công để điều trị tình trạng trật khớp nhẹ đều bị loại trừ khỏi bảo hiểm của Medicare, bao gồm: • Liệu pháp duy trì. Điều trị nắn khớp xương được coi là liệu pháp duy trì khi việc chăm sóc liên tục không còn được mong đợi sẽ mang lại những cải thiện lâm sàng và việc điều trị trở thành hỗ trợ thay vì chỉnh sửa. • Các khoản phí bổ sung khi chuyên gia nắn khớp xương của quý vị sử dụng thiết bị cầm tay thủ công để tạo thêm áp lực có kiểm soát trong quá trình điều trị. • Chụp X-quang, liệu pháp mát-xa và châm cứu (trừ khi châm cứu để điều trị đau lưng dưới mạn tính). Các dịch vụ phải cần thiết về mặt y tế và phải được xem xét và cho phép bảo hiểm đối với trong mạng lưới. Các nhà cung cấp yêu cầu xem xét sự cần thiết về mặt y tế đối với các dịch vụ nắn khớp xương thông qua một đại lý ủy quyền để thông báo cho Providence Health Assurance rằng quý vị đang bắt đầu sử dụng các dịch vụ nắn khớp xương. * Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần khám nắn khớp xương được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính Các dịch vụ hàng tháng được đài thọ cho những người bị đau mạn tính (cơn đau dai dẳng hoặc tái phát kéo dài hơn 3 tháng). Các dịch vụ có thể bao gồm đánh giá cơn đau, quản lý thuốc men, cũng như điều phối và lập kế hoạch chăm sóc.	Việc chia sẻ chi phí cho dịch vụ này sẽ thay đổi tùy thuộc vào các dịch vụ riêng lẻ được cung cấp trong quá trình điều trị. Tiền đồng trả cho lần khám tại phòng khám PCP là $0 và tiền đồng trả cho lần khám tại phòng khám Chuyên khoa là $0.
Sàng lọc ung thư đại trực tràng Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được đài thọ: • Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được đài thọ 120 tháng một lần (10 năm) cho bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau lần nội soi đại tràng sigma mềm trước đó cho bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần cho bệnh nhân có nguy cơ cao sau lần nội soi đại tràng sàng lọc trước đó. • Chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và được đài thọ khi đã qua ít nhất 59 tháng kể từ tháng thực hiện lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc cuối cùng hoặc đã qua 47 tháng kể từ tháng thực hiện lần nội soi đại tràng sigma mềm hoặc nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, chi phí có thể được chi trả cho lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc được thực hiện sau khi đã qua ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. • Nội soi đại tràng sigma mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần cho bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân đã được nội soi đại tràng sàng lọc. 48 tháng một lần cho bệnh nhân có nguy cơ cao kể từ lần nội soi đại tràng sigma mềm hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng cuối cùng.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với lần khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare đài thọ. Nếu bác sĩ của quý vị tìm thấy và loại bỏ một polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma mềm, lần khám sàng lọc sẽ trở thành lần khám chẩn đoán.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp) • Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. • DNA phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. • Xét nghiệm Dấu ấn sinh học trong Máu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. • Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp theo sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare đài thọ cho kết quả dương tính. • Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sigma mềm hoặc nội soi đại tràng sàng lọc theo kế hoạch có liên quan đến việc loại bỏ mô hoặc chất khác, hoặc thủ tục khác được thực hiện cùng lúc với xét nghiệm sàng lọc. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	
Dịch vụ nha khoa * Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (chẳng hạn như làm sạch, khám nha khoa định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được đài thọ bởi Original Medicare. Tuy nhiên, Medicare chi trả cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, cụ thể là khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong việc điều trị cụ thể tình trạng y tế chính của một người. Ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau khi bị gãy hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị cho xạ trị ung thư liên quan đến hàm, hoặc khám răng miệng trước khi cấy ghép nội tạng. Ngoài ra, chúng tôi còn đài thọ:	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dịch vụ nha khoa* (tiếp) Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: • Phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, nắn gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho xạ trị bệnh tân sinh và các dịch vụ hàm hoặc nha khoa khác do bác sĩ y khoa cung cấp.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần khám nha khoa được Medicare đài thọ.
Các dịch vụ nha khoa khác: • Chúng tôi cung cấp cho quý vị một thẻ ghi nợ được nạp sẵn để thanh toán cho việc chăm sóc nha khoa của quý vị. Quý vị có thể sử dụng số tiền trên thẻ này cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào quý vị muốn, từ làm sạch và chụp X-quang đến trám và bọc răng sứ. Thẻ này không được sử dụng cho các dịch vụ phi nha khoa. • Thẻ có khoản trợ cấp tối đa là $900, quý vị có thể sử dụng từ 12:00 đêm ngày 1 tháng 1 năm 2026 đến 11:59 tối ngày 31 tháng 12 năm 2026. Xin lưu ý rằng nếu quý vị không sử dụng hết số tiền trên thẻ trong khung thời gian đó, thẻ sẽ hết hạn và không được chuyển sang năm sau. • Thẻ có thể được sử dụng tại bất kỳ phòng khám nha khoa nào quý vị chọn. • Nếu quý vị sử dụng hết số tiền trên thẻ để thanh toán cho một dịch vụ hoặc thủ thuật nha khoa duy nhất, thì quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí chia sẻ cho bất kỳ dịch vụ chăm sóc nha khoa nào trong tương lai mà quý vị nhận được trong cùng một năm dương lịch. • Khoản trợ cấp này có thể được sử dụng cho các dịch vụ không được chương trình Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị đài thọ. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về thẻ ghi nợ hoặc quyền lợi nha khoa của mình, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi 711. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Quý vị có một khoản trợ cấp $450 mỗi sáu tháng cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào mà quý vị chọn.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Sàng lọc trầm cảm Chúng tôi đài thọ một lần sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Việc sàng lọc phải được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp dịch vụ điều trị tiếp theo và/hoặc giới thiệu. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với lần khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.
Sàng lọc tiểu đường Chúng tôi đài thọ dịch vụ sàng lọc này (bao gồm cả xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc tiền sử đường huyết cao (glucose). Các xét nghiệm cũng có thể được đài thọ nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Quý vị có thể hội đủ điều kiện để được sàng lọc tiểu đường tối đa 2 lần mỗi 12 tháng kể từ ngày thực hiện xét nghiệm sàng lọc tiểu đường gần đây nhất của quý vị. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các xét nghiệm sàng lọc tiểu đường được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh tiểu đường* Đối với tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (người sử dụng insulin và không sử dụng insulin), các dịch vụ được đài thọ bao gồm:	
• Vật tư để theo dõi lượng đường trong máu: máy đo đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị lấy máu và kim trích máu, và dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với vật tư theo dõi bệnh tiểu đường được Medicare đài thọ. Que thử và máy đo đường huyết được giới hạn cho các nhà sản xuất ưu tiên của chương trình. Tất cả vật tư và/hoặc thiết bị cho bệnh tiểu đường nên được cung cấp và sắp xếp thông qua mạng lưới nhà thuốc bán lẻ hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới.
• Đối với những người mắc bệnh tiểu đường có bệnh bàn chân do tiểu đường nặng: một đôi giày trị liệu được đúc theo yêu cầu (bao gồm cả miếng lót đi kèm với giày đó) và 2 cặp miếng lót bổ sung, hoặc một đôi giày sâu lòng và 3 cặp miếng lót (không bao gồm các miếng lót có thể tháo rời không tùy chỉnh đi kèm với giày đó). Bảo hiểm bao gồm việc lắp giày.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với giày hoặc miếng lót trị liệu được Medicare đài thọ. Tất cả Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) phải được cung cấp và sắp xếp thông qua mạng lưới nhà thuốc bán lẻ, Dịch vụ tại nhà hoặc nhà cung cấp khác được chương trình cho phép.
• Hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường được đài thọ theo một số điều kiện nhất định. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan* Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, hãy xem Chương 12 và Chương 3)	
Các vật dụng được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm: xe lăn, nạng, hệ thống nệm có động cơ, vật tư cho người tiểu đường, giường bệnh được nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà, máy bơm truyền dịch tĩnh mạch, thiết bị tạo lời nói, thiết bị oxy, máy xông khí dung và khung tập đi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với thiết bị y tế lâu bền và vật tư liên quan được Medicare đài thọ.
Chúng tôi đài thọ tất cả DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare đài thọ. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi ở khu vực của quý vị không có một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể nào đó, quý vị có thể hỏi họ xem họ có thể đặt hàng đặc biệt cho quý vị hay không. Danh sách các nhà cung cấp gần đây nhất này cũng có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Nhà cung cấp DME ở khu vực của quý vị là Home Services. Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với thiết bị oxy của Medicare.
Nếu quý vị (hoặc nhà cung cấp của quý vị) không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chương trình chúng tôi, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của nhà cung cấp về sản phẩm hoặc nhãn hiệu nào phù hợp với tình trạng y tế của quý vị. (Để biết thêm thông tin về kháng cáo, hãy xem Chương 9.)	Việc chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi được ghi danh trong 36 tháng.
*Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Tất cả Thiết bị Y tế Lâu bền (DME), chẳng hạn như máy đo glucose liên tục (CGM), bơm insulin và xe lăn, phải do mạng lưới nhà thuốc bán lẻ, Home Services hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới cung cấp. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc Cấp cứu Chăm sóc cấp cứu đề cập đến các dịch vụ: • Được cung cấp bởi một nhà cung cấp có chuyên môn để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và • Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định một tình trạng cấp cứu y tế. Cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc một người không có chuyên môn nào khác, có hiểu biết vừa phải về sức khỏe và y học, thấy rằng quý vị có các triệu chứng sức khỏe cần được chăm sóc y tế tức thì để tránh mất mạng (và thai lưu nếu quý vị đang mang thai), mất chi, hoặc mất chức năng của chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng sức khỏe xấu đi nhanh chóng. Mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết mà quý vị nhận được ngoài mạng lưới cũng giống như khi quý vị nhận các dịch vụ này trong mạng lưới. Bảo hiểm chăm sóc cấp cứu chỉ áp dụng trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần khám ở phòng cấp cứu được Medicare đài thọ. Nếu quý vị được nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ lần khám ở phòng cấp cứu của quý vị, quý vị không phải trả tiền đồng trả phòng cấp cứu. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ. Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải có sự cho phép của chương trình chúng tôi đối với việc chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới và chi phí của quý vị là chi phí chia sẻ mà quý vị sẽ phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới. Xem phần “Dịch vụ nội trú tại bệnh viện” của bảng quyền lợi y tế này để biết thông tin chia sẻ chi phí nội trú.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Quyền lợi thể dục Các thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) được sử dụng các phòng tập thể dục trong mạng lưới để giúp quý vị kiểm soát sức khỏe và cảm thấy tốt nhất. Với tư cách là thành viên, quý vị nhận được những quyền lợi sau với chi phí thấp hoặc miễn phí: • Thể hình Thể dục: Quý vị có quyền sử dụng nhiều phòng tập thể hình địa phương. Quý vị có thể tìm một trung tâm thể dục trong bán kính 40 dặm bằng cách truy cập trang web thể dục. • Tập thể dục Trực tuyến: Các lớp học có sẵn, vui lòng truy cập trang web thể dục để xem lịch học. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, cần trợ giúp tìm một trung tâm thể dục tham gia, muốn ghi danh hoặc tìm hiểu thêm về chương trình, hãy liên hệ với Nhân viên Quản lý Quyền lợi. Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với quyền lợi thể dục.
Dịch vụ thính giác Các đánh giá chẩn đoán thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện để xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không được đài thọ như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận được chúng từ bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác. Nói chung, các lần khám thính giác bổ sung và máy trợ thính không phải là một quyền lợi được đài thọ.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các lần khám thính giác chẩn đoán được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Sàng lọc HIV Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc có nguy cơ nhiễm HIV cao, chúng tôi đài thọ: • Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng Nếu quý vị đang mang thai, chúng tôi đài thọ: • Tối đa 3 lần khám sàng lọc trong một thai kỳ **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các thành viên hội đủ điều kiện để sàng lọc HIV phòng ngừa được Medicare đài thọ.
Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà* Trước khi quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc tại nhà, một bác sĩ phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ chăm sóc tại nhà và sẽ yêu cầu một cơ quan chăm sóc tại nhà cung cấp các dịch vụ này. Quý vị không thể ra khỏi nhà, có nghĩa là việc rời khỏi nhà cần nhiều nỗ lực. Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm: • Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc không liên tục và dịch vụ trợ lý sức khỏe tại nhà (để được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng thời gian dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ trợ lý sức khỏe tại nhà của quý vị phải ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần) • Vật lý, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ • Dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật tư y tế *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần khám chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare đài thọ. Tuy nhiên, việc chia sẻ chi phí hiện hành được liệt kê ở vị trí khác trong bảng quyền lợi y tế này sẽ được áp dụng nếu vật dụng đó được đài thọ theo một quyền lợi khác. Ví dụ: thiết bị y tế lâu bền không do cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà phải được cung cấp bởi Home Services hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Liệu pháp truyền dịch tại nhà* Liệu pháp truyền dịch tại nhà liên quan đến việc truyền thuốc hoặc sinh phẩm vào tĩnh mạch hoặc dưới da cho một người tại nhà. Các thành phần cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm) và vật tư (ví dụ: ống truyền và ống thông).	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với liệu pháp truyền dịch tại nhà được Medicare đài thọ.
Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm: • Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của chương trình chúng tôi • Hướng dẫn và giáo dục bệnh nhân không được đài thọ theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Theo dõi từ xa • Các dịch vụ theo dõi để cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc truyền dịch tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện cung cấp	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các loại thuốc hóa trị Phần B được Medicare đài thọ và việc sử dụng các loại thuốc này.
Các loại thuốc Phần B không được ưu tiên có thể phải tuân theo Liệu pháp Từng bước. Danh sách các loại thuốc Phần B gần đây nhất phải tuân theo Liệu pháp Từng bước có thể được tìm thấy trên trang web của chúng tôi, www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các loại thuốc Phần B khác được Medicare đài thọ và việc sử dụng các loại thuốc này.
Xin lưu ý: Có thể có khoản chia sẻ chi phí riêng được áp dụng cho phí chuyên môn. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với thiết bị y tế bền lâu, bộ phận giả và vật tư y tế liên quan được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc cuối đời Quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi chăm sóc bệnh nhân cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y tế chăm sóc bệnh nhân cuối đời đã đưa ra tiên lượng cuối cùng xác nhận rằng quý vị bị bệnh nan y và chỉ còn sống được 6 tháng hoặc ít hơn nếu bệnh diễn biến bình thường. Quý vị có thể nhận được sự chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc bệnh nhân cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc bệnh nhân cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm các chương trình mà chúng tôi sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc bệnh nhân cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Thuốc để kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc tạm thời ngắn hạn như trị liệu hoặc • Chăm sóc tại nhà Khi quý vị được nhận vào một chương trình chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi; nếu quý vị tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm chương trình. **Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ có liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị:** Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị đối với các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân cuối đời và bất kỳ dịch vụ Phần A và Phần B nào liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị. Khi quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ lập hóa đơn cho Original Medicare đối với các dịch vụ mà Original Medicare thanh toán. Quý vị sẽ được lập hóa đơn chia sẻ chi phí Original Medicare.	Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc bệnh nhân cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và các dịch vụ Phần A và Phần B của quý vị liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị sẽ được Original Medicare thanh toán, không phải Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận. Có thể áp dụng mức chia sẻ chi phí bổ sung cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời được cung cấp trong thời gian nằm viện. Một khoản chia sẻ chi phí riêng có thể được áp dụng cho thuốc và chăm sóc tạm thời. Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần duy nhất) cho một người bị bệnh nan y chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời nhận được tại văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc cuối đời (tiếp) **Đối với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ không liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị:** Nếu quý vị cần các dịch vụ không phải là cấp cứu, không phải là khẩn cấp được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc B mà không liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị, chi phí của quý vị cho các dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị có sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình chúng tôi và tuân thủ các quy tắc của chương trình hay không (chẳng hạn như liệu có yêu cầu cho phép trước hay không). • Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân thủ các quy tắc của chương trình để nhận dịch vụ, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ trong mạng lưới • Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị phải trả chi phí chia sẻ theo Original Medicare **Đối với các dịch vụ được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) đài thọ nhưng không được Medicare Phần A hoặc B đài thọ:** Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ tiếp tục đài thọ các dịch vụ được chương trình đài thọ không được đài thọ theo Phần A hoặc B cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị hay không. Quý vị phải trả số tiền chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ này. **Đối với các loại thuốc có thể được đài thọ bởi quyền lợi Phần D của chương trình chúng tôi**: Nếu các loại thuốc này không liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị, quý vị phải trả chi phí chia sẻ. Nếu các loại thuốc này liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị, quý vị phải trả chi phí chia sẻ Original Medicare. Thuốc không bao giờ được cả dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi đài thọ cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, hãy xem Chương 5, Phần 9.4. **Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc cuối đời (chăm sóc không liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị), hãy liên hệ với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ. Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần duy nhất) cho một người bị bệnh nan y chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.	Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Tiêm chủng Các dịch vụ được đài thọ của Medicare Phần B bao gồm: • Các loại vắc-xin phòng viêm phí • Các mũi tiêm (hoặc vắc-xin) phòng cúm/influenza, mỗi mùa cúm/influenza một lần vào mùa thu và mùa đông, cùng với các mũi tiêm (hoặc vắc-xin) phòng cúm/influenza bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình bị nhiễm viêm gan B • Các loại vắc-xin COVID-19 • Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B Chúng tôi cũng đài thọ hầu hết các loại vắc-xin người lớn khác theo quyền lợi bảo hiểm thuốc Phần D của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy xem Chương 6, Phần 8. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với vắc-xin phòng viêm phổi, cúm/ influenza, viêm gan B và COVID-19. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với tất cả các loại vắc-xin Phần B khác được Medicare đài thọ. Quý vị phải đến một nhà cung cấp của Medicare để tiêm vắc-xin cúm và/hoặc viêm phổi. Quý vị có thể tiêm hầu hết các loại vắc-xin tại nhà thuốc địa phương của mình.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện* Bao gồm bệnh viện nội trú cấp cứu, bệnh viện phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn, và các loại dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Chăm sóc bệnh viện nội trú bắt đầu từ ngày quý vị chính thức được nhập viện theo lệnh của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị.) Quý vị được đài thọ không giới hạn số ngày trên mỗi giai đoạn quyền lợi cho việc nằm viện nội trú được Medicare đài thọ. Trừ trường hợp khẩn cấp, nhà cung cấp của quý vị phải thông báo cho chúng tôi rằng quý vị sẽ được nhập viện. Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm: • Phòng riêng bán phần (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Các dịch vụ điều dưỡng thông thường • Chi phí của các đơn vị chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như đơn vị chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc tim mạch) • Các loại thuốc và dược phẩm vào tĩnh mạch hoặc • Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • X-quang và các dịch vụ X quang khác • Các vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết • Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • Chi phí phòng mổ và phòng hồi sức • Vật lýtrị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ âm ngữ • Các dịch vụ cai nghiện nội trú • Theo các điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được đài thọ: giác mạc, thận, thận-tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa nội tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để trường hợp của quý vị được một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt xem xét, và trung tâm này sẽ quyết định xem quý vị có đủ điều kiện để cấy ghép hay không.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 90, bao gồm cả “ngày dự phòng trọn đời”. Quý vị phải thanh toán tất cả các chi phí ngoài “ngày dự phòng trọn đời”. Liên hệ với Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi này.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc tại bệnh viện nội trú* (tiếp) Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài mô hình chăm sóc của cộng đồng, quý vị có thể chọn đến các nhà cung cấp dịch vụ địa phương, miễn là các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép địa phương này sẵn sàng chấp nhận mức phí của Original Medicare. Nếu Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) cung cấp dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm nằm ngoài mô hình chăm sóc đối với cấy ghép trong cộng đồng của quý vị và quý vị chọn nhận dịch vụ cấy ghép tại địa điểm ở xa này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán chi phí chỗ ở và vận chuyển phù hợp cho quý vị và một người đồng hành. Chi phí đi lại phải được cho phép trước và tùy thuộc vào điều kiện hội đủ của người nhận. Tổng mức bồi hoàn tối đa cho chi phí đi lại để cấy ghép là $5,000. Chi phí ăn uống và chỗ ở bị giới hạn ở mức tối đa $150 mỗi ngày và áp dụng vào mức tối đa $5,000. • Máu - bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu lắng bắt đầu với panh máu đầu tiên quý vị cần. Tất cả các thành phần khác của máu đều được đài thọ bắt đầu với panh máu đầu tiên. • Các dịch vụ của bác sĩ **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải đưa ra chỉ định để chính thức nhập viện cho quý vị với tư cách là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị có thể nhận thêm thông tin trong tờ thông tin *Quyền lợi Bệnh viện của Medicare.* Tờ thông tin này có sẵn tại www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 711. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	**Xin lưu ý:** Nếu quý vị nhận các vật tư mang về nhà hoặc bất kỳ vật dụng nào không liên quan đến tình trạng quý vị đang được điều trị, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm chi trả các chi phí này. Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị tới bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị chưa nhận bất kỳ dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú (hoặc chăm sóc chuyên môn tại SNF) nào trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị tới bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ. Các quyền lợi nội trú của quý vị được dựa trên ngày nhập viện. Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc nội trú được cho phép tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị đã ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần nằm viện. Quý vị nhận được tối đa 190 ngày chăm sóc tại bệnh viện tâm thần nội trú được Medicare đài thọ trong suốt cuộc đời. Xin lưu ý rằng số ngày nằm viện trọn đời được đài thọ không bao giờ được đặt lại. Ví dụ: nếu trước đây Medicare đã chi trả cho quý vị nằm viện tâm thần nội trú trong 100 ngày, thì chương trình của quý vị sẽ chỉ chi trả cho tối đa 90 ngày nằm viện sau này. Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp trong một đơn vị tâm thần của một bệnh viện đa khoa. Trừ trường hợp khẩn cấp, nhà cung cấp của quý vị phải thông báo cho chúng tôi rằng quý vị sẽ được nhập viện. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được quản lý bởi Providence Health Assurance. Phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào mỗi ngày cho các ngày từ 1 đến 90, bao gồm cả “ngày dự phòng trọn đời”. Quý vị phải thanh toán tất cả các chi phí ngoài “ngày dự phòng trọn đời”. Liên hệ với Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi này. Giai đoạn quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị nhập viện và kết thúc khi quý vị không nhận bất kỳ dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú nào trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị nhập viện sau khi một giai đoạn quyền lợi đã kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Tất cả các lần nằm viện chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú, bất kể tình trạng, sẽ được áp dụng vào giai đoạn quyền lợi. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ*	
Nếu quý vị đã sử dụng hết quyền lợi nội trú hoặc nếu lần nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không đài thọ lần nằm viện nội trú của quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ các dịch vụ nhất định mà quý vị nhận được khi ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm: • Các dịch vụ của bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm) • Chụp X-quang, trị liệu bằng radium và đồng vị bao gồm vật dụng và dịch vụ kỹ thuật viên • Băng phẫu thuật • Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp xương • Các thiết bị bộ phận giả và chỉnh hình (ngoài răng) thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ quan nội tạng (bao gồm mô tiếp giáp), hoặc toàn bộ hoặc một phần chức năng của cơ quan nội tạng không hoạt động vĩnh viễn hoặc trục trặc, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó • Nẹp chân, tay, lưng và cổ; băng đỡ, và chân, tay, mắt giả bao gồm điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do vỡ, mòn, mất hoặc thay đổi tình trạng thể chất của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu vận động *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Các dịch vụ và vật tư được liệt kê ở bên trái sẽ tiếp tục được đài thọ với chia sẻ chi phí được mô tả trong các phần tương ứng của bảng quyền lợi y tế này. Ví dụ: vật lý trị liệu sẽ được đài thọ với số tiền chia sẻ chi phí theo “Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú”.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chương trình cung cấp bữa ăn (chỉ sau khi xuất viện) Chúng tôi đài thọ lên đến 56 bữa ăn trong thời gian 28 ngày. Quyền lợi này có thể được sử dụng ngay sau khi quý vị xuất viện từ Bệnh viện Cấp tính Nội trú, Bệnh viện Tâm thần Nội trú hoặc SNF (nếu sự kiện trước đó là một lần nằm viện nội trú đủ điều kiện). Tất cả các bữa ăn sẽ được giao trực tiếp đến nhà quý vị và quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận các bữa ăn để giúp quý vị quản lý hoặc phục hồi từ các tình trạng sức khỏe hoặc chấn thương cụ thể. Các hướng dẫn về quyền lợi: • Đợt cung cấp bữa ăn đầu tiên có thể mất tối đa ba ngày làm việc sau khi yêu cầu • Những lần nằm viện để theo dõi không đủ điều kiện nhận quyền lợi bữa ăn này • Bữa ăn phải được yêu cầu thông qua nhà cung cấp dịch vụ cung cấp bữa ăn của chúng tôi • Có thể áp dụng một số hạn chế và giới hạn Quý vị không cần thực hiện bất kỳ hành động nào để bắt đầu quyền lợi này vì chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với các thành viên hội đủ điều kiện. Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với chương trình giao bữa ăn không được Medicare đài thọ. Bảo hiểm được giới hạn với hai bữa ăn mỗi ngày trong 28 ngày (tổng cộng 56 bữa) sau mỗi lần nhập viện nội trú.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không phải đang lọc máu) hoặc sau khi ghép thận khi được bác sĩ chỉ định. Chúng tôi đài thọ 3 giờ tư vấn một-một trong năm đầu tiên quý vị nhận được các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare (điều này bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác hoặc Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, cách điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận được nhiều giờ điều trị hơn theo chỉ định của bác sĩ. Một bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn chỉ định hàng năm nếu quý vị cần điều trị vào năm dương lịch tiếp theo.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với các thành viên hội đủ điều kiện nhận dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế được Medicare đài thọ.
Chúng tôi đài thọ liệu pháp dinh dưỡng y tế được bác sĩ kê toa bất kể tình trạng hoặc chẩn đoán của quý vị. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế không được Medicare đài thọ do bác sĩ chỉ định.
Chương trình Phòng ngừa Bệnh tiểu đường Medicare (MDPP) Các dịch vụ MDPP được đài thọ cho những người hội đủ điều kiện theo tất cả các chương trình y tế Medicare. MDPP là một can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc, cung cấp hướng dẫn thực tế về thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức trong việc duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với quyền lợi MDPP.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Thuốc Medicare Phần B* **Các loại thuốc này được đài thọ theo Phần B của Original Medicare. Các thành viên của chương trình của chúng tôi nhận bảo hiểm cho các loại thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi. Các loại thuốc được đài thọ bao gồm:** • Các loại thuốc thường không được bệnh nhân tự sử dụng và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận các dịch vụ tại phòng khám, bệnh viện ngoại trú hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú • Insulin được cung cấp thông qua một vật dụng là thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác mà quý vị sử dụng với thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy xông khí dung) đã được chương trình của chúng tôi cho phép • Thuốc trị bệnh Alzheimer, Leqembi®, (tên thường gọi lecanemab), được tiêm tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần thêm các lần chụp và xét nghiệm trước và/hoặc trong quá trình điều trị, có thể làm tăng tổng chi phí của quý vị. Vui lòng trao đổi với bác sĩ của quý vị về những lần chụp và xét nghiệm mà quý vị có thể cần trong quá trình điều trị. • Yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị bệnh máu khó đông • Thuốc cấy ghép/ức chế miễn dịch: Medicare đài thọ liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare đã chi trả cho dịch vụ cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm cấy ghép được đài thọ và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch. Bảo hiểm thuốc kê toa Phần D của Medicare đài thọ thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đài thọ • Thuốc loãng xương dạng tiêm, nếu quý vị bị hạn chế đi lại, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận có liên quan đến bệnh loãng xương sau mãn kinh và không thể tự tiêm thuốc • Một số kháng nguyên: Medicare đài thọ kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị những kháng nguyên này và một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) tiêm chúng dưới sự giám sát thích hợp	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với hóa trị và thuốc xạ trị được Medicare đài thọ theo Phần B và các loại thuốc Phần B khác. Một mức chia sẻ chi phí riêng có thể áp dụng cho việc sử dụng các thuốc kê toa Phần B được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ. Thuốc kê toa Phần B của Medicare có thể phải tuân theo liệu pháp từng bước. Chia sẻ chi phí insulin phải tuân theo giới hạn chia sẻ chi phí là $35 cho lượng insulin dùng một tháng.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Thuốc kê toa Medicare Phần B* (tiếp) • Một số loại thuốc chống ung thư dạng uống: Medicare đài thọ một số loại thuốc ung thư dạng uống nếu loại thuốc đó cũng có sẵn ở dạng tiêm, hoặc nếu thuốc là một tiền dược (dạng uống của thuốc mà khi uống vào sẽ phân hủy thành cùng một hoạt chất có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi các loại thuốc ung thư dạng uống mới xuất hiện, Phần B có thể đài thọ cho các loại thuốc này. Nếu Phần B không đài thọ, Phần D sẽ đài thọ • Thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare đài thọ thuốc chống buồn nôn dạng uống được sử dụng như một phần của phác đồ hóa trị chống ung thư, nếu thuốc được sử dụng trước, trong hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị, hoặc được dùng để thay thế hoàn toàn cho một loại thuốc chống buồn nôn dạng tiêm tĩnh mạch • Một số loại thuốc điều trị Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD) dạng uống được Medicare Phần B đài thọ: • Các loại thuốc calcimimetic và thuốc liên kết phosphate trong hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar®. • Một số loại thuốc dùng trong lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin khi cần thiết về mặt y tế, và thuốc gây tê tại chỗ. • Các loại thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare đài thọ thuốc tiêm erythropoietin nếu quý vị bị Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD) hoặc cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • Globulin miễn dịch dạng tiêm tĩnh mạch để điều trị các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát tại nhà • Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường ruột (nuôi ăn bằng đường tiêm tĩnh mạch và ống).	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Thuốc kê toa Medicare Phần B* (tiếp) Liên kết này sẽ đưa quý vị đến danh sách các loại thuốc Phần B có thể phải tuân theo Liệu pháp Từng bước: www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary Chúng tôi cũng đài thọ hầu hết các loại vắc-xin khác dành cho người lớn theo quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi. Chương 5 giải thích về quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để thuốc kê toa được đài thọ. Chi phí quý vị phải trả cho các loại thuốc Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích trong Chương 6. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	
Đường dây Tư vấn Y tá Quý vị đang đối mặt với một tình huống y tế có thể khẩn cấp? Đường dây Tư vấn Y tá luôn sẵn sàng 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Các y tá đã đăng ký sẽ giúp quý vị xác định các bước tiếp theo, từ việc uống thuốc giảm đau đến thăm khám tại một cơ sở chăm sóc khẩn cấp. Dù quý vị đang gọi điện để hỏi về bản thân hay con cái, các y tá của chúng tôi đều có thể hỗ trợ. Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với đường dây tư vấn y tá.
Sàng lọc béo phì và liệu pháp nhằm thúc đẩy giảm cân bền vững Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ đài thọ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Việc tư vấn này được đài thọ nếu quý vị nhận được tại cơ sở chăm sóc chính, nơi có thể được điều phối với chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Quý vị có thể trao đổi với bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc chính của mình để tìm hiểu thêm. **Xin lưu ý**: Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với sàng lọc và liệu pháp phòng ngừa béo phì.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ của chương trình điều trị opioid* Các thành viên của chương trình của chúng tôi bị rối loạn sử dụng opioid (OUD) có thể nhận bảo hiểm các dịch vụ để điều trị OUD thông qua Chương trình Điều trị Opioid (OTP), bao gồm các dịch vụ sau: • Các loại thuốc hỗ trợ điều trị bằng thuốc (MAT) theo cơ chế chủ vận và đối kháng opioid được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt. • Cấp phát và sử dụng thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn về lạm dụng chất gây nghiện • Liệu pháp cá nhân và nhóm • Xét nghiệm độc chất • Các hoạt động đầu vào • Các đánh giá định kỳ **Xin lưu ý:** Có thể áp dụng mức chia sẻ chi phí riêng nếu cung cấp thêm các dịch vụ bổ sung. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với nhà cung cấp điều trị opioid đã ghi danh với Medicare. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với các dịch vụ của chương trình điều trị opioid được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm:	
• Chụp X-quang	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các lần chụp X-quang được Medicare đài thọ.
• Xạ trị (bằng radium và đồng vị) bao gồm các vật dụng và vật tư của kỹ thuật viên	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ và vật tư xạ trị được Medicare đài thọ.
• Các thủ thuật chụp chiếu đặc biệt như MRI, CT và PET. Tất cả các thủ thuật chụp chiếu đặc biệt cần được điều phối bởi nhà cung cấp chỉ định thông qua nhân viên quan lý quyền lợi chụp chiếu. • Các xét nghiệm chẩn đoán đặc biệt, chẳng hạn như siêu âm và theo dõi Holter	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi thủ thuật chụp chiếu đặc biệt và xét nghiệm chẩn đoán đặc biệt được Medicare đài thọ.
• Các vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các vật tư phẫu thuật hoặc nẹp được Medicare đài thọ.
• Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp xương	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với băng gạc và vật tư, nẹp, bó bột và các thiết bị khác được Medicare đài thọ được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp xương. Những vật dụng này phải được Providence Home Services hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác cung cấp.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú* (tiếp) • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ xét nghiệm được Medicare đài thọ.
• Máu - bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. Bảo hiểm cho toàn bộ máu và hồng cầu lắng chỉ bắt đầu với panh máu thứ tư mà quý vị cần - quý vị phải thanh toán chi phí cho 3 panh máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong một năm dương lịch hoặc có máu do quý vị hoặc người khác hiến tặng. Tất cả các thành phần khác của máu được đài thọ bắt đầu từ panh đầu tiên được sử dụng. • Các xét nghiệm chẩn đoán không phải trong phòng thí nghiệm như CT, MRI, EKG và PET khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị yêu cầu các dịch vụ này để điều trị một vấn đề y tế.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ về máu. Chia sẻ chi phí dựa trên các quyền lợi của Original Medicare và phụ thuộc vào quy trình và việc xử lý máu.
• Các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán ngoại trú khác Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare đài thọ. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bổ sung ngoài các xét nghiệm/thủ thuật trong phòng thí nghiệm, xét nghiệm máu hoặc các xét nghiệm/thủ thuật chẩn đoán khác được Medicare đài thọ, có thể áp dụng một mức chia sẻ chi phí riêng cho dịch vụ đó. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Theo dõi bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện* Các dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện được cung cấp để xác định xem quý vị có cần được nhập viện hay có thể được xuất viện. Để các dịch vụ theo dõi bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện được đài thọ, các dịch vụ này phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được đài thọ khi được cung cấp theo chỉ định của bác sĩ hoặc người khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và quy định nội bộ của bệnh viện để nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc yêu cầu các xét nghiệm ngoại trú. **Lưu ý:** Trừ khi nhà cung cấp đã viết một chỉ định nhận quý vị vào bệnh viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị có thể nhận thêm thông tin trong tờ thông tin *Quyền lợi Bệnh viện của Medicare.* Tờ thông tin này có sẵn tại www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ theo dõi được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện*	
Chúng tôi đài thọ các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích.	
Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm:	
• Các dịch vụ tại khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú. **Xin lưu ý:** Có thể có khoản chia sẻ chi phí riêng được áp dụng cho phí chuyên môn.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần khám ở phòng cấp cứu được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ theo dõi được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần phẫu thuật ngoại trú được Medicare đài thọ. Không có phí cơ sở cho các lần khám tại phòng khám ngoại trú.
• Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ xét nghiệm được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare đài thọ.
• Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong một chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng sẽ cần điều trị nội trú nếu không có nó	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với các dịch vụ của chương trình nhập viện bán phần được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện* (tiếp) • Chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác do bệnh viện lập hóa đơn • Vật tư y tế như nẹp và bó bột • Một số loại thuốc và sinh phẩm nhất định mà quý vị không thể tự sử dụng **Lưu ý:** Trừ khi nhà cung cấp đã viết một chỉ định nhận quý vị vào bệnh viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare gọi là *Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú tại Bệnh viện? Nếu Quý vị Có Medicare – Hãy hỏi!* Tờ thông tin này có sẵn trên Trang web tại https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ X-quang và phóng xạ được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi thủ thuật chụp chiếu đặc biệt và xét nghiệm chẩn đoán đặc biệt được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với hóa trị và thuốc xạ trị được Medicare đài thọ theo Phần B và các loại thuốc Phần B khác. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần do bác sĩ hoặc bác sĩ tâm thần được cấp phép hành nghề ở tiểu bang, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, y tá chuyên khoa lâm sàng, chuyên gia tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), điều dưỡng điều trị (NP), trợ lý bác sĩ (PA) hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện của Medicare khác cung cấp theo luật tiểu bang hiện hành. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được quản lý bởi Providence Health Assurance. Phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám trị liệu được Medicare đài thọ theo hình thức cá nhân hoặc nhóm. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với các dịch vụ của chương trình nhập viện bán phần được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: vật lý trị liệu, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ. Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp trong nhiều cơ sở ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như khoa ngoại trú của bệnh viện, văn phòng nhà trị liệu độc lập và Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF). Tất cả các dịch vụ vật lý trị liệu và trị liệu vận động phải được cho phép trên cơ sở ngoại trú. Các thông báo cho các dịch vụ phục hồi chức năng được hoàn thành thông qua một đại diện ủy quyền thay mặt cho Providence Health Assurance. Một thông báo là yêu cầu ban đầu được gửi đến đại diện ủy quyền để thông báo cho Providence Health Assurance rằng quý vị đang bắt đầu các dịch vụ vật lý trị liệu và/hoặc trị liệu vận động. Đại diện ủy quyền xác định xem các yêu cầu có được phê duyệt hay không hoặc có yêu cầu xem xét sự cần thiết về mặt y tế hay không. *Không yêu cầu cho phép trước cho các dịch vụ phục hồi chức năng ban đầu và các lần khám tiếp theo.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám trị liệu vận động được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám vật lý trị liệu và trị liệu ngôn ngữ được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ ngoại trú cho chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện* Các mức chăm sóc được đài thọ cho rối loạn sử dụng chất gây nghiện bao gồm: • Nhập viện bán phần/Điều trị ban ngày • Điều trị ngoại trú chuyên sâu • Điều trị ngoại trú Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Đánh giá chẩn đoán, đánh giá và lập kế hoạch điều trị • Điều trị và/hoặc thủ thuật • Quản lý thuốc và các phương pháp điều trị liên quan khác • Trị liệu cá nhân, gia đình và nhóm • Các dịch vụ quản lý ca bệnh dựa trên nhà cung cấp • Can thiệp khủng không **Xin lưu ý:** Tất cả các dịch vụ rối loạn sử dụng chất gây nghiện phải được nhận trên cơ sở ngoại trú tại bệnh viện, cơ sở thay thế hoặc văn phòng của nhà cung cấp. Ngoài ra, các dịch vụ này phải được cung cấp bởi, hoặc dưới sự chỉ đạo của, một chuyên gia sức khỏe hành vi có đủ điều kiện. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được quản lý bởi Providence Health Assurance. Phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với các dịch vụ của chương trình nhập viện bán phần được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám trị liệu ngoại trú chuyên sâu được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám trị liệu cá nhân hoặc nhóm được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm cả các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật không lưu trú*	
Lưu ý: Nếu quý vị phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên hỏi nhà cung cấp về việc quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp viết chỉ định nhận quý vị vào bệnh viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho phẫu thuật ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. **Xin lưu ý**: Có thể có khoản chia sẻ chi phí riêng được áp dụng cho phí chuyên môn. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần phẫu thuật ngoại trú tại bệnh viện được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ theo dõi được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Không kê toa (OTC) Chúng tôi cung cấp cho quý vị một thẻ ghi nợ được nạp sẵn với số tiền trợ cấp là $40 mỗi ba tháng để chi trả cho các mặt hàng sức khỏe và chăm sóc sức khỏe không kê toa (OTC). Số tiền trợ cấp của quý vị sẽ được cộng dồn ba tháng một lần và hết hạn sau 11:59 tối ngày 31 tháng 12 hàng năm. Quý vị có thể mua các vật dụng sức khỏe OTC đủ điều kiện tại các nhà thuốc bán lẻ tham gia ở khu vực của quý vị. Hoặc, để có trải nghiệm không tiếp xúc, quý vị có thể đặt hàng từ danh mục qua điện thoại, trang web hoặc đường bưu điện. Xin lưu ý rằng các vật dụng trong danh mục chỉ có sẵn để giao tận nhà. Ngoài ra, các vật dụng này không được phép mua từ bất kỳ nhà cung cấp hoặc kênh phân phối nào khác ngoài những kênh đã được mô tả ở trên. Để được hỗ trợ hoặc nhận danh sách các mặt hàng và nhà thuốc bán lẻ được phê duyệt, hãy truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts. Đối với tất cả các câu hỏi hoặc lo ngại khác, vui lòng gọi cho Providence Health Assurance theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi 711.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các vật dụng không kê toa. Quý vị có số tiền trợ cấp là $35 ba tháng một lần (thẻ bán lẻ, danh mục, đặt hàng OTC trực tuyến, qua đường bưu điện và qua điện thoại). Số tiền chưa sử dụng sẽ được cộng dồn từ quý này sang quý khác, sau đó hết hạn vào cuối năm dương lịch 2026. Các vật dụng không kê toa chỉ có thể được mua từ danh mục của chúng tôi hoặc các nhà bán lẻ được phê duyệt. Để nhận một bản sao của danh mục, vui lòng liên hệ với nhân viên quản lý quyền lợi hoặc Dịch vụ Khách hàng của Providence.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ nhập viện bán phần và dịch vụ ngoại trú chuyên sâu* *Nhập viện bán phần* là một chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có cường độ cao hơn việc chăm sóc mà quý vị nhận được tại văn phòng của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc chuyên gia tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép, và là một giải pháp thay thế cho việc nằm viện nội trú. *Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu* là một chương trình điều trị liệu pháp hành vi (tâm thần) tích cực có cấu trúc được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện, một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, một trung tâm y tế đủ điều kiện của liên bang hoặc một phòng khám sức khỏe nông thôn, có cường độ cao hơn việc chăm sóc mà quý vị nhận được tại văn phòng của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc chuyên gia tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép, nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện bán phần. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được quản lý bởi Providence Health Assurance. Phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khấu trừ nào đối với các dịch vụ nhập viện bán phần được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Hệ thống Ứng phó Khẩn cấp Cá nhân (PERS) Hệ thống Ứng phó Khẩn cấp Cá nhân (PERS) cung cấp cho quý vị quyền truy cập 24/7 để được trợ giúp trong trường hợp khẩn cấp. Chỉ cần quý vị nhấn nút trên thiết bị đã có thể nói chuyện với một nhân viên vận hành có chuyên môn, nhân viên này sẽ điều phối nhóm cấp cứu đến vị trí của quý vị. Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Vận chuyển và hoàn thiện thiết bị di động và bộ phận cơ bản • Công nghệ GPS để xác định vị trí của quý vị trong trường hợp khẩn cấp • Công nghệ phát hiện té ngã tự động **Xin lưu ý:** Việc theo dõi video từ xa không được đài thọ. Để được cung cấp Dịch vụ khách hàng hoặc đăng ký, hãy truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ của PERS.
Các dịch vụ của Bác sĩ/Chuyên gia, bao gồm cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ, trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận, khoa ngoại trú của bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác. • Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare đài thọ.
• Các lần khám thính giác và thăng bằng cơ bản do PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu để xem liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không.	Để biết thông tin chia sẻ chi phí khám thính giác và thăng bằng, vui lòng xem phần "Các dịch vụ thính giác" của bảng quyền lợi y tế này.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ của Bác sĩ/Chuyên gia, bao gồm cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp) • Một số dịch vụ y tế từ xa nhất định, bao gồm: chăm sóc chính và chuyên khoa, chăm sóc sức khỏe tâm thần, điều trị rối loạn sử dụng opioid và chất gây nghiện, tập thể dục có giám sát, trị liệu vận động và vật lý, các dịch vụ ngôn ngữ trị liệu, giáo dục bệnh thận, tự quản lý bệnh tiểu đường và các lần khám tư vấn và theo dõi đối với việc nằm viện, phẫu thuật hoặc lần khám tại khoa cấp cứu. o Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua lần khám trực tiếp hoặc bằng dịch vụ khám sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong các dịch vụ này bằng dịch vụ khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ khám sức khỏe từ xa. o Các dịch vụ sẽ được cung cấp thông qua kết nối âm thanh và video tương tác khi được nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ được xem là phù hợp về mặt y tế. • Một số dịch vụ khám sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc chuyên gia, cho bệnh nhân ở một số khu vực nông thôn nhất định hoặc các địa điểm khác được Medicare phê duyệt • Các dịch vụ y tế từ xa cho các lần khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối cho các thành viên lọc máu tại nhà ở một trung tâm lọc thận có trụ sở tại bệnh viện hoặc bệnh viện tiếp cận quan trọng, cơ sở lọc thận hoặc nhà của thành viên. • Các dịch vụ khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ, dù quý vị ở đâu.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi dịch vụ y tế từ xa bổ sung được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ của Bác sĩ/Chuyên gia, bao gồm cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp) • Các dịch vụ khám sức khỏe từ xa dành cho các thành viên bị rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời, bất kể vị trí của họ. • Các dịch vụ khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: o Quý vị có một lần khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên của quý vị. o Quý vị có một lần khám trực tiếp cứ sau 12 tháng trong lúc nhận các dịch vụ khám sức khỏe từ xa này. o Các trường hợp ngoại lệ có thể được thực hiện đối với những điều trên trong một số trường hợp nhất định • Các dịch vụ khám sức khỏe từ xa cho các lần khám sức khỏe tâm thần do các Phòng khám Sức khỏe Nông thôn và các Trung tâm Y tế Đủ điều kiện của Liên bang cung cấp • Kiểm tra trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **nếu**: o Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** o Việc kiểm tra không liên quan đến một lần khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và** o Việc kiểm tra không phải để khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc buổi hẹn khám có sẵn sớm nhất • Đánh giá video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi cho bác sĩ của quý vị, và việc diễn giải và theo dõi của bác sĩ của quý vị trong vòng 24 giờ **nếu**: o Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** o Việc đánh giá không liên quan đến một lần khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và** o Việc đánh giá không phải để khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc buổi hẹn khám có sẵn sớm nhất • Tư vấn bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử • Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp mạng lưới khác trước khi phẫu thuật	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ của Bác sĩ/Chuyên gia, bao gồm cả các lần khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp) • Công nghệ truy cập từ xa không được Medicare đài thọ: Chúng tôi cung cấp quyền truy cập vào các nhà cung cấp trong mạng lưới thông qua o Các lần khám qua điện thoại cho các dịch vụ quản lý thuốc và bệnh tật, giống như khi quý vị gọi đến Đường dây Tư vấn Y tá o Email thông qua một ứng dụng, giống như khi quý vị gửi tin nhắn cho nhóm chăm sóc của quý vị trong MyChart • Quyền lợi này chỉ đài thọ phí dịch vụ của nhà cung cấp, không phải bất kỳ phí phòng khám hoặc cơ sở nào. Nhiều khoản chia sẻ chi phí có thể được áp dụng tùy thuộc vào các dịch vụ được cung cấp.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ công nghệ truy cập từ xa không được Medicare đài thọ.
Các dịch vụ về chân Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các chấn thương và bệnh lý về bàn chân (chẳng hạn như ngón chân hình búa hoặc gai gót chân) • Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các thành viên có một số tình trạng y tế nhất định ảnh hưởng đến chi dưới **Xin lưu ý:** Một khoản chia sẻ chi phí riêng có thể được áp dụng nếu cung cấp thêm các dịch vụ bổ sung và/hoặc nếu các dịch vụ về chân được đài thọ được cung cấp tại một cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám về chân được Medicare đài thọ. Vui lòng tham khảo "Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú" đối với các dịch vụ được cung cấp trong môi trường ngoại trú. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV Nếu quý vị không bị HIV, nhưng bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác của quý vị xác định quý vị có nguy cơ mắc HIV cao hơn, chúng tôi sẽ đài thọ thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Thuốc PrEP dạng uống hoặc tiêm được FDA phê duyệt. Nếu quý vị đang sử dụng thuốc tiêm, chúng tôi cũng đài thọ phí tiêm thuốc. • Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ HIV, giảm nguy cơ HIV và tuân thủ thuốc) mỗi 12 tháng. • Tối đa 8 lần sàng lọc HIV mỗi 12 tháng. Một lần sàng lọc vi-rút viêm gan B.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với quyền lợi PrEP.
Kiểm tra sàng lọc ung thư tuyến tiền liệu Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được đài thọ bao gồm những điều sau - 12 tháng một lần: • Khám trực tràng bằng ngón tay • Xét nghiệm Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến tiền liệt (PSA) **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với một lần xét nghiệm PSA hàng năm. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với một lần khám trực tràng bằng ngón tay được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả và vật tư liên quan Các thiết bị (không phải nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần của một bộ phận hoặc chức năng cơ thể. Những thiết bị này bao gồm, nhưng không chỉ gồm: thử nghiệm, lắp đặt hoặc hướng dẫn cách sử dụng các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả; cũng như: túi và vật tư hậu môn giả liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc hậu môn giả, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày chỉnh hình, chân tay giả và vú giả (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau khi cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư liên quan đến các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả, và sửa chữa và/hoặc thay thế các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả. Cũng bao gồm một số bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể - hãy xem *Chăm sóc Thị giác* trong bảng này để biết thêm chi tiết. Tất cả các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả và vật tư liên quan phải được cung cấp bởi Providence Home Services hoặc nhà cung cấp mạng lưới khác. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả và vật tư liên quan được Medicare đài thọ. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với băng gạc và vật tư, nẹp và các thiết bị khác được Medicare đài thọ được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp xương. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.
Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được đài thọ cho các thành viên bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) từ trung bình đến rất nặng và có chỉ định phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính. Các lần khám phục hồi chức năng phổi được giới hạn trong 36 buổi trong khoảng thời gian 36 tuần. Nếu cần thiết về mặt y tế, quý vị có thể được nhận thêm tối đa 36 buổi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám phục hồi chức năng phổi được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Công nghệ Truy cập Từ xa Chúng tôi cung cấp quyền truy cập vào các nhà cung cấp trong mạng lưới thông qua • Các lần khám qua điện thoại cho các dịch vụ quản lý thuốc và bệnh tật, giống như khi quý vị gọi cho ProvRN • Email thông qua một ứng dụng, giống như khi quý vị gửi tin nhắn cho nhóm chăm sóc của quý vị trong MyChart • Một nền tảng web chuyên dụng để đặt lịch hẹn chăm sóc khẩn cấp trong cùng ngày khi quý vị truy cập Providence ExpressCare Virtual trên máy tính bảng, điện thoại thông minh hoặc máy tính	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các dịch vụ công nghệ truy cập từ xa không được Medicare đài thọ.
Sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu Chúng tôi đài thọ một lần sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu, nhưng không phụ thuộc vào rượu. Nếu quý vị sàng lọc dương tính với việc lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận được tối đa 4 buổi tư vấn trực tiếp ngắn gọn mỗi năm (nếu quý vị có năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) do bác sĩ hoặc người hành nghề chăm sóc chính đủ điều kiện cung cấp trong một cơ sở chăm sóc chính. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi quyền lợi phòng ngừa sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT)* Đối với những người đủ điều kiện, chụp LDCT được đài thọ 12 tháng một lần. **Các thành viên hội đủ điều kiện là**: những người từ 50 - 77 tuổi không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói-năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua, người nhận được chỉ định chụp LDCT trong một buổi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và buổi ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho các lần khám đó và được cung cấp bởi một bác sĩ hoặc chuyên gia không phải bác sĩ có chuyên môn. *Đối với các lần sàng lọc ung thư phổi bằng LDCT sau lần sàng lọc LDCT ban đầu:* các thành viên phải nhận được chỉ định sàng lọc ung thư phổi bằng LDCT, chỉ định này có thể được cung cấp trong bất kỳ lần khám thích hợp nào với bác sĩ hoặc chuyên gia không phải bác sĩ có chuyên môn. Nếu bác sĩ hoặc chuyên gia không phải bác sĩ có chuyên môn chọn cung cấp một buổi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và buổi ra quyết định chung cho các lần sàng lọc ung thư phổi sau này bằng LDCT, lần khám đó phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho các lần khám đó. LDCT cần được điều phối bởi nhà cung cấp chỉ định thông qua nhân viên quản lý quyền lợi chụp chiếu. Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với lần khám tư vấn và ra quyết định chung được Medicare đài thọ hoặc cho LDCT.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Sàng lọc nhiễm Vi-rút Viêm gan C Chúng tôi đài thọ một lần sàng lọc Viêm gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chuyên môn khác của quý vị yêu cầu một lần và quý vị đáp ứng một trong các điều kiện sau: • Quý vị có nguy cơ cao vì quý vị sử dụng hoặc đã sử dụng ma túy bất hợp pháp bằng cách tiêm. • Quý vị đã được truyền máu trước năm 1992. • Quý vị sinh từ năm 1945-1965. Nếu quý vị sinh từ năm 1945-1965 và không được coi là có nguy cơ cao, chúng tôi chi trả cho một lần sàng lọc. Nếu quý vị có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị đã tiếp tục sử dụng ma túy bất hợp pháp bằng cách tiêm kể từ lần xét nghiệm sàng lọc Viêm gan C âm tính trước đó của quý vị), chúng tôi sẽ đài thọ các lần sàng lọc hàng năm.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với lần sàng lọc vi-rút Viêm gan C được Medicare đài thọ.
Chẩn đoán sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) và tư vấn để phòng ngừa STI Chúng tôi đài thọ việc chẩn đoán sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) đối với chlamydia, lậu, giang mai và Viêm gan B. Các xét nghiệm sàng lọc này được đài thọ cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ mắc STI cao hơn khi các xét nghiệm này được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính yêu cầu. Chúng tôi đài thọ các xét nghiệm này mỗi 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ. Chúng tôi cũng đài thọ tối đa 2 người có các buổi tư vấn hành vi chuyên sâu trực tiếp kéo dài 20 đến 30 phút mỗi năm dành cho người lớn hoạt động tình dục có nguy cơ mắc STI cao hơn. Chúng tôi chỉ đài thọ các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu chúng được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và diễn ra tại một cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng bác sĩ. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với quyền lợi phòng ngừa sàng lọc STI và tư vấn STI được Medicare đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ để điều trị bệnh thận*	
Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để giảng dạy về chăm sóc thận và giúp các thành viên đưa ra các quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của họ. Đối với các thành viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ giới thiệu, chúng tôi đài thọ tối đa 6 buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận trong suốt cuộc đời.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare đài thọ.
• Các phương pháp điều trị lọc máu ngoại trú (bao gồm cả các phương pháp điều trị chạy thận khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận được).	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với việc điều trị chạy thận được Medicare đài thọ.
• Các phương pháp điều trị lọc máu nội trú (nếu quý vị được nhận vào nằm viện để được chăm sóc đặc biệt).	Không có phí bổ sung đối với các phương pháp điều trị lọc máu nhận được trong thời gian nằm viện nội trú được Medicare đài thọ.
• Vui lòng tham khảo phần "Chăm sóc nội trú tại bệnh viện" của bảng quyền lợi y tế này để biết các khoản chia sẻ chi phí nằm viện nội trú.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần đào tạo tự lọc máu được Medicare đài thọ.
• Hướng dẫn tự lọc máu (bao gồm hướng dẫn cho quý vị và người giúp quý vị trong các phương pháp điều trị lọc máu tại nhà).	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà được Medicare đài thọ.
• Thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà.	
• Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà nhất định (chẳng hạn như, khi cần thiết, các lần khám của nhân viên lọc máu có chuyên môn để kiểm tra việc lọc máu tại nhà của quý vị, giúp đỡ trong các trường hợp khẩn cấp và kiểm tra thiết bị lọc máu và nguồn nước của quý vị)	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần khám chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare đài thọ.
Một số loại thuốc nhất định để lọc máu được đài thọ theo Medicare Phần B. Để biết thông tin về bảo hiểm Thuốc Phần B, hãy xem **Thuốc Medicare Phần B** trong bảng này.	Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.
*Một số dịch vụ có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)* (Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy xem Chương 12. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi được gọi là SNF.) Chương trình của quý vị đài thọ tới 100 ngày mỗi giai đoạn quyền lợi. Không yêu cầu phải nằm viện trước đó. Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm: • Phòng riêng bán phần (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn. • Vật lý, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ • Các loại thuốc được cung cấp cho quý vị như một phần trong chương trình chăm sóc của chúng tôi (điều này bao gồm các chất có sẵn trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.) • Máu - bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. Bảo hiểm cho toàn bộ máu và hồng cầu lắng chỉ bắt đầu với panh máu thứ tư mà quý vị cần - quý vị phải thanh toán chi phí cho 3 panh máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong một năm dương lịch hoặc có máu do quý vị hoặc người khác hiến tặng. Tất cả các thành phần khác của máu được đài thọ bắt đầu từ panh đầu tiên được sử dụng. • Các vật tư y tế và phẫu thuật thường được SNF cung cấp • Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được SNF cung cấp • Chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác thường được SNF cung cấp • Sử dụng các thiết bị như xe lăn thường được SNF cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ/chuyên gia	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào mỗi ngày đối với các ngày từ 1-100 của thời gian quyền lợi. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị chưa nhận bất kỳ dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú (hoặc chăm sóc chuyên môn tại SNF) nào trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào SNF sau khi một giai đoạn quyền lợi đã kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Tất cả các lần lưu trú tại SNF, bất kể tình trạng nào, đều sẽ được áp dụng cho giai đoạn quyền lợi. Các quyền lợi SNF của quý vị dựa trên ngày dương lịch. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)* (tiếp) Nói chung, quý vị được chăm sóc tại SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Trong một số điều kiện được liệt kê dưới đây, quý vị có thể chi trả mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho một cơ sở không phải là nhà cung cấp mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận số tiền chi trả của chương trình của chúng tôi. • Một viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là cơ sở này cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn). • SNF nơi vợ/chồng hoặc người phối ngẫu của quý vị đang sống vào thời điểm quý vị ra viện. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Nếu quý vị được nhận vào cơ sở vào năm 2026 và không được xuất viện cho đến năm 2027, số tiền đồng trả mỗi ngày của quý vị có thể khác. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Cai hút thuốc và thuốc lá (tư vấn để ngừng hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá) Tư vấn cai hút thuốc và thuốc lá được đài thọ cho bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nằm viện đáp ứng các tiêu chí sau: • Sử dụng thuốc lá, bất kể họ có biểu hiện các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không. • Có năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn. • Một bác sĩ có chuyên môn hoặc chuyên gia được Medicare công nhận khác cung cấp tư vấn Chúng tôi đài thọ 2 lần cố gắng cai thuốc mỗi năm (mỗi lần cố gắng có thể bao gồm tối đa 4 buổi ở mức độ trung cấp hoặc chuyên sâu, với bệnh nhân nhận được tối đa 8 buổi mỗi năm.) **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với quyền lợi phòng ngừa cai thuốc lá và sử dụng thuốc lá được Medicare đài thọ.
Chúng tôi đài thọ **chương trình cai thuốc lá qua điện thoại**, bao gồm các vật tư của chương trình như liệu pháp thay thế nicotine. Sẵn sàng cho 12 tháng hỗ trợ? Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với chương trình cai thuốc lá qua điện thoại.
Các Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Người Mắc Bệnh Mạn tính (SSBCI) Một người ghi danh mắc bệnh mạn tính là người: • có một hoặc nhiều bệnh lý mạn tính phức tạp về mặt y tế và đồng thời (15 tình trạng được liệt kê dưới đây) đe dọa đến tính mạng hoặc hạn chế đáng kể sức khỏe hoặc chức năng tổng thể của người ghi danh; • có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc các kết quả sức khỏe bất lợi khác; và • cần điều phối chăm sóc chuyên sâu. Danh sách Bệnh Mạn tính:	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Người Mắc Bệnh Mạn tính (SSBCI) (tiếp) (1) Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất khác (SUD) (2) Rối loạn tự miễn: (i) Viêm nút quanh động mạch. (ii) Viêm đa cơ dạng thấp. (iii) Viêm đa cơ. (iv) Viêm da cơ. (v) Viêm khớp dạng thấp. (vi) Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống. (vii) Viêm khớp vảy nến. (viii) Xơ cứng bì. (3) Ung thư. (4) Rối loạn tim mạch: (i) Loạn nhịp tim. (ii) Bệnh động mạch vành. (iii) Bệnh mạch máu ngoại vi. (iv) Bệnh van tim. (5) Suy tim mạn tính. (6) Sa sút trí tuệ. (7) Đái tháo đường. (8) Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa. (9) Bệnh tiêu hóa mạn tính: (i) Bệnh gan mạn tính. (ii) Bệnh gan nhiễm mỡ không phải do rượu (NAFLD). (iii) Viêm gan B. (iv) Viêm gan C. (v) Viêm tụy. (vi) Hội chứng ruột kích thích. (vii) Bệnh viêm ruột. (10) Bệnh thận mạn tính (CKD): (i) CKD cần lọc máu/Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD). (ii) CKD không cần lọc máu. (11) Rối loạn huyết học nghiêm trọng: (i) Thiếu máu bất sản. (ii) Bệnh máu khó đông. (iii) Bệnh giảm tiểu cầu miễn dịch. (iv) Hội chứng loạn sản tủy. (v) Bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm (trừ đặc điểm hồng cầu hình liềm). (vi) Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính.	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Người Mắc Bệnh Mạn tính (SSBCI) (tiếp) (12) HIV/AIDS. (13) Rối loạn phổi mạn tính: (i) Hen suyễn, Viêm phế quản mạn tính. (ii) Xơ nang. (iii) Khí phế thũng. (iv) Xơ phổi. (v) Tăng huyết áp phổi. (vi) Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). (14) Các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật: (i) Rối loạn lưỡng cực. (ii) Rối loạn trầm cảm nặng. (iii) Rối loạn hoang tưởng. (iv) Tâm thần phân liệt. (v) Rối loạn phân liệt cảm xúc. (vi) Rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD). (vii) Rối loạn ăn uống. (viii) Rối loạn lo âu. (15) Rối loạn thần kinh: (i) Xơ cứng teo cơ một bên (ALS). (ii) Động kinh. (iii) Liệt lan rộng (tức là liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chi dưới, liệt một chi). (iv) Bệnh Huntington. (v) Đa xơ cứng. (vi) Bệnh Parkinson. (vii) Viêm đa dây thần kinh. (viii) Đau cơ xơ hóa. (ix) Hội chứng mệt mỏi mạn tính. (x) Chấn thương tủy sống. (xi) Hẹp cột sống. (xii) Thiếu sót thần kinh liên quan đến đột quỵ. (16) Đột quỵ. (17) Chăm sóc sau khi cấy ghép nội tạng. (18) Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch. (19) Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức: (i) Bệnh Alzheimer. (ii) Khuyết tật trí tuệ và khuyết tật phát triển. (iii) Chấn thương sọ não. (iv) Bệnh tâm thần gây tàn tật liên quan đến suy giảm nhận thức.	

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Người Mắc Bệnh Mạn tính (SSBCI) (tiếp) (v) Suy giảm nhận thức nhẹ. (20) Các tình trạng có thách thức về chức năng và yêu cầu các dịch vụ tương tự, bao gồm các tình trạng sau: (i) Chấn thương tủy sống. (ii) Liệt. (iii) Mất chi. (iv) Đột quỵ. (v) Viêm khớp. (21) Các tình trạng mạn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác. (22) Các tình trạng yêu cầu các dịch vụ trị liệu liên tục để các cá nhân duy trì hoặc giữ lại chức năng.	
Quyền lợi Thực phẩm và Sản phẩm Tương Quý vị có thể sử dụng số tiền trợ cấp của mình tại các cửa hàng được phê duyệt như Walgreens, Safeway, Fred Meyer, QFC, CVS, Walmart và Dollar General / Family Dollar. Các nhà bán lẻ được phê duyệt có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết. Các ví dụ về các mặt hàng thực phẩm và sản phẩm tươi bao gồm: bánh mì, sữa, trái cây và rau, thịt và hải sản, gạo, mì ống và trứng và các sản phẩm thay thế trứng.	Các thành viên hội đủ điều kiện có số tiền trợ cấp là $200, mỗi ba tháng, cho thực phẩm và sản phẩm tươi. Số tiền chưa sử dụng sẽ được cộng dồn từ quý này sang quý khác, sau đó hết hạn vào cuối năm dương lịch 2026.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Người Mắc Bệnh Mạn tính (SSBCI) (tiếp) **Các dịch vụ Chuyên chở Phi Y tế** Chuyên chở phi y tế là dịch vụ chuyên chở không liên quan đến cuộc hẹn y tế, chẳng hạn như đi lại đến và từ các địa điểm sau: o Các trung tâm thể dục (thể hình) và các hoạt động xã hội liên quan đến sức khỏe như khu vực giải trí, trung tâm cộng đồng, công viên và trung tâm mua sắm để đi dạo trong trung tâm mua sắm. o Nhà thuốc o Cửa hàng tạp hoang o Ngân hàng thực phẩm o Các trung tâm dành cho người cao tuổi trở lên, các dịch o Nhà thời gian cấp cứu. o Ngân hàng và các tổ chức tài chính o Tiệm hớt tóc và làm đẹp o Thăm gia đình Quý vị được đài thọ tối đa 24 chuyến đi một chiều đối với dịch vụ chuyên chở phi y tế. Quý vị muốn đặt lịch một chuyến đi cho một hoạt động sắp tới? Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts để biết thông tin liên hệ về quyền lợi.	Đối với thành viên hội đủ điều kiện, không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ đối với tối đa 24 chuyến đi một chiều (tối đa 25 dặm mỗi chiều) mỗi năm dương lịch.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Liệu pháp Tập thể dục có Giám sát (SET) SET được đài thọ cho các thành viên có bệnh động mạch ngoại biên (PAD) có triệu chứng.). Tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần được đài thọ nếu các yêu cầu của chương trình SET được đáp ứng. Chương trình SET phải: • Có các buổi kéo dài 30-60 phút, bao gồm một chương trình hướng dẫn tập thể dục trị liệu cho PAD ở những bệnh nhân bị đau cách hồi. • Được thực hiện tại một cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ • Được cung cấp bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo lợi ích vượt trội hơn tác hại, và được hướng dẫn về liệu pháp tập thể dục cho PAD. • Dưới sự giám sát trực tiếp của một bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc y tá chuyên khoa/y tá chuyên khoa lâm sàng, những người phải được đào tạo cả về các kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao. SET có thể được đài thọ ngoài 36 buổi trong 12 tuần trong 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian kéo dài nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi dịch vụ SET được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp Một dịch vụ được chương trình đài thọ yêu cầu được chăm sóc y tế tức thì nhưng không phải là trường hợp cấp cứu, được coi là một dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi hoặc, ngay cả khi quý vị ở trong khu vực dịch vụ của chương trình, việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý do thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Chương trình của chúng tôi phải đài thọ các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chỉ tính phí mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Các lần thăm khám với nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế (như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chương trình tạm thời không có sẵn. Bảo hiểm chăm sóc khẩn cấp chỉ áp dụng trong Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Chúng tôi cung cấp quyền truy cập vào các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới thông qua một nền tảng web chuyên dụng cho các cuộc hẹn y tế trong cùng ngày. Quý vị có thể truy cập Providence ExpressCare Virtual trên máy tính bảng, điện thoại thông minh hoặc máy tính.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám chăm sóc khẩn cấp được Medicare đài thọ. Nếu quý vị được nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ lần khám chăm sóc khẩn cấp của quý vị, quý vị không phải trả tiền đồng trả cho lần khám chăm sóc khẩn cấp. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và yêu cầu chăm sóc nội trú sau khi tình trạng của quý vị đã ổn định, quý vị phải được chương trình cho phép về dịch vụ chăm sóc nội trú đó. Nếu được cho phép, chi phí sẽ giống như khi quý vị sử dụng dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện trong mạng lưới. Xem phần “Dịch vụ nội trú tại bệnh viện” của bảng quyền lợi y tế này để biết thông tin chia sẻ chi phí nội trú. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc thị giác Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chấn thương của mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi tác. Original Medicare không đài thọ các lần khám mắt định kỳ (khúc xạ mắt) cho kính đeo mắt/kính áp tròng.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với mỗi lần khám được Medicare đài thọ để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tình trạng của mắt. **Xin lưu ý**: Có thể áp dụng mức chia sẻ chi phí riêng nếu cung cấp thêm các dịch vụ bổ sung.
• Đối với những người có nguy cơ cao hoặc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi đài thọ một lần sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, những người bị tiểu đường, người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với một lần sàng lọc bệnh tăng nhãn áp phòng ngừa hàng năm được Medicare đài thọ.
• Đối với những người bị tiểu đường, sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường được đài thọ mỗi năm một lần	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với một lần khám sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường được Medicare đài thọ mỗi năm dương lịch.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc thị giác (tiếp) **Thiết bị thị giác** • Sau phẫu thuật đục thủy tinh thể: Chương trình của quý vị đài thọ một cặp kính đeo mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể có đặt kính nội nhãn. (Nếu quý vị có 2 ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể giữ lại quyền lợi sau ca phẫu thuật đầu tiên và mua 2 cặp kính đeo mắt sau ca phẫu thuật thứ hai.) • Thiết bị thị giác y tế*: Thiết bị thị giác y tế có trong quyền lợi “Các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả và vật tư liên quan”. *Dịch vụ này có thể cần cho phép trước. Xem Phần 2 của chương này để biết chi tiết.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với một cặp kính đeo mắt hoặc kính áp tròng được Medicare đài thọ sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể. Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với các thiết bị chỉnh hình và bộ phận giả và vật tư liên quan được Medicare đài thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ chi trả các khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đài thọ.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc thị giác (thông thường không được Medicare đài thọ) Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: • Khám mắt định kỳ: Chương trình của chúng tôi đài thọ một lần khám mắt định kỳ khúc xạ mỗi năm dương lịch. Mục đích của lần khám này là để kiểm tra thị lực của quý vị nhằm xác định xem có cần thiết bị đeo mắt điều chỉnh hoặc đơn kính đeo mắt hoặc kính áp tròng mới phù hợp hơn hay không. Phép khúc xạ có trong buổi khám tại văn phòng nhằm xác định đơn kính đeo mắt của quý vị. Cả hai dịch vụ đều có trong quyền lợi khám mắt định kỳ. Quyền lợi này không có các lần khám cho các tình trạng như viêm kết mạc, khô mắt, tăng nhãn áp hoặc đục thủy tinh thể. Các dịch vụ này không phải nằm trong buổi khám định kỳ khúc xạ theo quy định trong quyền lợi này và sẽ được đài thọ theo quyền lợi y tế Phần B của quý vị. Vui lòng tham khảo hàng "Chăm sóc thị giác" ở trên để biết chi tiết về các quyền lợi thị giác y tế.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với một lần khám mắt định kỳ mỗi năm dương lịch. Quý vị không bị giới hạn phải khám với một nhà cung cấp trong mạng lưới, có nghĩa là quý vị có thể khám mắt định kỳ với bất kỳ nhà cung cấp có chuyên môn nào.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rrả
Chăm sóc thị giác (thông thường không được Medicare đài thọ) (tiếp) • Thiết bị thị giác thông thường: + Chương trình của quý vị có kính đeo mắt hoặc kính áp tròng thông thường mỗi năm dương lịch. +Số tiền chia sẻ chi phí cho thiết bị thị giác thông thường không được tính vào mức chi phí tự trả tối đa của chương trình của quý vị.	Quý vị có một khoản trợ cấp lên tới $150 mỗi năm dương lịch cho sự kết hợp của kính áp tròng kê toa thông thường, tròng kính kê toa thông thường, gọng kính thông thường và/hoặc các nâng cấp, chẳng hạn như loang màu. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ chi trả tối đa $150 mỗi năm dương lịch cho thiết bị thị giác thông thường. Các dịch vụ lắp kính áp tròng kê toa thông thường có trong quyền lợi thiết bị thị giác thông thường. Bất kỳ số tiền nào được nhà cung cấp lập hóa đơn vượt quá số tiền trợ cấp sẽ là số tiền quý vị phải trả. Quý vị không bị giới hạn phải khám với một nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận thiết bị thị giác thông thường của mình từ bất kỳ nhà cung cấp có chuyên môn nào. Xin lưu ý rằng khoản trợ cấp được mô tả ở trên là giống nhau cho tất cả các nhà cung cấp. Vui lòng yêu cầu nhà cung cấp của quý vị lập hóa đơn cho chúng tôi đối với các dịch vụ bằng cách sử dụng địa chỉ Yêu cầu thanh toán ở mặt sau thẻ ID thành viên của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn.

Dịch vụ Được đài thọ	Quý vị rả
Khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare Chương trình của chúng tôi đài thọ cho một lần khám phòng ngừa *Chào mừng đến với Medicare*. Lần khám bao gồm xem xét sức khỏe của quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa quý vị cần (bao gồm một số xét nghiệm sàng lọc và tiêm chủng nhất định và giới thiệu dịch vụ chăm sóc khác nếu cần. **Quan trọng:** Chúng tôi chỉ đài thọ lần khám phòng ngừa*Chào mừng đến với Medicare* trong vòng 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết rằng quý vị muốn lên lịch cho lần khám phòng ngừa *Chào mừng đến với Medicare* của quý vị. **Xin lưu ý:** Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi một tình trạng bệnh lý hiện có trong lần khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa này, tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm có thể áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được đối với tình trạng bệnh lý hiện có.	Không có đồng bảo hiểm, tiền đồng trả hoặc khoản khấu trừ nào đối với lần khám phòng ngừa *Chào mừng đến với Medicare*.

PHẦN 3 Các dịch vụ được đài thọ bên ngoài Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)?

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

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

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

PHẦN 4 Những dịch vụ nào không được chương trình đài thọ?

Phần này cho quý vị biết về những dịch vụ bị loại trừ.

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

Nếu nhận các dịch vụ bị loại trừ (không được đài thọ), quý vị phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó trừ khi rơi vào các điều kiện cụ thể được liệt kê dưới đây. Ngay cả khi quý vị nhận các dịch vụ bị loại trừ tại một cơ sở cấp cứu, các dịch vụ bị loại trừ vẫn không được đài thọ và chương trình của chúng tôi sẽ không chi trả cho các dịch vụ này. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ bị kháng cáo và được xác định là một dịch vụ y tế mà lẽ ra chúng tôi phải thanh toán hoặc đài thọ vì trường hợp cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra là không đài thọ một dịch vụ y tế, hãy đến Chương 9, Mục 6.3.)

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Châm cứu	Có sẵn cho những người bị đau lưng dưới mạn tính trong một số trường hợp nhất định.
Tất cả các chi phí liên quan đến việc mang thai hộ	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các yêu cầu thanh toán phương tiện cứu thương trong trường hợp từ chối vận chuyển (không điều trị)	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các dụng cụ, thiết bị và vật tư chủ yếu được sử dụng để tạo sự thoải mái hoặc tiện lợi, bao gồm, nhưng không chỉ gồm máy điều hòa không khí, máy tạo độ ẩm và miếng lót chống tiểu không tự chủ	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Khám nghiệm tử thi và các dịch vụ liên quan đến khám nghiệm tử thi	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các khoản phí cho những lần hẹn bị bỏ lỡ hoặc hoàn thành các mẫu đơn yêu cầu thanh toán	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Thụ thai bằng các phương tiện nhân tạo, chẳng hạn như thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển giao hợp tử vào ống dẫn trứng và chuyển giao giao tử vào ống dẫn trứng (GIFT)	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ	• Được đài thọ trong các trường hợp chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng của một bộ phận cơ thể bị dị tật. • Được đài thọ cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau khi cắt bỏ vú, cũng như cho vú không bị ảnh hưởng để tạo hình dáng cân đối.
Chăm sóc giám hộ Chăm sóc giám hộ là chăm sóc cá nhân không yêu cầu sự chú ý liên tục của nhân viên y tế hoặc cận y tế được có chuyên môn, chẳng hạn như chăm sóc giúp quý vị thực hiện các hoạt động hàng ngày, chẳng hạn như tắm rửa hoặc mặc quần áo.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Xét nghiệm trực tiếp cho người tiêu dùng (còn được gọi là tự xét nghiệm, xét nghiệm tại nhà hoặc xét nghiệm không kê toa) được bán trực tiếp cho các cá nhân qua Internet, truyền hình, quảng cáo in ấn hoặc các tài liệu tiếp thị khác	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các thủ thuật hoặc dịch vụ nâng cao tự chọn hoặc tự nguyện	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các thủ thuật, thiết bị và thuốc thử nghiệm y tế và phẫu thuật. Các thủ thuật và vật dụng thử nghiệm là những vật dụng và thủ thuật được Original Medicare xác định là không được cộng đồng y tế chấp nhận rộng rãi.	Có thể được đài thọ bởi Original Medicare theo một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc bởi chương trình của chúng tôi. (Xem Chương 3, Mục 5 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng.)
Các khoản phí tính cho việc chăm sóc bởi những người thân trực hệ hoặc thành viên trong gia đình của quý vị	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
(Bữa ăn dành cho khách trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Các bữa ăn được giao tận nhà	Được đài thọ sau khi nằm viện nội trú đủ điều kiện.
Các dịch vụ giúp việc gia đình bao gồm các công việc nhà cơ bản, bao gồm dọn dẹp nhà cửa nhẹ hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các phụ kiện kính mắt cho thiết bị đục thủy tinh thể (tức là màu, lớp phủ chống phản chiếu, tròng kính lũy tiến, tròng kính quá khổ, v.v.), trừ khi cần thiết về mặt y tế	Chỉ được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế.
Các loại thuốc kê toa của Medicare Phần B để đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các dịch vụ của bác sĩ y học tự nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Chuyên chở không khẩn cấp	Chuyên chở y tế không khẩn cấp được đài thọ bởi Chương trình Y tế Oregon (Medicaid) cho các buổi hẹn được đài thọ và nhà thuốc khi có sự phê duyệt trước từ dịch vụ xe.
Chăm sóc nha khoa không thường xuyên Quý vị có thể sử dụng thẻ ghi nợ được nạp sẵn của mình để chi trả cho việc chăm sóc nha khoa không thường xuyên nếu quý vị chọn. Để biết thêm thông tin, hãy xem hàng "**Các dịch vụ nha khoa***" trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Mục 2 của chương này.	Chăm sóc nha khoa được yêu cầu để điều trị bệnh hoặc thương tích có thể được đài thọ theo hình thức chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.
Giày chỉnh hình hoặc các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân	Giày là một phần của nẹp chân và được tính vào chi phí của nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu cho những người mắc bệnh bàn chân tiểu đường.

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hoặc ti vi	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các y tá làm việc riêng theo hợp đồng	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Phòng riêng trong bệnh viện	Chỉ được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế.
Các chương trình nâng cao tâm lý hoặc tự giúp bản thân cho những cá nhân có sức khỏe tâm thần tốt	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các báo cáo, đánh giá hoặc khám sức khỏe định kỳ chủ yếu cho mục đích bảo hiểm, cấp phép, việc làm hoặc các mục đích của bên thứ ba và không phải để phòng ngừa	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Thủ thuật đảo ngược triệt sản và/hoặc các vật tư tránh thai không kê toa bao gồm các thiết bị tránh thai cấy ghép	Vật tư tránh thai có thể được Oregon Health Plan (Medicaid) đài thọ.
Chăm sóc nắn khớp xương định kỳ	Nắn chỉnh thủ công để điều chỉnh trật khớp xương nhẹ được đài thọ.
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như trám răng, hoặc răng giả	Dịch vụ nha khoa phòng ngừa được Oregon Health Plan (Medicaid) đài thọ.
Khám mắt định kỳ, kính đeo mắt, phẫu thuật cắt giác mạc tia, phẫu thuật LASIK và các dụng cụ trợ thị lực thấp khác	Một cặp kính đeo mắt với gọng tiêu chuẩn (hoặc một bộ kính áp tròng) được đài thọ sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể cấy ghép một thấu kính nội nhãn.
Chăm sóc bàn chân định kỳ	Một số bảo hiểm giới hạn được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare (ví dụ: nếu quý vị bị tiểu đường)
Khám thính giác định kỳ, máy trợ thính hoặc khám để lắp máy trợ thính	Oregon Health Plan (Medicaid) đài thọ máy trợ thính và pin liên quan, cấp phát, lắp đặt và sửa chữa. Họ cũng đài thọ các dịch vụ thính giác do bác sĩ được cấp phép, bác sĩ chuyên khoa thính học hoặc chuyên gia máy trợ thính thực hiện.

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Oregon Health Plan (Medicaid) có thể đài thọ các dịch vụ không được Medicare đài thọ.
Các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở của Bộ Cựu chiến binh (VA)	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Các dịch vụ liên quan đến dụng cụ tránh thai trong tử cung (IUD), bao gồm việc đặt dụng cụ và dụng cụ đó	Dịch vụ IUD có thể được Oregon Health Plan (Medicaid) đài thọ.
Các dịch vụ, chẳng hạn như yêu cầu thanh toán thuốc, không được đài thọ nếu các dịch vụ này được chỉ định, kê toa hoặc cung cấp cho chính quý vị, bởi một người cư trú trong nhà quý vị hoặc bởi một thành viên trong gia đình quý vị. Trong bối cảnh này, "thành viên trong gia đình quý vị" là một người có thể thừa kế từ quý vị theo luật thừa kế không di chúc của bất kỳ tiểu bang nào, cũng như bất kỳ người thân nào bên vợ/chồng, người thân kế, cha mẹ nuôi, hoặc người phối ngẫu trong nước của quý vị hoặc của bất kỳ người nào như vậy.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Dụng cụ trợ thị lực kém, thấu kính chống loạn thị, hoặc kính đeo mắt thông thường (không kê toa), kính râm và các dụng cụ và dịch vụ trợ thị lực kém khác	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Điều trị hoặc tư vấn khi không phải vì bệnh, bao gồm tư vấn hôn nhân	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào
Tóc giả	Oregon Health Plan (Medicaid) đài thọ tóc giả cho những người bị rụng tóc do hóa trị hoặc xạ trị.

CHƯƠNG 5:
Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc Phần D

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

Vì quý vị hội đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị cũng đủ điều kiện nhận cũng như đang được nhận Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để thanh toán cho các chi phí của chương trình thuốc kê toa. Vì quý vị đang tham gia chương trình Trợ giúp Bổ sung, **một số thông tin trong *Chứng từ Bảo hiểm* này về chi phí cho thuốc kê toa theo Phần D có thể không áp dụng cho quý vị .** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phụ trang riêng, gọi là *Phụ lục Chứng từ Bảo hiểm cho những Người Nhận Trợ giúp Bổ sung Thanh toán Chi phí Thuốc Kê đơn* (còn được gọi là Phụ lục Trợ cấp Thu nhập Thấp hoặc Phụ Lục LIS), cung cấp cho quý vị thông tin về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phụ trang này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu Phụ lục LIS. (Số điện thoại của Dịch vụ Khách hàng được in ở trang bìa sau của tài liệu này.)

PHẦN 1 Các quy tắc cơ bản về bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình

Xem Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4 để biết về các quyền lợi thuốc theo Medicare Phần B và các quyền lợi thuốc cho dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số loại thuốc kê toa được đài thọ theo các quyền lợi Medicaid của quý vị. Vui lòng tham khảo Danh sách thuốc Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị để biết bảo hiểm của các loại thuốc này.

Chương trình của chúng tôi thường sẽ đài thọ thuốc của quý vị miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc sau:

- Quý vị phải có nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác) viết cho quý vị một đơn thuốc hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành.
- Bác sĩ kê toa của quý vị không được nằm trong Danh sách Loại trừ hoặc Loại trừ Trước của Medicare.
- Quý vị thường phải lấy thuốc kê toa của mình tại một nhà thuốc trong mạng lưới (Hãy xem Phần 2), hoặc quý vị có thể lấy thuốc kê toa của mình thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi.

- Thuốc của quý vị phải có trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi (Hãy xem Phần 3).).
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định đã được chấp nhận về mặt y tế. Sử dụng theo "chỉ định được chấp nhận về mặt y tế" là việc dùng thuốc đúng theo sự phê duyệt của FDA hoặc được xác nhận bởi một số tài liệu tham khảo. (Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)
- Thuốc của quý vị có thể yêu cầu phê duyệt từ chương trình của chúng tôi dựa trên một số tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ. (Xem Phần 4 để biết thêm thông tin)

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

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

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi để cung cấp thuốc được đài thọ cho quý vị. Thuật ngữ "thuốc được đài thọ" có nghĩa là tất cả các loại thuốc Phần D có trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi.

Phần 2.1 Nhà thuốc trong mạng lưới

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

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của quý vị, truy cập trang web của chúng tôi (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider), và/hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

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

Nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của quý vị, hãy nhận trợ giúp từ Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY 711) hoặc sử dụng *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thông tin trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Nhà thuốc chuyên khoa

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

- Các nhà thuốc cung cấp các loại thuốc dùng cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà. Providence Home Services cung cấp và điều phối các dịch vụ chăm sóc tại nhà trong khu vực dịch vụ của Providence Medicare Advantage Plans. Các dịch vụ bao gồm tiêm truyền tại nhà (dược phẩm và y tá), thuốc tiêm đặc biệt, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cuối đời, ôxy tại nhà và thiết bị y tế.
- Các nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho những người cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thông thường, cơ sở LTC (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thuốc Phần D tại một cơ sở LTC, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).
- Các nhà thuốc phục vụ Dịch vụ Y tế dành cho Người Da Đỏ/Người Mỹ Bản Địa trong Bộ Lạc/Chương Trình Y Tế dành cho Người Da Đỏ ở Thành thị (không có sẵn tại Puerto Rico). Ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu, chỉ người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa mới được quyền tiếp cận các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Các nhà thuốc cấp phát thuốc bị FDA hạn chế đối với một số địa điểm hoặc các nhà thuốc cần xử lý đặc biệt, điều phối nhà cung cấp hoặc giáo dục về việc sử dụng thuốc. Để xác định vị trí của nhà thuốc chuyên khoa, xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

Phần 2.2 Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Thông thường, những loại thuốc được cung cấp qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện là những thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị một bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài.

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

Để biết thông tin về việc lấy thuốc kê toa qua đường bưu điện, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

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

Các đơn thuốc mới mà nhà thuốc nhận trực tiếp từ văn phòng bác sĩ của quý vị. Sau khi nhà thuốc nhận được đơn thuốc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị để xem quý vị có muốn mua thuốc tức thì hay để sau. Điều quan trọng là quý vị phải phản hồi mỗi lần nhà thuốc liên hệ, để cho họ biết liệu có giao hàng, trì hoãn hoặc dừng cung cấp đơn thuốc mới không.

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

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình mua lại thuốc tự động của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện gửi thuốc kê toa cho quý vị, hãy liên hệ với nhà thuốc của quý vị 10-14 ngày trước khi đơn thuốc hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của quý vị được gửi đến quý vị kịp thời.

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

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

Phần 2.3 Cách để nhận thuốc dùng dài hạn

Khi quý vị nhận thuốc dùng dài hạn, mức chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn. Chương trình cung cấp 2 cách để nhận thuốc dùng dài hạn được gọi là thuốc dùng kéo dài) cho các loại thuốc duy trì trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên cho một tình trạng bệnh mạn tính hoặc kéo dài.)

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị mua thuốc duy trì dài hạn. *Danh mục Nhà thuốc và Nhà cung cấp* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider cung cấp cho quý vị thông tin những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp lượng thuốc duy trì dài hạn cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể nhận lượng thuốc duy trì thông qua chương trình đặt mua qua đừng bưu điện của chúng tôi. Hãy đến Phần 2.3 để biết thêm thông tin.

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

Nói chung, chúng tôi *chỉ* đài thọ cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi cũng có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể nhận thuốc kê toa với tư cách là một thành viên của chương trình chúng tôi. **Quý vị hãy kiểm tra trước với Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711)** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần đó không.

Chúng tôi chỉ đài thọ các đơn thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau:

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

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí (thay vì chi phí chia sẻ thông thường của quý vị) tại thời điểm quý vị mua thuốc kê toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí cho quý vị. (Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị.) Quý vị có thể phải thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị chi trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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

Phần 3.1 Danh sách Thuốc cung cấp cho quý vị những loại thuốc Phần D nào được đài thọ

Chương trình của chúng tôi có một *Danh sách Thuốc được Đài thọ (*danh mục thuốc*).* Trong *Chứng từ Bảo hiểm*, **này, chúng tôi gọi đó là Danh sách Thuốc.**

Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình của chúng tôi lựa chọn, với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare phê duyệt.

Danh sách Thuốc chỉ hiển thị các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D. Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số loại thuốc kê toa được đài thọ theo các quyền lợi Medicaid của quý vị. Vui lòng tham khảo Danh sách Thuốc Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị để biết bảo hiểm của các loại thuốc này.

Chúng tôi thường đài thọ một loại thuốc trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc bảo hiểm khác được giải thích trong chương này và việc sử dụng thuốc cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng thuốc *mà*:

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

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

Thuốc biệt dược là thuốc kê toa được bán dưới tên thương mại thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Sản phẩm sinh học là những loại thuốc phức tạp hơn các loại thuốc thông thường. Trong Danh sách Thuốc, khi đề cập đến thuốc, đó có thể có nghĩa là một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học.

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

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

Các loại thuốc không có trong Danh sách Thuốc

Các loại thuốc được Medicaid đài thọ không có trong Danh sách Thuốc. Quý vị có thể truy cập trang Medicaid để tìm các loại thuốc được Medicaid đài thọ www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp.

Chương trình không đài thọ cho tất cả các loại thuốc kê toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào đài thọ cho một số loại thuốc. (Để biết thêm thông tin, hãy xem Phần 7.)
- Trong một số trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.
- Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận thuốc không có trong Danh sách Thuốc. (Để biết thêm thông tin, hãy xem Chương 9.)

Phần 3.2 Cách để biết một loại thuốc cụ thể có trong Danh sách Thuốc hay không

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

- Kiểm tra Danh sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi (www.providencehealthassurance.com/formulary). Danh sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách cập nhật nhất.
- Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi hay không hoặc yêu cầu một bản sao của danh sách.
- Sử dụng “Công cụ Quyền lợi Thời gian Thực” (myrxss.com/ProvidenceMA) để tìm kiếm các loại thuốc trong Danh sách Thuốc nhằm ước tính số tiền quý vị sẽ thanh toán và xem liệu có các loại thuốc thay thế nào trong Danh sách Thuốc có thể điều trị cùng một tình trạng hay không. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711)

PHẦN 4 Các loại thuốc bị hạn chế về bảo hiểm

Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc lại bị hạn chế

Đối với một số loại thuốc kê toa, các quy tắc đặc biệt hạn chế cách thức và thời điểm chương trình đài thọ. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã lập nên các quy tắc này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào trong số này áp dụng cho loại thuốc mà quý vị đang dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra Danh sách Thuốc.

Nếu có một loại thuốc an toàn, có giá thấp hơn và hiệu quả về mặt y tế như loại thuốc có chi phí cao hơn, thì những quy tắc của chương trình sẽ được thiết lập để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng lựa chọn có chi phí thấp hơn đó.

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

Phần 4.2 Các loại hạn chế

Nếu có hạn chế đối với thuốc của quý vị thì điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi đài thọ cho thuốc đó. Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để tìm hiểu những gì quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể làm để nhận bảo hiểm cho thuốc. **Nếu quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ.** Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý miễn trừ hạn chế cho quý vị. (Xem Chương 9.)

Xin phê duyệt trước từ chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần phải nhận được sự phê duyệt từ chương trình của chúng tôi dựa trên các tiêu chí cụ thể trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ thuốc cho quý vị. Đây được gọi là **sự cho phép trước**. Điều này được thực hiện để đảm bảo an toàn cho thuốc và hướng dẫn sử dụng một số loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không nhận được sự phê duyệt này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình đài thọ. Có thể nhận các tiêu chí cho phép trước của chương trình chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi tại *https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_PA.pdf*.

Thử dùng một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này khuyến khích quý vị thử sử dụng các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng thường có hiệu quả tương đương, trước khi chương trình đài thọ cho một loại thuốc khác. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một tình trạng bệnh lý, và Thuốc A ít tốn kém hơn, chương trình của chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không hiệu quả với quý vị, thì chương trình sẽ đài thọ cho Thuốc B. Yêu cầu thử dùng một loại thuốc khác trước này được gọi là **trị liệu từng bước**. Có thể nhận các tiêu chí trị liệu từng bước của chương trình chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi tại https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_ST.pdf.

Giới hạn số lượng

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

PHẦN 5 Những gì quý vị có thể làm nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ như mong muốn

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

- Thuốc có thể không được đài thọ. Hoặc một phiên bản thuốc gốc của thuốc có thể được đài thọ nhưng phiên bản biệt dược mà quý vị muốn uống thì không được đài thọ.
- Thuốc được đài thọ, nhưng có các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung đối với bảo hiểm.

Nếu thuốc của quý vị không có trong Danh sách Thuốc hoặc bị hạn chế, đây là các tùy chọn mà quý vị có thể thực hiện:

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

Quý vị có thể nhận được một lượng thuốc tạm thời

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

Để hội đủ điều kiện nhận lượng thuốc tạm thời, loại thuốc quý vị đang uống **phải không còn trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi** HOẶC **hiện bị hạn chế bằng một cách nào đó**.

- **Nếu quý vị là thành viên mới,** chúng tôi sẽ đài thọ cho một lượng thuốc tạm thời trong 90 ngày đầu tiên khi quý vị trở thành thành viên.
- **Nếu quý vị là đã tham gia chương trình từ năm ngoái,** chúng tôi sẽ đài thọ cho một lượng thuốc tạm thời trong 90 ngày đầu tiên của năm dương lịch.
- Lượng tạm thời này sẽ dùng trong tối đa 30 ngày. Nếu đơn thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua nhiều lần để cung cấp tối đa 30 ngày thuốc. Quý vị phải mua thuốc kê toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới. (Lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp số lượng thuốc ít hơn mỗi lần để tránh lãng phí.)
- **Đối với những thành viên đã tham gia chương trình được hơn 90 ngày và cư trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần thuốc tức thì:** Chúng tôi sẽ đài thọ một lượng thuốc khẩn cấp trong 31 ngày trở xuống nếu đơn thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Lượng thuốc này được cung cấp bổ sung cho lượng thuốc tạm thời nêu trên.

Thay đổi mức độ chăm sóc	Số ngày dùng
Đối với các thành viên chuyển tiếp từ SNF đến LTC	31
SNF đến Nhà (bán lẻ)	30
LTC đến LTC	31
Bệnh viện đến Nhà (bán lẻ)	30

Nếu quý vị có câu hỏi về lượng thuốc tạm thời, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

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

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

Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị về việc liệu một loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi đài thọ có thể hiệu quả với quý vị không. Gọi cho Dịch vụ Khách

hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để yêu cầu một danh sách các loại thuốc được đài thọ điều trị cùng một tình trạng y tế. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy loại thuốc được đài thọ có thể phù hợp với quý vị.

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

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

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

PHẦN 6 Danh sách Thuốc có thể thay đổi trong năm

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

- **Thêm hoặc xóa thuốc khỏi Danh sách Thuốc.**
- **Thêm hoặc bỏ giới hạn đối với bảo hiểm cho một loại thuốc**.
- **Thay thế thuốc biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc.**
- **Thay thế một sản phẩm sinh học gốc bằng một phiên bản thuốc sinh học tương tự có thể thay đổi cho nhau của sản phẩm sinh học đó.**

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

Thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc

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

Các thay đổi đối với bảo hiểm thuốc ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này

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

- **Thêm thuốc vào Danh sách Thuốc và xóa hoặc thực hiện các thay đổi đối với một loại thuốc tương tự có trong Danh sách Thuốc.**
    - Khi thêm phiên bản khác của một loại thuốc vào Danh sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc tương tự khỏi Danh sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm hạn chế mới hoặc thực hiện cả hai điều này. Phiên bản thuốc mà chúng tôi thêm sẽ có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
    - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này trong trường hợp thêm phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh sách Thuốc.
    - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và đài thọ lần mua phiên bản thuốc quý vị đang sử dụng trong 30 ngày.
- **Loại bỏ thuốc không an toàn và các thuốc khác trong Danh sách Thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.**
    - Đôi khi một loại thuốc có thể được coi là không an toàn hoặc bị thu hồi khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể tức thì xóa thuốc đó khỏi Danh sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi thực hiện thay đổi.

- **Thực hiện những thay đổi khác đối với các loại thuốc trong Danh sách Thuốc.**
    - Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng tới thuốc mà quý vị đang dùng sau khi năm bắt đầu. Ví dụ, chúng tôi dựa trên các cảnh báo đặc biệt của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới đã được Medicare công nhận.
    - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và đài thọ lần mua bổ sung thuốc quý vị đang sử dụng trong 30 ngày.

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

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

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

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

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

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

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

PHẦN 7 Những loại thuốc chúng tôi không đài thọ

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

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

Dưới đây là 3 quy tắc chung về các loại thuốc mà các chương trình thuốc của Medicare sẽ không đài thọ theo Phần D:

- Bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi không thể đài thọ một loại thuốc sẽ được đài thọ theo Phần A hoặc Phần B của Medicare.
- Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ việc sử dụng thuốc *ngoài chỉ định* khi việc sử dụng đó không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin về Thuốc Thuộc Dịch vụ Danh mục Thuốc Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin DRUGDEX của Micromedex. Sử dụng *ngoài chỉ định* là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào khác với những chỉ định trên nhãn thuốc được FDA phê duyệt.

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

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

Nếu quý vị nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán cho thuốc kê toa của quý vị, Trợ giúp Bổ sung sẽ không thanh toán cho các loại thuốc không thường được đài thọ. Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc qua Medicaid, chương trình Medicaid tiểu bang của quý vị có thể đài thọ một số loại thuốc thường không được đài thọ trong chương trình thuốc Medicare. Hãy liên hệ với chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị để xác định bảo hiểm thuốc nào có thể có sẵn cho quý vị. (Tìm số điện thoại và thông tin liên hệ cho Medicaid trong Chương 2, Phần 6.)

PHẦN 8 Cách mua thuốc kê toa

Để mua thuốc kê toa, quý vị hãy cung cấp thông tin thành viên chương trình của mình có trên thẻ thành viên, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình của chúng tôi về phần chi phí của chúng tôi đối với thuốc của quý vị. Quý vị sẽ cần thanh toán *phần* chi phí của quý vị cho nhà thuốc khi quý vị lấy thuốc kê toa. Nếu một loại thuốc kê toa không được Medicare đài thọ nhưng được Medicaid đài thọ, quý vị sẽ cần xuất trình thẻ Oregon Health Plan (Medicaid) của mình để mua đơn thuốc đó.

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

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của đơn thuốc khi quý vị nhận**. Sau đó, quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chi phí của chúng tôi cho quý vị**. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thêm thông tin về cách yêu cầu bồi hoàn từ chương trình.

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

Phần 9.1 Trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn cho một lần lưu trú được chương trình của chúng tôi đài thọ

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

Phần 9.2 Với tư cách là cư dân tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)?

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

Kiểm tra *Danh mục Nhà thuốc và Nhà cung cấp* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở LTC hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc trợ giúp, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711). Nếu quý vị ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường xuyên nhận được các quyền lợi Phần D của mình thông qua mạng lưới nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Nếu quý vị là cư dân tại một cơ sở LTC và cần một loại thuốc không có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế bằng một cách nào đó, hãy xem Phần 5.2 để biết thông tin về việc nhận lượng thuốc tạm thời hoặc khẩn cấp.

Phần 9.3 Nếu quý vị cũng nhận được bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc chương trình nhóm hưu trí

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc người phối ngẫu của quý vị), vui lòng liên hệ **với nhân viên quản lý quyền lợi của nhóm đó.** Họ có thể giúp quý vị hiểu bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị sẽ hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi.

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

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm đáng tin cậy:

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

Nếu bảo hiểm từ chương trình nhóm là bảo hiểm đáng tin cậy, điều đó có nghĩa là bảo hiểm thuốc của chương trình chúng tôi dự kiến sẽ thanh toán, trung bình, ít nhất bằng với bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare.

Quý vị hãy giữ lại thông báo về bảo hiểm đáng tin cậy vì quý vị có thể cần những thông báo này sau này để chứng minh rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm đáng tin cậy . Nếu quý vị không nhận được thông báo về bảo hiểm đáng tin cậy, hãy yêu cầu một bản sao từ quản trị viên quyền lợi của chương trình chủ lao động hoặc hưu trí của quý vị hoặc chủ lao động hoặc công đoàn.

Phần 9.4 Nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

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

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

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

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

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

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

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

Phần 10.1 Chương trình Quản lý Thuốc (DMP) để giúp các thành viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

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

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các đơn thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ (các) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các đơn thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ một hoặc một số bác sĩ kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ đài thọ cho quý vị

Nếu chúng tôi có kế hoạch hạn chế cách quý vị có thể nhận những loại thuốc này hoặc số lượng quý vị có thể nhận, chúng tôi sẽ gửi thư báo trước. Lá thư sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi giới hạn bảo hiểm của những loại thuốc này cho quý vị, hoặc nếu quý vị sẽ được yêu cầu chỉ lấy các đơn thuốc cho những loại thuốc này từ một người kê toa hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng bác sĩ kê toa hoặc nhà thuốc nào và bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là chúng tôi cần biết. Sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận giới hạn đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn này, thì quý vị và bác sĩ kê toa của mình có quyền kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét lại trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến các giới hạn áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một bên xét duyệt độc lập ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu kháng cáo.

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

Phần 10.2 Chương trình Quản lý Trị liệu bằng Thuốc (MTM) nhằm giúp thành viên quản lý thuốc

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

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

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

Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, hãy thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút tên quý vị khỏi chương trình. Đối với các câu hỏi về chương trình này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

CHƯƠNG 6:
Những chi phí quý vị trả cho thuốc Phần D

PHẦN 1 Những chi phí quý vị trả cho thuốc Phần D

Chúng tôi sử dụng thuật ngữ "thuốc" trong chương này để chỉ một loại thuốc kê toa Phần D. Không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc Phần D. Một số loại thuốc bị luật pháp loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc bị loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D được đài thọ theo Phần A hoặc Phần B của Medicare hoặc theo Medicaid.

Để hiểu thông tin thanh toán, quý vị cần biết những loại thuốc nào được đài thọ, nơi để lấy thuốc kê toa của quý vị và những quy tắc nào cần tuân thủ khi quý vị có được các loại thuốc được đài thọ của mình. Chương 5 giải thích các quy tắc này. Khi quý vị sử dụng "Công cụ Quyền lợi Thời gian Thực" của chương trình chúng tôi để tra cứu bảo hiểm thuốc (myrxss.com/ProvidenceMA), chi phí quý vị thấy thể hiện ước tính về chi phí tự trả mà quý vị dự kiến sẽ thanh toán. Quý vị cũng có thể nhận được thông tin được cung cấp trong "Công cụ Quyền lợi Thời gian Thực" bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

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

Vì quý vị hội đủ điều kiện nhận Medicaid, quý vị đủ điều kiện và nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để chi trả các chi phí chương trình thuốc kê toa của mình. Vì quý vị có Trợ giúp Bổ sung, **một số thông tin trong** *Chứng từ Bảo hiểm* **này về chi phí cho thuốc kê toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một phụ lục riêng, gọi là *Phụ lục Chứng từ Bảo hiểm cho những Người Nhận Trợ giúp Bổ sung Thanh toán Chi phí Thuốc Kê toa* (còn được gọi là *Phụ lục Trợ cấp Thu nhập Thấp* hoặc *Phụ lục LIS*), trong đó cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phụ trang này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu *Phụ lục LIS*.

Phần 1.1 Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể thanh toán cho các loại thuốc được đài thọ

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

- **Khoản khấu trừ** là số tiền quý vị thanh toán cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu thanh toán phần của chúng tôi.
- **Tiền đồng trả** là một số tiền cố định quý vị thanh toán mỗi khi quý vị lấy một đơn thuốc.

- **Đồng bảo hiểm** là một tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí quý vị thanh toán mỗi khi quý vị lấy một đơn thuốc.

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

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

Các khoản thanh toán này <u>được tính vào</u> chi phí tự trả của quý vị

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

- Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc khi quý vị ở trong các giai đoạn thanh toán thuốc sau:
  - Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu – Đây là giai
- Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện trong năm dương lịch này với tư cách là thành viên của một chương trình thuốc Medicare khác trước khi quý vị tham gia vào chương trình của chúng tôi
- Bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện
- Bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do Trợ giúp Bổ sung từ Medicare, các chương trình sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch vụ Y tế dành cho Người Da Đỏ, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS và hầu hết các tổ chức từ thiện thực hiện

Chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương:

Khi quý vị (hoặc những người thanh toán thay mặt quý vị) đã chi tổng cộng $2,100 chi phí tự trả trong năm dương lịch, quý vị chuyển từ Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Các khoản thanh toán này <u>không được tính vào</u> chi phí tự trả của quý vị

Chi phí tự trả của quý vị**không được tính vào** bất kỳ loại thanh toán nào sau đây:

- Thuốc quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ Hoa Kỳ
- Thuốc không được chương trình của chúng tôi đài thọ
- Thuốc quý vị nhận tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu của chương trình chúng tôi về bảo hiểm ngoài mạng lưới

- Thuốc không phải là Phần D, bao gồm thuốc kê toa được đài thọ bởi Phần A hoặc Phần B và các loại thuốc khác bị Medicare loại trừ khỏi bảo hiểm.
- Các khoản thanh toán quý vị thực hiện cho thuốc không thường được đài thọ trong một Chương trình Thuốc Medicare.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do một số chương trình bảo hiểm và các chương trình sức khỏe do chính phủ tài trợ thực hiện, chẳng hạn như TRICARE và Cơ quan Quản lý Y tế Cựu chiến binh (VA)
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do một bên thứ ba có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán chi phí thuốc kê toa thực hiện (ví dụ: Bồi thường cho Người lao động)
- Các khoản thanh toán do các nhà sản xuất thuốc thực hiện theo Chương trình Giảm giá của Nhà sản xuất

Lời nhắc: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác như những tổ chức được liệt kê ở trên thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí tự trả của quý vị cho thuốc, quý vị được yêu cầu thông báo cho chương trình của chúng tôi bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

Theo dõi tổng chi phí tự trả của quý vị

- Bản *Giải thích Quyền lợi Phần D* (EOB) mà quý vị nhận được bao gồm tổng chi phí tự trả hiện tại của quý vị. Khi số tiền này đạt $2,100, *EOB Phần D* sẽ thông báo cho quý vị biết rằng quý vị đã rời Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần**. Xem Phần 3.1 để tìm hiểu những gì quý vị có thể làm để giúp đảm bảo hồ sơ của chúng tôi về những gì quý vị đã chi tiêu là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 2 Các giai đoạn thanh toán thuốc cho thành viên Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Có **3 giai đoạn thanh toán thuốc** cho bảo hiểm thuốc của quý vị theo Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Khoản tiền quý vị phải trả cho mỗi đơn thuốc sẽ phụ thuộc vào giai đoạn quý vị đang ở khi đi mua thuốc lần đầu hoặc mua lại. Chi tiết của từng giai đoạn được giải thích trong chương này. Các giai đoạn gồm tất cả các loại:

- **Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm**
- **Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu**
- **Giai đoạn 3: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương**

PHẦN 3 Bản *Giải thích Quyền lợi Phần D* giải thích quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào

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

- **Chi phí Tự trả:** đây là số tiền quý vị đã thanh toán . Khoản này bao gồm số tiền quý vị đã trả khi mua thuốc kê toa Phần D được đài thọ, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện, và bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do Trợ giúp Bổ sung từ Medicare, các chương trình sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch vụ Y tế dành cho Người da Đỏ, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, các tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang (SPAP) thực hiện.
- **Tổng Chi phí Thuốc:** đây là tổng số tiền thanh toán cho thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Khoản tiền này bao gồm số tiền chương trình đã trả, số tiền quý vị đã trả và số tiền các chương trình hoặc tổ chức khác đã trả cho thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.

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

- **Thông tin cho tháng đó.** Báo cáo này cung cấp chi tiết thanh toán về các đơn thuốc mà quý vị đã mua trong tháng trước. Báo cáo hiển thị tổng chi phí thuốc, số tiền chương trình của chúng tôi đã trả, và số tiền quý vị cùng những người khác đã trả thay mặt quý vị.
- **Tổng các chi phí trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Báo cáo này hiển thị tổng chi phí thuốc và tổng các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Báo cáo này hiển thị tổng giá thuốc và thông tin về những thay đổi về giá kể từ lần mua đầu tiên cho mỗi đơn thuốc cùng số lượng.
- **Các đơn thuốc thay thế có sẵn với chi phí thấp hơn.** Báo cáo này hiển thị thông tin về các loại thuốc khác có sẵn với chi phí chia sẻ thấp hơn cho mỗi yêu cầu thanh toán đơn thuốc, nếu có thể áp dụng

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

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

- **Xuất trình thẻ thành viên của quý vị mỗi khi mua thuốc kê toa.** Điều này giúp chúng tôi biết chắc các toa thuốc quý vị đang mua và số tiền quý vị đang thanh toán.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Đôi khi quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của một loại thuốc kê toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động thu thập thông tin cần thiết để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các khoản chi phí tự trả của quý vị, quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi bản sao các hóa đơn. **Các ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao các hóa đơn thuốc của mình:**
    - Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không nằm trong quyền lợi của chương trình của chúng tôi.
    - Khi quý vị trả tiền đồng trả cho các loại thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
    - Bất cứ lúc nào quý vị mua các loại thuốc được đài thọ tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc trả đủ giá cho một loại thuốc được đài thọ trong các trường hợp đặc biệt.
    - Nếu quý vị được lập hóa đơn cho một loại thuốc được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện việc này, hãy xem Chương 7, Phần 2.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã thực hiện thay cho quý vị.** Các khoản thanh toán do một số người và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán do chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch vụ Y tế dành cho Người da Đỏ và các tổ chức từ thiện chi trả đều được tính là chi phí tự trả của quý vị. Hãy lưu hồ sơ các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được bản*EOB Phần D*, vui lòng xem qua để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ rằng có thiếu sót hoặc có câu hỏi, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711). Hãy đảm bảo cất giữ các báo cáo này.

PHẦN 4 Không có khoản khấu trừ cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Không có khấu trừ cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Không có khấu trừ cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Quý vị sẽ bắt đầu ở Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu khi mua đơn thuốc đầu tiên trong năm. Xem Phần 5 để biết thông tin về bảo hiểm của quý vị trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

PHẦN 5 Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Phần 5.1 Chi phí quý vị phải trả cho một loại thuốc tùy thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho các loại thuốc được đài thọ của quý vị, và quý vị sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (số tiền đồng trả của quý vị). Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy thuộc vào loại thuốc và nơi quý vị mua thuốc.

Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Khoản tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc tùy thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

- Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới
- Một nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình. Chúng tôi chỉ đài thọ các đơn thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp giới hạn. Hãy xem Chương 5, Phần 2.5 để tìm hiểu khi nào chúng tôi sẽ đài thọ một đơn thuốc được mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Nhà thuốc đặt hàng qua thư của chương trình.

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn nhà thuốc và việc mua thuốc của quý vị, hãy xem Chương 5 và *Danh mục Nhà thuốc* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Phần 5.2 Chi phí của quý vị cho lượng thuốc *một tháng* được đài thọ

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, phần chia sẻ chi phí của quý vị đối với một loại thuốc được đài thọ sẽ là tiền đồng trả.

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

Chi phí của quý vị cho lượng Phần D được đài thọ dùng trong*một tháng*

	Chia sẻ chi phí-bán lẻ tiêu chuẩn trong mạng lưới **(lượng thuốc tối đa *30* ngày)**	**Chia sẻ chi phí đặt mua qua đường bưu điện** **(lượng thuốc tối đa *30* ngày)**	**Chia sẻ chi phí tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)** **(lượng thuốc tối đa *31* ngày)**	**Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới** **(Bảo hiểm được giới hạn trong một số trường hợp nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết.)** **(lượng thuốc tối đa *30* ngày)**
Chia sẻ Chi phí	Đối với thuốc loại thuốc khác, quý vị trả $0, $1.60 hoặc $5.10 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị trả $0, $4.90 hoặc $12.65 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc	Đối với thuốc loại thuốc khác, quý vị trả $0, $1.60 hoặc $5.10 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị trả $0, $4.90 hoặc $12.65 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc	Đối với thuốc loại thuốc khác, quý vị trả $0, $1.60 hoặc $5.10 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị trả $0, $4.90 hoặc $12.65 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc	Đối với thuốc loại thuốc khác, quý vị trả $0, $1.60 hoặc $5.10 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị trả $0, $4.90 hoặc $12.65 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc

Xem Phần 8 để biết thêm thông tin về chia sẻ chi phí đối với vắc-xin Phần D.

Phần 5.3 Nếu bác sĩ kê toa lượng thuốc ít hơn một tháng, quý vị có thể không phải trả chi phí cho cả tháng

Thông thường, số tiền quý vị trả cho một loại thuốc sẽ là chi phí cho cả tháng. Có những lúc quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn quý vị có một lượng thuốc ít hơn một tháng (ví dụ: khi quý vị đang dùng thử một loại thuốc lần đầu tiên). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê toa và dược sĩ cấp phát lượng thuốc ít hơn một tháng nếu điều này giúp quý vị lên kế hoạch ngày mua lại thuốc tốt hơn.

Nếu quý vị nhận được một lượng thuốc ít hơn một tháng, quý vị sẽ không phải trả chi phí cho cả tháng.

- Nếu quý vị phải trả đồng bảo hiểm, quý vị sẽ trả *một tỷ lệ phần trăm* trên tổng chi phí của thuốc. Vì tỷ lệ đồng bảo hiểm này dựa trên tổng chi phí thuốc, nên chi phí của quý vị sẽ thấp hơn do tổng chi phí thuốc thấp hơn.
- Nếu quý vị phải trả tiền đồng trả cho thuốc, quý vị chỉ phải trả cho số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được thay vì cả tháng. Chúng tôi tính số tiền quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của quý vị (tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày) và nhân với số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được.

Phần 5.4 Chi phí của quý vị cho lượng thuốc kê toa Phần D được đài thọ dài hạn tối đa *90* ngày

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được lượng thuốc dài hạn (còn được gọi là lượng thuốc kéo dài). Lượng thuốc dài hạn tối đa *90* ngày.

Chi phí của quý vị cho *lượng thuốc kê toa Phần D được đài thọ dài hạn* (tối đa *90* ngày)

	Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong-mạng lưới) *(*lượng thuốc tối đa *90* ngày*)*	**Chia sẻ chi phí đặt mua qua đường bưu điện** *(*lượng thuốc tối đa *90* ngày*)*
Chia sẻ Chi phí	Đối với thuốc loại thuốc khác, quý vị trả $0, $1.60 hoặc $5.10 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị trả $0, $4.90 hoặc $12.65 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc	Đối với thuốc loại thuốc khác, quý vị trả $0, $1.60 hoặc $5.10 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị trả $0, $4.90 hoặc $12.65 tiền đồng trả mỗi đơn thuốc

Phần 5.5 Quý vị vẫn ở Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi chi phí tự trả của quý vị trong năm đạt $2,100

Quý vị vẫn ở Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt $2,100. Sau đó, quý vị sẽ chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Bản *EOB Phần D* mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền mà quý vị, chương trình của chúng tôi và bất kỳ bên thứ ba nào đã chi thay cho quý vị trong năm. Không phải tất cả các thành viên sẽ đạt đến giới hạn chi phí tự trả $2,100 trong năm.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đạt đến số tiền này. Xem Phần 1.3 để biết thêm thông tin về cách Medicare tính chi phí tự trả của quý vị.

PHẦN 6 Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Phần D được đài thọ. Quý vị chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương khi chi phí tự trả của quý vị đạt đến giới hạn $2,100 cho năm dương lịch. Khi đã ở Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ duy trì ở giai đoạn thanh toán này cho đến cuối năm dương lịch.

- Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Phần D được đài thọ.

PHẦN 7 Thông tin quyền lợi bổ sung

1. Que thử và máy đo đường huyết được giới hạn cho các nhà sản xuất ưu tiên của chương trình. Tất cả vật tư và/hoặc thiết bị y tế phải được cung cấp và sắp xếp thông qua Nhà thuốc Bán lẻ Trong Mạng lưới.
2. Các hợp chất được giới hạn ở lượng thuốc 30 ngày.
3. Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) không xem xét các loại bột và hóa chất số lượng lớn; do đó, chúng không đáp ứng định nghĩa về thuốc Phần D và không được đài thọ.
4. Các quyền miễn trừ trong kỳ nghỉ được giới hạn trong 30 ngày.

PHẦN 8 Những chi phí quý vị trả cho vắc-xin Phần D

Thông báo quan trọng về chi phí quý vị phải trả cho vắc-xin – Một số loại vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được đài thọ theo Phần B. Các loại vắc-xin khác được coi là thuốc kê toa Phần D . Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc-xin này được liệt kê trong Danh sách Thuốc của chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn thuộc Phần D. Xem Danh sách Thuốc của chương trình của chúng tôi hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để biết chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí đối với các loại vắc-xin cụ thể.

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

- Phần đầu tiên là chi phí của **chính vắc-xin**.
- Phần thứ hai là chi phí **tiêm vắc-xin cho quý vị**. (Đôi khi điều này được gọi là quản lý vắc-xin.)

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

1. **Liệu vắc-xin có được một tổ chức tên là Ủy ban Cố vấn về Thực hành Tiêm chủng (ACIP) khuyến nghị cho người lớn hay không.**
   - Hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn đều được ACIP khuyến nghị và không tốn bất kỳ chi phí nào cho quý vị.
2. **Nơi quý vị tiêm vắc-xin.**
   - Vắc-xin có thể được cấp phát bởi một nhà thuốc hoặc được cung cấp bởi phòng khám của bác sĩ.

3. Ai là người tiêm vắc-xin cho quý vị.

- Một dược sĩ hoặc một nhà cung cấp khác có thể tiêm vắc-xin tại nhà thuốc. Hoặc, một nhà cung cấp có thể tiêm vắc-xin tại phòng khám của bác sĩ.

Chi phí quý vị phải trả tại thời điểm tiêm vắc-xin Phần D có thể thay đổi tùy thuộc vào hoàn cảnh và **giai đoạn thanh toán thuốc** mà quý vị đang ở.

- Khi tiêm một loại vắc-xin, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí cho nhà cung cấp dịch vụ tiêm vắc-xin cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn, điều này có nghĩa là quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ chi phí đã thanh toán.
- Những lúc khác, khi tiêm một loại vắc-xin, quý vị chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí của mình theo quyền lợi Phần D của quý vị. Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn, quý vị không phải trả bất kỳ chi phí nào.

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

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

- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn, quý vị không phải trả bất kỳ chi phí nào.
- Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị trả cho nhà thuốc tiền đồng trả của mình cho vắc-xin, bao gồm cả chi phí tiêm vắc-xin cho quý vị.
- Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần chi phí còn lại.

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

- Khi tiêm vắc-xin, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí của bản thân vắc-xin và chi phí cho nhà cung cấp dịch vụ tiêm vắc-xin cho quý vị.
- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Đối với hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn, quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ số tiền đã thanh toán. Đối với các loại vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền đã thanh toán trừ đi tiền đồng trả cho vắc-xin (bao gồm cả việc tiêm), và trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính phí và số tiền chúng tôi thường thanh toán. (Nếu quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung, chúng tôi sẽ bồi hoàn khoản chênh lệch này cho quý vị.).

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

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

CHƯƠNG 7:
Yêu cầu chúng tôi chi trả phần của mình cho hóa đơn dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ

PHẦN 1 Các tình huống quý vị nên yêu cầu chúng tôi chi trả phần của mình cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ

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

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

Cũng có những lúc quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp với đầy đủ chi phí cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã sử dụng hoặc nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị. Trước tiên hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu không thể thực hiện, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem có nên đài thọ các dịch vụ hay không. Nếu chúng tôi quyết định đài thọ cho các dịch vụ đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không bao giờ nên trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí theo kế hoạch cho phép. Nếu nhà cung cấp này được ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền điều trị.

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

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

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

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

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình. Nhưng đôi khi họ nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của mình.

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

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

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

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

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

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

Giữ lại biên lai của quý vị và gửi cho chúng tôi một bản sao khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị phần chi phí của chúng tôi. Xin lưu ý rằng chúng tôi chỉ đài thọ các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 để tìm hiểu thêm về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán tại một nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí cho một đơn thuốc vì quý vị không mang theo thẻ thành viên của chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị không mang theo thẻ thành viên của chương trình của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình của chúng tôi hoặc tra cứu thông tin ghi danh của chương trình của chúng tôi. Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin ghi danh cần thiết tức thì, quý vị có thể cần phải tự trả toàn bộ chi phí của đơn thuốc.

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

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

Quý vị có thể trả toàn bộ chi phí của đơn thuốc vì quý vị nhận thấy thuốc không được đài thọ vì một lý do nào đó.

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

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

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

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

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

- Quý vị không phải sử dụng (các) biểu mẫu, nhưng nó sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Tải xuống bản sao của biểu mẫu từ trang web của chúng tôi (www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms) hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu biểu mẫu.
- Đối với các yêu cầu thanh toán thuốc kê toa, cần có các thông tin sau: tên nhà thuốc, địa chỉ và số điện thoại; số đơn thuốc; ngày cung cấp dịch vụ; tên thuốc; mã thuốc quốc gia (NDC); số lượng và số ngày dùng; tên nhà cung cấp; và chi phí/trách nhiệm trả của thành viên.
- Đối với các yêu cầu thanh toán Y tế và Sức khỏe Hành vi, cần có các thông tin sau: tên nhà cung cấp, địa chỉ và số điện thoại; mã số thuế (Tax ID); ngày cung cấp dịch vụ; chẩn đoán; mô tả vật dụng và mã thủ thuật nếu có; bất kỳ hồ sơ y tế nào liên quan đến dịch vụ; và số tiền đã tính phí và đã thanh toán.

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

Medical Claims	Phần D Prescription Drug Claims
Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125

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

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

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

Phần 3.1 Nếu chúng tôi thông báo sẽ không thanh toán phần chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể thực hiện kháng cáo

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

CHƯƠNG 8:
Quyền và trách nhiệm của quý vị

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

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Russian, Chinese (Simplified), Arabic, and Somali and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan’s benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service at 503-574-8000 or 1 800 603 2340 (TTY users call 711).

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

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

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

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita, ruso, árabe, chino (simplificado) y somalí. También podemos proporcionarle los materiales en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

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

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga, tiếng Trung (Giản thể), tiếng Ả Rập và tiếng Somali. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711).

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

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

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, gặp chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ, hoặc tìm một chuyên gia trong mạng lưới, hãy gọi để nộp khiếu nại với Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân Quyền bằng cách gọi 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Раздел 1.1. Мы должны предоставлять информацию таким образом, чтобы она была понятна вам и соответствовала вашим культурным особенностям (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах)

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

В нашем плане предусмотрены бесплатные услуги переводчиков, которые могут ответить на вопросы участников, не говорящих по-английски. Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском, русском, китайском (упрощенном), арабском и сомалийском языках. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это необходимо. Мы обязаны предоставлять вам информацию о льготах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном для вас формате, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

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

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

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

القسم 1.1 يجب علينا أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك وتتوافق مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بطريقة برايل أو مكتوبة بحروف كبيرة أو التنسيقات البديلة الأخرى، وما إلى ذلك)

تتطلب خطتنا ضمان أن يتم تقديم جميع الخدمات، سواء كانت سريرية أو غير سريرية، بطريقة تراعي الكفاءة الثقافية وتجعلها في متناول جميع المسجلين، بمن فيهم ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، ومهارات القراءة المحدودة، وضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ومن الأمثلة على كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة، أو خدمات المترجمين الفوريين، والمبرقات الكاتبة، أو اتصال TTY (هاتف نصي أو مبرقة كاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة للإجابة على أسئلة الأعضاء غير الناطقين باللغة الإنجليزية. كما يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات الإسبانية والفيتنامية والروسية والصينية (المبسَّطة) والعربية والصومالية.
يمكننا أيضًا أن نقدم لك المواد بطريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون تحمل أي تكلفة إذا كنت في حاجة إلى ذلك. كما أننا مطالبون بأن نقدم إليك معلومات حول فوائد خطتنا بتنسيق يسهل الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة المناسبة لك، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711).

تتطلب خطتنا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة خطتنا لتخصص معين متاحين، فإن مسؤولية خطتنا تكمن في تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون إليك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، لن تدفع سوى المبلغ الذي تدفعه عادةً عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة. وإذا اكتشفت أنه يتعذر وجود اختصاصيين في شبكة خطتنا لتغطية خدمة تحتاج إليها، فاتصل بخطتنا للحصول على معلومات حول مكان الحصول على هذه الخدمة بالتكلفة نفسها التي تتحملها عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق مناسب لك ويمكن الوصول إليه، أو رؤية اختصاصي صحة المرأة، أو العثور على اختصاصي شبكة، فاتصل لتقديم شكوى إلى خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية من خلال الاتصال بـ 1-800-368-1019أو الاتصال بـ 1-800-537-7697 بالنسبة إلى مستخدمي TTY.

第 1.1 部分　　我们必须以符合您需求且尊重您文化敏感性的方式提供信息（包括以英语以外的语言、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划旨在确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景的方式提供，并且方便于所有参保人，包括英语能力有限者、阅读能力有限者、听力障碍者，以及具有多元文化和种族背景的人群。本计划满足这些无障碍要求的方式，包括但不限于提供翻译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）沟通服务。

非英语母语的会员在使用本计划服务时如果遇到疑问，可借助我们提供的免费口译服务获得解答。 本文件可免费提供西班牙语、越南语、俄语、简体中文、阿拉伯语和索马里语版本。 如果您需要，我们还可以免费为您提供盲文、大字体或其他替代格式的材料。我们必须以方便您且适合您的方式向您提供有关计划福利的信息。如需以符合您需求的方式从我们这里获取信息，请拨打 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部。

我们的计划必须为女性参保人提供专属选择，使她们能够直接联系网络内的女性健康专科医生，获取女性常规及预防健康护理服务。

如果本计划网络内某专科的医疗服务提供者无法提供服务，本计划有责任为您寻找网络外的专科医疗服务提供者，以确保您获得必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内的分担费用。如果您发现，在我们计划的网络内没有专科医生可提供所需服务，请致电我们的计划，了解如何以网络内费用分担的方式获得该服务。

如果您遇到任何困难，包括以方便您且适合您的方式获取本计划信息、看女性健康专科医生，以及寻找网络内专科医生，请致电客户服务部提交投诉：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY：711）。您也可以拨打 1 -800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉，或直接拨打 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，联系公民权利办公室。

Qaybta 1.1　　Waa inaan ku siino macluumaadka qaab adiga kugu habboon oo waafaqsan fahamka dhaqankaaga (luqadaha aan ka ahayn Ingiriisiga, qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan, iwm.)

Qorshaheenu wuxuu u baahan yahay inaan hubinno in dhammaan adeegyada, oo ay ku jiraan kuwa klinikal iyo kuwa aan klinikal ahayn labadaba, loo bixiyo hab dhaqan ahaan ku habboon oo ay heli karaan dhammaan dadka isdiiwaangashan, oo ay ku jiraan dadka leh aqoonta luqadda Ingiriisiga oo xaddidan, xirfadaha akhriska oo xaddidan, naafo maqal ah, ama dadka leh dhaqamo kala duwan iyo asal qowmiyadeed. Tusaalooyinka sida qorshahayagu u buuxin karo shuruudaha helitaanka waxa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn, bixinta adeegyada turjubaanka, adeegyada tarjumaanka, qalabka qoraalka ee maqalka, ama xiriirka TTY (taleefan qoraal ah ama qalabka farriimaha qoraalka ah).

Qorshahayagu waxa uu leeyahay adeegyo turjubaan oo bilaash ah oo diyaar u ah si looga jawaabo su'aalaha la waydiiyo xubnaha aan ku hadlin luqadda Ingiriisiga. Dukumeentigan waxaa lagu heli karaa lacag la'aan ah luqadaha Isbaanishka, Fiyatnaamiis, Ruushka, Shiine (La fududeeyay), Carabiga, iyo Soomaaliga. Waxaan sidoo kale ku siin karnaa agab qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan lacag la'aan haddii aad u baahan tahay. Waxaan u baahannahay inaan ku siino macluumaadka ku saabsan faa'iidooyinka qorshahayaga qaab ku fudud in la fahmo oo kugu habboon. Si aad macluumaad nooga hesho qaab kugu habboon, fadlan ka wac Adeegga Macaamiisha lambarka 503-574-8000 ama 1 800 603 2340 (Isticmaalayaasha TTY wac 711).

Qorsheheenu wuxuu u baahan yahay inaan siino qof dumar ah ee isdiiwaangashan ikhtiyaarka helitaanka tooska ah ee dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan gudaha shabakadda si ay u helaan adeegyada daryeelka caafimaadka ee joogtada ah iyo ka hortagga haweenka.

Haddii bixiyeyaasha ee ku jira shabakadda qorshaheenu aan la heli karin, waxaa mas'uuliyadda qorshaheena inaan helno bixiyeyaal takhasus leh oo ka baxsan shabakadda kuwaas oo ku siin doona daryeelka lagama maarmaanka ah. Xaaladdan, waxaad bixin doontaa oo keliya kharashka-wadaagga shabakadda gudaha. Haddii aad isku aragto xaalad aysan jirin dhakhaatiir takhasus leh oo ku jira shabakada qorshahayaga oo daboolaya adeegga aad u baahan tahay, wac qorshahayaga macluumaadka ku saabsan halka aad u tagto si aad u hesho adeeggan kharashka-wadaagga shabakada gudaha.

Haddii aad haysato wax dhibaato ah oo ku saabsan helitaanka macluumaadka qorshahayaga qaab la heli oo kugu habboon, la kulanka dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan, ama helitaanka takhasuska shabakadda, wac Adeegga Macaamiisha si aad cabasho u gudbiso lambarka 503-574-8000 ama 1-800-603-2340 (TTY: 711). Waxaad sidoo kale cabasho u gudbin kartaa Medicare adigoo wacaya 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ama si toos ah ula xiriiri kara Xafiiska Xuquuqda Madaniga ah (Office for Civil Rights) adigoo wacaya 1-800-368-1019 ama TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không thể xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
- Trừ trường hợp cần lưu ý dưới đây, nếu chúng tôi cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán chi phí chăm sóc cho quý vị, thì *chúng tôi phải xin phép quý vị hoặc một người mà quý vị ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định trước cho quý vị.*
- Trong một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi không cần phải xin phép quý vị trước bằng văn bản. Các trường hợp ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.
    - Chúng tôi phải cung cấp thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ phụ trách kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc.
    - Vì quý vị là thành viên của chương trình chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi buộc phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị, trong đó có thông tin về các loại thuốc kê toa Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị cho nghiên cứu hoặc sử dụng cho các mục đích khác, thì việc này sẽ được thực hiện theo các quy chế và quy định của liên bang; thông thường, điều này yêu cầu không chia sẻ thông tin định danh cụ thể của quý vị.

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

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

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

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc quan ngại về quyền riêng tư của thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711).

Toàn bộ phạm vi thực hành quyền riêng tư của chúng tôi được mô tả trong Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của chúng tôi và có thể được tìm thấy tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices và ở cuối sổ tay thành viên mới của quý vị.

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

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

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

Nếu quý vị muốn có bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711):

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

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

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

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Các nhà cung cấp của quý vị phải giải thích bệnh lý của quý vị và các lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách mà quý vị có thể hiểu được*.

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào các quyết định về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với bác sĩ về cách điều trị tốt nhất cho quý vị, các quyền của quý vị bao gồm như sau:

- **Được biết rõ tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được khuyến nghị cho tình trạng của mình, bất kể chi phí của chúng là bao nhiêu hoặc liệu chúng có được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi hay không. Điều này cũng bao gồm việc được thông báo về các chương trình mà chương trình của chúng tôi cung cấp để giúp các thành viên quản lý thuốc của họ và sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Được biết rõ về những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào được đề xuất thuộc phạm vi thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền lựa chọn từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền "từ chối.**" Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được đề nghị. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị ở lại. Quý vị cũng có quyền ngừng dùng thuốc. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị chấp nhận chịu hoàn toàn trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể mình.

Quý vị có quyền đưa ra các chỉ dẫn về những việc cần làm nếu quý vị không thể tự mình đưa ra các quyết định y tế

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

- Điền vào một biểu mẫu bằng văn bản để **ủy quyền hợp pháp cho người nào đó đưa ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn được chăm sóc y tế nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.

Các tài liệu pháp lý quý vị có thể sử dụng để đưa ra các chỉ dẫn trước trong những tình huống này được gọi là **chỉ thị trước**. Các tài liệu như **di chúc sống** và **giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe** là các ví dụ về chỉ thị y tế nâng cao.

Cách thiết lập một chỉ thị trước để đưa ra chỉ dẫn:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy một biểu mẫu chỉ dẫn trước từ luật sư của mình, từ nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng cung cấp đồ dùng văn phòng. Đôi khi quý vị có thể nhận các mẫu chỉ dẫn trước từ các tổ chức cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare.
- **Điền vào và ký tên.** Bất kể quý vị lấy biểu mẫu này ở đâu, đây vẫn là một tài liệu pháp lý. Hãy cân nhắc nhờ luật sư giúp quý vị chuẩn bị biểu mẫu.
- **Đưa các bản sao của mẫu cho những người phù hợp.** Đưa một bản sao của mẫu cho bác sĩ của quý vị và cho người mà quý vị ghi tên trên mẫu để có thể đưa ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể. Quý vị có thể muốn đưa các bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình. Hãy giữ một bản sao ở nhà.
- Nếu quý vị biết trước rằng mình sẽ phải nhập viện và quý vị đã ký một chỉ thị y tế nâng cao, **hãy mang theo một bản sao khi đến bệnh viện**.
- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị xem quý vị đã ký vào biểu mẫu chỉ dẫn trước chưa và quý vị có mang theo biểu mẫu đó hay không.
- Nếu quý vị chưa ký vào biểu mẫu chỉ dẫn trước, bệnh viện có sẵn các mẫu và sẽ hỏi quý vị có muốn ký không.

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

Nếu các hướng dẫn của quý vị không được tuân theo

Nếu quý vị đã ký vào một chỉ dẫn trước và quý vị cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân theo các hướng dẫn trong đó, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên:

Oregon Health Authority
Health Care Regulation and Quality Improvement
800 NE Oregon Street, Suite 465
Portland, OR 97232
Điện thoại: 971-673-0540
TTY: 711
Fax: 971-673-0556
E-mail: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov

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

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, quan ngại hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bảo hiểm, hoặc thực hiện kháng cáo, Chương 9 của tài liệu này sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì. Bất kể quý vị làm gì–-yêu cầu một quyết định bảo hiểm, thực hiện kháng cáo hoặc khiếu nại–-**chúng tôi phải đối xử với quý vị một cách công bằng**.

Phần 1.7 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị cho rằng quý vị đang bị đối xử không công bằng hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị đối xử không công bằng hoặc các quyền của mình không được tôn trọng do chủng tộc, khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, sắc tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác hoặc nguồn gốc quốc gia, hãy gọi cho Văn phòng Dân Quyền của **Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh** theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), hoặc gọi cho Văn phòng Dân Quyền tại địa phương.

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị đối xử không công bằng hoặc các quyền của mình không được tôn trọng *và* điều đó *không* phải về phân biệt đối xử, quý vị có thể nhận được sự trợ giúp để giải quyết vấn đề mà quý vị đang gặp phải:

- **Gọi cho Dịch vụ Khách hàng của chương trình chúng tôi theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711)**
- **Gọi cho SHIP địa phương của quý vị** theo số 1-800-722-4134
- **Gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi 1-877-486-2048)

Phần 1.8 Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị

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

- **Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711)**
- **Gọi cho SHIP địa phương của quý vị** theo số 1-800-722-4134
- **Liên hệ với Medicare**
    - Truy cập www.Medicare.gov để đọc ấn phẩm *Medicare Rights & Protections (Các quyền và Biện pháp Bảo vệ của Medicare)* (có tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
    - Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi 1-877-486-2048)

PHẦN 2 Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình

Những điều quý vị cần làm với tư cách là thành viên của chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu có câu hỏi, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

- **Làm quen với các dịch vụ được đài thọ của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân thủ để nhận được các dịch vụ được đài thọ này.** Sử dụng *Chứng từ Bảo hiểm* này để tìm hiểu những gì được đài thọ và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ được đài thọ.
    - Chương 3 và 4 cung cấp chi tiết về các dịch vụ y tế.
    - Chương 5 và 6 cung cấp chi tiết về bảo hiểm thuốc kê toa Phần D .
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải thông báo cho chúng tôi.** Chương 1 cho quý vị biết về việc phối hợp các quyền lợi này.
- **Thông báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị rằng quý vị đã được ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ thành viên của chương trình chúng tôi và thẻ Medicaid của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D.
- **Tạo điều kiện cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác giúp đỡ quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi và theo dõi quá trình chăm sóc của quý vị.**
    - Để có được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy cung cấp cho các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ thông tin cần thiết về các

vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân thủ các kế hoạch điều trị và các chỉ dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đã thống nhất.

- Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không kê toa, vitamin và thực phẩm chức năng.
- Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng đặt câu hỏi để được giải đáp.

- **Hãy thận trọng.** Chúng tôi mong muốn tất cả các thành viên của chúng tôi tôn trọng quyền của những bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị hành động theo cách giúp cho văn phòng của bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác hoạt động suôn sẻ.
- **Thanh toán chi phí mà quý vị nợ.** Là một thành viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm cho các khoản thanh toán sau:
  - Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để duy trì là một thành viên của chương trình chúng tôi (trừ khi các khoản phí bảo hiểm này được Medicaid thanh toán cho quý vị).
  - Đối với hầu hết các loại thuốc của quý vị được đài thọ bởi chương trình chúng tôi, quý vị phải thanh toán phần chi phí của mình khi quý vị nhận thuốc.
- **Nếu quý vị chuyển đi *trong phạm vi* khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần biết** để có thể cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển *ra ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị không thể duy trì là một thành viên của chương trình chúng tôi.**
- **Nếu quý vị chuyển đi, hãy thông báo cho An sinh Xã hội (hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt).**

CHƯƠNG 9:
Nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

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

Chương này giải thích các quy trình xử lý vấn đề và quan ngại. Quy trình quý vị sẽ sử dụng để xử lý vấn đề phụ thuộc vào hai yếu tố:

1. Vấn đề của quý vị có liên quan đến các quyền lợi được đài thọ bởi **Medicare** hoặc **Medicaid**. Nếu quý vị cần trợ giúp để quyết định nên sử dụng quy trình của Medicare, Medicaid hay cả hai, vui lòng gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

2. Loại vấn đề mà quý vị đang gặp phải:
    - Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho quyết định bảo hiểm và kháng cáo.**
    - Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại** còn được gọi là phàn nàn).

Cả hai quy trình đều đã được Medicare phê duyệt. Mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

Thông tin trong chương này sẽ giúp quý vị xác định quy trình phù hợp để sử dụng và những việc cần làm.

Phần 1.1 Các thuật ngữ pháp lý

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

Tuy nhiên, đôi khi việc biết các thuật ngữ pháp lý chính xác là điều quan trọng. Để giúp quý vị biết nên sử dụng thuật ngữ nào để nhận được sự trợ giúp hoặc thông tin phù hợp, chúng tôi đưa các thuật ngữ pháp lý này vào khi chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân hóa

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về cách xử trí của chúng tôi với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Quý vị luôn cần gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711) để được trợ giúp. Trong một số trường hợp, quý vị cũng có thể muốn nhận trợ giúp hoặc hướng dẫn từ một người không liên quan đến chúng tôi. Hai tổ chức có thể trợ giúp là:

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)

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

Các dịch vụ của tư vấn viên SHIP là miễn phí. SHIP ở Oregon được gọi là Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế cho Người cao tuổi (SHIBA). Gọi cho SHIBA theo số 1-800-722-4134 hoặc truy cập www.shiba.oregon.gov.

Medicare

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

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập www.Medicare.gov

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

Phương thức	Oregon Health Plan (Medicaid) – Thông tin Liên hệ
GỌI	1-800-273-0557 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều (Giờ Thái Bình Dương).
TTY	711
GỬI THƯ	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
TRANG WEB	www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx

PHẦN 3 Nên sử dụng quy trình nào cho vấn đề của quý vị

Vì quý vị có Medicare và nhận trợ giúp từ Oregon Health Plan (Medicaid), quý vị có các quy trình khác nhau mà quý vị có thể sử dụng để xử lý vấn đề hoặc khiếu nại của mình. Quý vị sử dụng quy trình nào phụ thuộc vào việc vấn đề đó là về quyền lợi của Medicare hay quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid). Nếu vấn đề liên quan đến quyền lợi được Medicare đài thọ, quý vị hãy sử dụng quy trình Medicare. Nếu vấn đề liên quan đến quyền lợi được Oregon Health Plan (Medicaid) đài thọ, quý vị hãy sử dụng quy trình của Oregon Health Plan (Medicaid). Nếu quý vị muốn được trợ giúp để quyết định nên sử dụng quy trình của Medicare hay quy trình của Oregon Health Plan (Medicaid), hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711).

Quy trình của Medicare và quy trình của Oregon Health Plan (Medicaid) được mô tả ở các phần khác nhau trong chương này. Để biết quý vị nên đọc phần nào, hãy sử dụng biểu đồ dưới đây.

Vấn đề của quý vị là về quyền lợi của Medicare hay quyền lợi của Medicaid?

Vấn đề của tôi là về **quyền lợi** của Medicare.

Xem **Phần 4, Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicare của quý vị.**

Vấn đề của tôi là về **quyền lợi** của Medicaid.

Xem **Phần 12**, **Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicaid của quý vị.**

PHẦN 4 Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Medicare

Có phải vấn đề hoặc thắc mắc của quý vị liên quan đến quyền lợi hoặc bảo hiểm của quý vị không?

Phần này bao gồm các vấn đề liên quan đến việc chăm sóc y tế (các vật dụng y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc Phần B) có được đài thọ hay không, cách thức đài thọ và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.

Có.

Xem **Phần 5, Hướng dẫn về các quyết định bảo hiểm và kháng cáo.**

Không.

Xem **Phần 11**, **Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác.**

Các quyết định bảo hiểm và kháng cáo

PHẦN 5 Hướng dẫn về các quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Các quyết định bảo hiểm và kháng cáo xử lý các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm của quý vị đối với việc chăm sóc y tế của quý vị (các dịch vụ, vật dụng và thuốc Medicare Phần B, bao gồm cả việc thanh toán). Để đơn giản hóa, chúng tôi thường gọi các dịch vụ, vật dụng y tế và thuốc kê toa Medicare Phần B là **dịch vụ chăm sóc y tế**. Quý vị sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và kháng cáo cho các vấn đề chẳng hạn như liệu một mục nào đó có được đài thọ hay không và cách thức đài thọ một mục nào đó.

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

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ việc chăm sóc y tế hay không trước khi quý vị nhận được, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Quyết định bảo hiểm là quyết định do chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa y tế không thuộc mạng lưới, thì việc giới thiệu này được coi là một quyết định bảo hiểm có lợi trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể chứng minh rằng quý vị đã

nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn đối với bác sĩ chuyên khoa y tế này hoặc *Chứng từ Bảo hiểm* nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần.

Trong một số trường hợp, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm các lý do như yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó không được quý vị ủy quyền hợp pháp nhưng lại thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu hoặc quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác yêu cầu về quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý bác yêu cầu và cách yêu cầu xem xét lại quyết định bị bác bỏ đó.

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định những mục được đài thọ cho quý vị và số tiền chúng tôi phải chi trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định dịch vụ chăm sóc y tế không được đài thọ hoặc không còn được Medicare đài thọ cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể kháng cáo.

Kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, dù là trước hay sau khi quý vị nhận được quyền lợi và quý vị không hài lòng, quý vị có thể **kháng cáo** quyết định đó. Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo khẩn hoặc **nhanh** đối với một quyết định bảo hiểm. Kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người xét duyệt khác với những người đã đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng cáo một quyết định lần đầu tiên, đó được gọi là kháng cáo Cấp 1. Trong kháng cáo này, chúng tôi xem xét lại quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Khi chúng tôi hoàn thành việc xem xét, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm các lý do như yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó không được quý vị ủy quyền hợp pháp nhưng lại thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu hoặc quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng cáo Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại quyết định bác bỏ.

Nếu chúng tôi từ chối toàn bộ hoặc một phần kháng cáo Cấp 1 của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế, kháng cáo của quý vị sẽ tự động chuyển sang kháng cáo Cấp 2 do một tổ chức xét duyệt độc lập không liên quan đến chúng tôi tiến hành.

- Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng cáo Cấp 2. Các quy tắc của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng cáo của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Xem **Phần 6.4** để biết thêm thông tin về kháng cáo Cấp 2 đối với dịch vụ chăm sóc y tế.
- Kháng cáo Phần D được thảo luận trong Phần 7.

Nếu không hài lòng với quyết định tại kháng cáo Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thực hiện các cấp kháng cáo bổ sung (Phần 10 trong chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5).

Phần 5.1 Nhận trợ giúp yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng cáo

Dưới đây là các nguồn lực nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng cáo một quyết định:

- **Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711)**
- **Nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị
- **Bác sĩ của quý vị có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp kháng cáo qua Cấp 2, họ cần được chỉ định làm đại diện cho quý vị. Gọi Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu biểu mẫu *Appointment of Representative* (Chỉ định Người đại diện). (Biểu mẫu cũng có sẵn tại www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms.)
    - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp 1. Nếu kháng cáo của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, kháng cáo đó sẽ tự động được chuyển tiếp lên Cấp 2.
    - Đối với thuốc Phần D, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu kháng cáo Cấp 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa có thể yêu cầu kháng cáo Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu ai đó thay mặt quý vị.** Quý vị có thể chỉ định một người khác để hành động cho quý vị với tư cách là **người đại diện** của quý vị để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng cáo.

- Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân hoặc người khác làm người đại diện cho mình, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu biểu mẫu *Chỉ định Người đại diện*. (Biểu mẫu cũng có sẵn tại www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms.) Biểu mẫu cho phép người được ủy quyền hành động thay mặt quý vị. Biểu mẫu phải được quý vị và người mà quý vị muốn hành động thay mặt quý vị ký. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao biểu mẫu đã ký.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng cáo từ một người đại diện mà không cần biểu mẫu, nhưng chúng tôi không thể hoàn thành việc xem xét cho đến khi chúng tôi nhận được biểu mẫu đó. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trước thời hạn đưa ra quyết định kháng cáo của quý vị, yêu cầu kháng cáo của quý vị sẽ bị bác bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quyền của quý vị để yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập xem xét quyết định bác bỏ kháng cáo của chúng tôi.

- **Quý vị cũng có quyền thuê một luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư riêng của mình hoặc lấy tên luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương của quý vị hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng cáo một quyết định.

Phần 5.2 Các quy tắc và thời hạn trong các tình huống khác nhau

Có 4 tình huống liên quan đến các quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết cho từng tình huống này:

- **Phần 6**: Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo
- **Phần 7**: Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo
- **Phần 8**: Cách yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm
- **Phần 9**: Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị nghĩ rằng bảo hiểm của mình sẽ kết thúc quá sớm (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau:* dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF)

Nếu quý vị không chắc chắn thông tin nào áp dụng cho mình, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ SHIP của quý vị.

PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo

Phần 6.1 Nên làm gì nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc muốn chúng tôi hoàn trả tiền cho dịch vụ chăm sóc của quý vị

Các quyền lợi của quý vị đối với việc chăm sóc y tế được mô tả trong Chương 4 trong Bảng Quyền lợi Y tế. Trong một số trường hợp, có các quy tắc khác nhau áp dụng cho yêu cầu thuốc Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc đối với thuốc Phần B khác với các quy tắc đối với các vật dụng và dịch vụ y tế như thế nào.

Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị ở trong bất kỳ 5 tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Phần 6.2**.

2. Chương trình của chúng tôi sẽ không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp y tế khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Phần 6.2**.

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi nên đài thọ, nhưng chúng tôi đã nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này. **Kháng cáo. Phần 6.3**.

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi nên đài thọ và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi bồi hoàn cho dịch vụ chăm sóc này. **Vui lòng gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5**.

5. Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị đã nhận được trước đây được chúng tôi phê duyệt sẽ bị giảm hoặc bị ngừng, và quý vị cho rằng việc giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị. **Kháng cáo. Phần 6.3**.

Lưu ý: Nếu bảo hiểm sẽ bị ngừng là cho việc chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên nghiệp hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF), xem Phần 8 và 9. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại dịch vụ chăm sóc này.

Phần 6.2 Cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm

Các thuật ngữ Pháp lý:

Một quyết định bảo hiểm liên quan đến việc chăm sóc y tế của quý vị được gọi là một **quyết định của tổ chức.**

Một quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là một **quyết định khẩn cấp.**

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay một quyết định bảo hiểm nhanh.

Một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày dương lịch khi vật dụng hoặc dịch vụ y tế tuân theo các quy tắc ủy quyền trước của chúng tôi, 14 ngày dương lịch đối với tất cả các vật dụng và dịch vụ khác, hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. Quyết định bảo hiểm nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ đối với dịch vụ y tế hoặc 24 giờ đối với các loại thuốc Phần B.

Quý vị chỉ có thể *nhận được* một quyết định bảo hiểm nhanh nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn thương khả năng phục hồi chức năng của quý vị.

Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cung cấp cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.

Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư trong đó:

- Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.
- Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.
- Giải thích rằng quý vị có thể gửi một khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi là cung cấp cho quý vị một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị đã yêu cầu.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc quyết định bảo hiểm nhanh.

- Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị để chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế và cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng 7 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi. Nếu vật dụng hoặc dịch vụ y tế quý vị không tuân theo các quy tắc cho phép trước của chúng tôi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Tuy nhiên,** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Phần B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không nên* kéo dài thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình cho quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về các khiếu nại.)

Đối với các quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian cấp tốc

Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Phần B, chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên,** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày**. Nếu cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Phần B.

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không nên* kéo dài thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 để biết thông tin về các khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế, quý vị có thể kháng cáo.

Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Kháng cáo có nghĩa là đưa ra yêu cầu một lần nữa để nhận được bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị mong muốn. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ được chuyển lên Cấp 1 của quy trình kháng cáo.

Phần 6.3 Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1

Các thuật ngữ Pháp lý:

Một kháng cáo đối với chương trình của chúng tôi về một quyết định bảo hiểm chăm sóc y tế được gọi là**xem xét lại** chương trình.

Một kháng cáo nhanh còn được gọi là **xem xét lại cấp tốc.**

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh.

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày dương lịch đối với các loại thuốc Phần B. Kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về bảo hiểm cho việc chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị cần quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ giải quyết kháng cáo nhanh cho quý vị.
- Các yêu cầu đối với kháng cáo nhanh cũng giống như các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi xử lý kháng cáo hoặc kháng cáo nhanh.

- **Nếu quý vị yêu cầu một kháng cáo tiêu chuẩn, hãy thực hiện kháng cáo tiêu chuẩn bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Nếu quý vị yêu cầu một kháng cáo nhanh, hãy gửi kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.

- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để phản hồi quý vị về quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do tại sao quý vị gửi kháng cáo muộn hơn khi quý vị thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.**

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị, và chúng tôi gửi phản hồi cho quý vị.

- Khi xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần thiết và chúng tôi có thể sẽ liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được kháng cáo**. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
    - Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi **có thể mất thêm tối đa 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi mất thêm nhiều ngày hơn, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Phần B.
    - Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài, nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi phải tự động gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản quyết định của chúng tôi và tự động gửi kháng cáo của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2. Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo với quý vị bằng văn bản khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu bệnh lý của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
    - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi mất thêm nhiều ngày hơn, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc Phần B.
    - Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không nên* kéo dài thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. Khi quý vị gửi đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Xem Phần 11 để biết thông tin về các khiếu nại.)
    - Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong thời hạn (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng cáo Cấp 2, ở cấp này kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày dương lịch nếu yêu cầu của quý vị là về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B.
- **Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị,** chúng tôi sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2.

Phần 6.4 Quy trình kháng cáo Cấp 2

Thuật ngữ Pháp lý:

Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Pháp nhân Xét duyệt Độc lập.** Đôi khi được gọi là **IRE.**

Tổ chức **xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê**. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này sẽ xác định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đã chính xác chưa hay có cần phải thay đổi gì không. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét kháng cáo của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị** .
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức xét duyệt độc lập để lý giải cho kháng cáo của quý vị.
- Những người xét duyệt tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị đã kháng cáo nhanh ở Cấp 1, thì quý vị cũng sẽ kháng cáo nhanh ở Cấp 2

- Đối với kháng cáo nhanh, tổ chức xét duyệt độc lập phải phản hồi cho quý vị về kháng cáo Cấp 2 **trong vòng 72 giờ** kể từ khi họ nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì quy trình có thể mất thêm tối đa 14 ngày dương lịch**. Tổ chức xét duyệt độc lập không thể mất nhiều thời gian hơn để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B.

Nếu quý vị đã kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1, thì quý vị cũng sẽ kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, tổ chức xét duyệt phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B, tổ chức xét duyệt độc lập phải phản hồi cho quý vị về kháng cáo Cấp 2 **trong vòng 7 ngày dương lịch** kể từ khi họ nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật dụng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì quy trình có thể mất thêm tối đa 14 ngày dương lịch**. Tổ chức xét duyệt độc lập không thể mất nhiều thời gian hơn để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc Phần B.

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập phản hồi cho quý vị.

Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo quyết định của mình bằng văn bản cho quý vị và giải thích lý do.

- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế trong vòng **72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn**. Đối với **các yêu cầu khẩn cấp**, chúng tôi có **72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt độc lập.
- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc Phần B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc Phần B trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn**. Đối với **các yêu cầu khẩn cấp**, chúng tôi có **24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt độc lập.
- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế không nên được phê duyệt. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư, trong đó:
    - Giải thích quyết định.
    - Cho quý vị biết về quyền của quý vị đối với kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được từ tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho quý vị biết giá trị bằng tiền mà quý vị cần đạt đến để có thể tiếp tục quy trình kháng cáo.
    - Hướng dẫn quý vị cách thực hiện kháng cáo Cấp 3.

Bước 3: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có 5 cấp kháng cáo). Nếu quý vị muốn chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận sau kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

Phần 6.5 Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho một hóa đơn quý vị nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế

Chúng tôi không thể bồi hoàn trực tiếp cho quý vị đối với dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ và vật dụng được Medicaid đài thọ, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. **Đừng tự mình thanh toán hóa đơn đó.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nếu quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể nhận được tiền hoàn lại từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó nếu quý vị đã tuân thủ các quy tắc để nhận dịch vụ hoặc vật dụng đó.

Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định bảo hiểm từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem việc chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có được đài thọ hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý yêu cầu của quý vị**: Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được đài thọ và quý vị đã tuân thủ các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán chi phí thường trong vòng 30 ngày dương lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu việc chăm sóc y tế không được đài thọ hoặc quý vị *không* tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế và lý do tại sao.

Nếu không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo**. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để thực hiện kháng cáo này, hãy tuân theo quy trình kháng cáo trong Phần 6.3. Đối với các kháng cáo liên quan đến việc bồi hoàn, xin lưu ý:

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập quyết định rằng chúng tôi phải thanh toán, chúng tôi sẽ phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán trong vòng 30 ngày dương lịch. Nếu câu trả lời cho kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 60 ngày dương lịch.

PHẦN 7 Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo

Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết nên làm gì nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận thuốc Phần D hoặc muốn chúng tôi hoàn trả tiền cho một loại thuốc Phần D

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc kê toa. Để được đài thọ, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Phần 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Phần D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, hãy xem Chương 5 và 6. **Phần này chỉ nói về các loại thuốc Part D của quý vị.** Để đơn giản hóa mọi thứ, chúng tôi thường nói *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại *thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú được đài thọ* hoặc *thuốc Phần D* mỗi lần. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Danh sách Thuốc thay vì *Danh sách Thuốc được Đài thọ* hoặc *danh mục thuốc*.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được đài thọ hay không hoặc liệu quý vị có đáp ứng các quy tắc hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi chúng tôi đài thọ.
- Nếu nhà thuốc của quý vị cho biết quý vị không thể mua thuốc kê toa như được chỉ định, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm Phần D và kháng cáo

Thuật ngữ Pháp lý:

Một quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là **quyết định bảo hiểm.**

Một quyết định bảo hiểm là một quyết định chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của quý vị. Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị ở trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Yêu cầu đài thọ một loại thuốc Phần D không có trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi. **Yêu cầu xét ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu chúng tôi miễn trừ giới hạn đối với bảo hiểm của chương trình cho một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được). **Yêu cầu xét ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu được phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Phần 7.4**
- Thanh toán cho một loại thuốc kê toa quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị. Phần 7.4**

Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này hướng dẫn cho quý vị cả cách yêu cầu các quyết định bảo hiểm và cách yêu cầu một kháng cáo.

Phần 7.2 Yêu cầu xét ngoại lệ

Các thuật ngữ Pháp lý:

Yêu cầu bảo hiểm của một loại thuốc không có trong Danh sách Thuốc là **ngoại lệ danh mục thuốc**.

Yêu cầu xóa bỏ một hạn chế đối với bảo hiểm của một loại thuốc là **ngoại lệ danh mục thuốc**.

Yêu cầu trả một mức giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được đài thọ là **ngoại lệ theo bậc**.

Nếu một loại thuốc không được đài thọ theo cách mà quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra **ngoại lệ**. Xét ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị sẽ cần giải thích các lý do y tế tại sao quý vị cần được phê duyệt ngoại lệ. Dưới đây là 2 ví dụ về các ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi:

1. **Đài thọ cho một loại thuốc Phần D không có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý đài thọ một loại thuốc không có trong Danh sách Thuốc, quý vị sẽ cần phải thanh toán số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho tất cả các loại thuốc của chúng tôi đối với thuốc biệt dược hoặc đối với thuốc gốc. Quý vị không thể yêu cầu một ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.
2. **Loại bỏ một hạn chế đối với một loại thuốc được đài thọ**. Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho các loại thuốc nhất định trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.

Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu xét ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do y tế

Bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một văn bản giải thích các lý do y tế mà quý vị yêu cầu một ngoại lệ. Để có được một quyết định nhanh hơn, hãy bao gồm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Danh sách Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị đang yêu cầu và sẽ không gây ra nhiều tác dụng phụ hơn hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ không phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị, sự phê duyệt của chúng tôi thường có hiệu lực cho đến cuối năm chương trình. Điều này đúng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại bằng cách kháng cáo.

Phần 7.4 Cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm, bao gồm xét ngoại lệ

Các thuật ngữ pháp lý:

Một quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là một **quyết định khẩn cấp.**

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay một quyết định bảo hiểm nhanh.

Các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ của quý vị. **Các quyết định bảo hiểm nhanh** được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị cần, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết địnhbảo hiểm nhanh. **Để nhận được một quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng 2 yêu cầu:**

- Quý vị phải yêu cầu một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh để hoàn tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua.)
- Sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại khả năng hoạt động của quý vị.
- **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị cần quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.**
- **Nếu quý vị tự mình yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi phải đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh hay không.** Nếu chúng tôi không phê duyệt một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư trong đó:

- Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.
- Giải thích nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.
- Hướng dẫn quý vị cách nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh theo yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được.

Bước 2: Yêu cầu một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc một quyết định bảo hiểm nhanh.

Hãy bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax đến chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể truy cập quy trình quyết định bảo hiểm thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào, bao gồm cả yêu cầu được gửi trên *Biểu mẫu Yêu cầu Quyết định Bảo hiểm Mẫu CMS*, có sẵn trên trang web của chúng tôi https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D. Chương 2 có thông tin liên hệ. Quý vị, bác sĩ kê toa của quý vị hoặc người đại diện thành viên có thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm qua email an toàn thông qua trang web Providence Health Assurance tại www.ProvidenceHealthAssurance.com. Để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, hãy bao gồm tên, thông tin liên hệ của quý vị và thông tin cho thấy yêu cầu bị từ chối nào đang được kháng cáo.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc bác sĩ kê toa khác), hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Quý vị cũng có thể yêu cầu một luật sư đại diện cho quý vị. Phần 4 của chương này cho quý vị biết cách lập văn bản cho phép cho người khác làm người đại diện cho quý vị.

- **Nếu quý vị đang yêu cầu xét ngoại lệ, hãy cung cấp văn bản hỗ trợ** đó là các lý do y tế để xét ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể fax hoặc gửi văn bản này qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và theo dõi bằng cách gửi fax hoặc gửi văn bản qua thư nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và phản hồi cho quý vị.

Thời hạn quyết định bảo hiểm nhanh

- Chúng tôi thường phải phản hồi quý vị **trong vòng 24 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Với các yêu cầu xét ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được văn bản hỗ trợ cho yêu cầu từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
- Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản hỗ trợ của bác sĩ mà quý vị yêu cầu.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.

Thời hạn cho một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi thường phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Với các yêu cầu xét ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được văn bản hỗ trợ cho yêu cầu từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi **phải cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản hỗ trợ của bác sĩ mà quý vị yêu cầu.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.

Thời hạn quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn liên quan đến thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi cũng sẽ cần thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể thực hiện kháng cáo.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận được bảo hiểm thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ được chuyển lên Cấp 1 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.5 Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1

Các thuật ngữ Pháp lý:

Một kháng cáo đối với chương trình của chúng tôi về một quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là xác định lại chương trình.

Một kháng cáo nhanh còn được gọi là **xem xét lại cấp tốc.**

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh.

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày. Kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

- Nếu quý vị đang kháng cáo một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Các yêu cầu đối với kháng cáo nhanh cũng giống như các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 7.4 của chương này.

Bước 2: Quý vị, người đại diện của quý vị, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị phải liên hệ với chúng tôi và thực hiện kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần phải có phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu kháng cáo nhanh.

- **Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, quý vị hãy gửi một yêu cầu bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với các kháng cáo nhanh, hãy gửi kháng cáo của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số** 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711). Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào,** bao gồm cả yêu cầu được gửi trên *Biểu mẫu Yêu cầu Xác định lại Mẫu CMS*, có sẵn trên trang web của chúng tôi www.ProvidenceHealthAssurance.com. Bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu bồi thường của quý vị để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- Quý vị, bác sĩ kê toa của quý vị hoặc đại diện thành viên có thể yêu cầu xác định lại (kháng cáo) qua email bảo mật bằng cách điền vào biểu mẫu xác định lại Providence Medicare Advantage Plans. Quý vị thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi như được nêu ở Chương 2, www.ProvidenceHealthAssurance.com.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để phản hồi quý vị về quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do tại sao quý vị gửi kháng cáo muộn hơn thời hạn quy định. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin trong đơn kháng cáo của mình và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị.

- Khi chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị một lần nữa. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn kháng cáo nhanh

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được kháng cáo**. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.

- Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 7.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho một kháng cáo tiêu chuẩn đối với một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 7 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ ra quyết định sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và bệnh lý của quý vị yêu cầu chúng tôi làm như vậy.
    - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 7 ngày dương lịch, chúng tôi được yêu cầu gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 7.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm càng nhanh càng tốt theo yêu cầu của sức khỏe quý vị, nhưng không muộn hơn **7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn liên quan đến thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
    - Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi cũng sẽ cần thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục với quy trình kháng cáo và thực hiện một *kháng cáo* khác hay không.

- Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác, điều đó có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ được chuyển đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.6 Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2

Các thuật ngữ Pháp lý

Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Pháp nhân Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi được gọi là **IRE**.

Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này sẽ xác định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đã chính xác chưa hay có cần phải thay đổi gì không. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác) phải liên hệ với tổ chức xét duyệt độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo, trong đó có **hướng dẫn cách thực hiện kháng cáo Cấp 2** với tổ chức xét duyệt độc lập. Các hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể thực hiện kháng cáo Cấp 2 này, những thời hạn quý vị phải tuân thủ và cách thức liên hệ với tổ chức xét duyệt độc lập.
- **Quý vị phải kháng cáo trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày trên văn bản thông báo.
- Nếu chúng tôi không hoàn thành việc xem xét trong khung thời gian quy định hoặc đưa ra quyết định bất lợi liên quan đến việc xác định **rủi ro** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp yêu cầu của quý vị đến pháp nhân xét duyệt độc lập.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị cho tổ chức xét duyệt độc lập. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị** .

- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức xét duyệt độc lập để lý giải cho kháng cáo của quý vị.

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét kháng cáo của quý vị.

Những người xét duyệt tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin về kháng cáo của quý vị.

Thời hạn kháng cáo nhanh

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần kháng cáo, hãy yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập cho phép kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý thực hiện kháng cáo nhanh, họ phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức xét duyệt độc lập phải phản hồi cho kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi nhận được kháng cáo nếu đó là về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho một loại thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức xét duyệt độc lập phải đưa ra câu trả lời cho kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức xét duyệt độc lập phản hồi cho quý vị.

Đối với kháng cáo nhanh:

- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức xét duyệt độc lập phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt độc lập.

Đối với kháng cáo tiêu chuẩn:

- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bảo hiểm của quý vị,** chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức xét duyệt độc lập phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt độc lập.
- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu hoàn trả tiền** cho một loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi phải **thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt độc lập.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối kháng cáo của quý vị?

Nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi là không phê duyệt yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Còn được gọi là **từ chối kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư, trong đó:

- Giải thích quyết định.
- Thông báo cho quý vị về quyền kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể thực hiện một kháng cáo khác và quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng.
- Thông báo cho quý vị giá trị bằng tiền phải được tranh chấp để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có 5 cấp kháng cáo).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền được hưởng tất cả các dịch vụ bệnh viện được đài thọ cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích của quý vị.

Trong thời gian quý vị nằm viện được đài thọ, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị ra viện. Họ sẽ giúp bố trí dịch vụ chăm sóc cho quý vị nếu cần sau khi ra viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị được ấn định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị biết.

- Nếu quý vị cho rằng mình đang được yêu cầu xuất viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ Medicare nêu rõ các quyền của quý vị

Trong vòng 2 ngày dương lịch kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ được nhận văn bản thông báo được gọi là *Thông báo Quan trọng từ Medicare về Các quyền của Quý vị.* Mọi người tham gia Medicare đều nhận được bản sao của thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ bất kỳ ai tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên xã hội hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi 1-877-486-2048).

1. **Đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị chưa hiểu rõ.** Thông báo này cho quý vị biết:
   - Quyền của quý vị được hưởng các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau khi nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Quyền này bao gồm quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai là người chi trả tiền và nơi có thể nhận được các dịch vụ đó.
   - Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về việc nằm viện của quý vị.
   - Nơi tiếp nhận báo cáo về quan ngại của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
   - Quý vị được quyền **yêu cầu xem xét tức thì** đối với quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm. Đây là một cách thức pháp lý, chính thức để yêu cầu trì hoãn ngày xuất viện của quý vị, để chúng tôi sẽ đài thọ việc chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn.

2. **Quý vị sẽ được yêu cầu ký vào văn bản thông báo để cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo đó và hiểu các quyền của mình.**
   - Quý vị hoặc người thay mặt quý vị phải ký vào thông báo này.
   - Việc ký vào thông báo *chỉ* cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký vào thông báo **không có nghĩa là** quý vị đồng ý với ngày xuất viện.

3. **Giữ lại bản sao** thông báo của quý vị để quý vị có thông tin về việc kháng cáo (hoặc báo cáo về quan ngại đối với chất lượng chăm sóc) nếu quý vị cần.
   - Nếu quý vị ký vào thông báo sớm hơn 2 ngày dương lịch trước ngày xuất viện của quý vị, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước ngày quý vị được sắp xếp xuất viện.

- Để xem trước một bản sao của thông báo này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nhận được thông báo trực tuyến tại www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Phần 8.2 Cách thức thực hiện kháng cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Để yêu cầu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ nằm viện của quý vị trong thời gian dài hơn, hãy sử dụng quy trình kháng cáo để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu rõ những gì quý vị cần làm và thời hạn là gì.

- **Tuân thủ quy trình**
- **Đáp ứng thời hạn**
- **Hãy nhờ trợ giúp nếu quý vị cần**. Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711). Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được trợ giúp riêng. Tại Oregon, SHIP được gọi là chương trình Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Cho Người cao tuổi (SHIBA). Gọi cho SHIBA theo số 1-800-722-41-34 hoặc truy cập www.shiba.oregon.gov

Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng cáo của quý vị. Tổ chức sẽ kiểm tra xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Tổ **chức Cải thiện Chất lượng** là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang chi trả để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc đánh giá ngày xuất viện của những người tham gia Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng của tiểu bang quý vị và yêu cầu xem xét tức thì việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải hành động thật nhanh.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông báo Quan trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý vị*) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng phụ trách tiểu bang của quý vị ở Chương 2.

Hãy hành động thật nhanh:

- Để thực hiện kháng cáo của mình, quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng *trước khi* quý vị ra viện và **không muộn hơn nửa đêm của ngày quý vị xuất viện.**
    - **Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này**, quý vị có thể ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện của mình *mà không phải trả tiền* trong khi chờ nhận quyết định từ Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
    - **Nếu quý vị không đáp ứng thời hạn này, hãy liên hệ với chúng tôi**. Nếu quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến của mình, *quý vị có thể phải trả các chi phí* cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến của mình.
- Sau khi quý vị yêu cầu xem xét tức thì việc xuất viện của quý vị, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Trước buổi trưa của ngày sau khi chúng tôi được liên hệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông báo Xuất viện Chi tiết**. Thông báo này cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng ngày xuất viện dự kiến là phù hợp (về mặt y tế) với quý vị.
- Quý vị có thể nhận một bản mẫu của **Thông báo Xuất viện Chi tiết** bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem một bản mẫu thông báo trực tuyến tại www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xét duyệt độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) lý do tại sao quý vị cho rằng cần tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm nếu quý vị muốn.
- Những người xét duyệt cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chúng tôi và bệnh viện đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa ngày sau khi những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng ngày xuất viện dự kiến là phù hợp (về mặt y tế) với quý vị.

Bước 3: Trong vòng tròn một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ đưa ra câu trả lời cho kháng cáo của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức xét duyệt *đồng ý*, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nằm viện được đài thọ của quý vị miễn là các dịch vụ này còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc tiền đồng trả, nếu có). Ngoài ra, có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được đài thọ cho quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?

- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập *từ chối* thì điều đó có nghĩa là ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa của ngày *sau khi* Tổ chức Cải thiện Chất lượng phản hồi kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức xét duyệt *từ chối* kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định vẫn ở lại bệnh viện, **thì quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng phản hồi kháng cáo của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định có muốn thực hiện một kháng cáo khác không.

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã *từ chối* kháng cáo của quý vị, *và* quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến của mình, quý vị có thể thực hiện một kháng cáo khác. Thực hiện kháng cáo khác có nghĩa là quý vị chuyển lên **Cấp 2** của quy trình kháng cáo.

Phần 8.3 Cách thức thực hiện kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định cho lần kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian lưu trú sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày dương lịch** kể từ ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng *từ chối* kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu việc xem xét này nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện xem xét lần hai về tình huống của quý vị.

- Những người xét duyệt tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 của quý vị, các chuyên viên đánh giá sẽ quyết định về kháng cáo của quý vị và thông báo cho quý vị quyết định của họ.

Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý:

- **Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận kể từ trưa ngày sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng cáo đầu tiên của quý vị. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị, miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y tế**.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình và các giới hạn bảo hiểm có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đã đưa ra trong kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo mà quý vị nhận được sẽ thể hiện bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xem xét.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị cần quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo của mình bằng cách chuyển sang Cấp 3 hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có 5 cấp kháng cáo). Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm

Khi quý vị đang nhận các dịch vụ **chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện) được đài thọ**, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ đó miễn là dịch vụ chăm sóc còn cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc ngừng đài thọ bất kỳ 1 trong 3 loại hình chăm sóc này cho quý vị, chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm cho việc chăm sóc đó của quý vị kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng chi trả cho việc chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng cáo.

Phần 9.1 Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về thời điểm kết thúc bảo hiểm

Thuật ngữ Pháp lý:

Thông báo về việc Chấm dứt bảo hiểm của Medicare. Thông báo này cho quý vị biết cách quý vị có thể yêu cầu **kháng cáo nhanh**. Yêu cầu kháng cáo nhanh là một cách thức pháp lý, chính thức để yêu cầu thay đổi quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc của quý vị.

1. **Quý vị nhận được văn bản thông báo** ít nhất 2 ngày dương lịch trước khi chương trình của chúng tôi sẽ ngừng đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo này cho quý vị biết:
    - Ngày chúng tôi sẽ ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
    - Cách yêu cầu kháng cáo nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.

2. **Quý vị, hoặc người đại diện của quý vị, sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo đó.** Việc ký tên vào thông báo này *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm ngừng bảo hiểm của quý vị. **Ký tên không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định dừng dịch vụ chăm sóc của chương trình.

Phần 9.2 Cách thức thực hiện kháng cáo Cấp 1 để chương trình của chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi đài thọ việc chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình kháng cáo để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu rõ những gì quý vị cần làm và thời hạn là gì.

- **Tuân thủ quy trình**
- **Đáp ứng thời hạn**

- **Hãy nhờ trợ giúp nếu quý vị cần**. Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711). Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được trợ giúp riêng. Tại Oregon, SHIP được gọi là chương trình Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Cho Người cao tuổi (SHIBA). Gọi cho SHIBA theo số 1-800-722-41-34 hoặc truy cập www.shiba.oregon.gov

Trong kháng cáo Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng cáo của quý vị. Tổ chức này quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không. Tổ**chức Cải thiện Chất lượng** là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng đài thọ các loại hình chăm sóc y tế nhất định. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Thực hiện kháng cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu *kháng cáo nhanh*. Quý vị phải hành động thật nhanh.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông báo Chấm dứt Bảo hiểm Medicare*) sẽ hướng dẫn quý vị cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc quý vị có thể tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng phụ trách tiểu bang của quý vị ở Chương 2.)

Hãy hành động thật nhanh:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng cáo **trước buổi trưa của ngày trước ngày có hiệu lực** trên *Thông báo Chấm dứt Bảo hiểm Medicare*.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn, và quý vị muốn nộp đơn kháng cáo, quý vị vẫn có quyền kháng cáo. Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng bằng cách sử dụng thông tin liên hệ trên Thông báo Chấm dứt Bảo hiểm Medicare. Tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng phụ trách tiểu bang của quý vị cũng có thể được tìm thấy trong Phần 2.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xét duyệt độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý:

Giải thích Chi tiết về việc Chấm dứt Bảo hiểm. Thông báo cung cấp chi tiết về các lý do ngừng đài thọ.

Điều gì xảy ra trong quá trình xem xét này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị, hoặc người đại diện của quý vị, lý do tại sao quý vị cho rằng cần tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm nếu quý vị muốn.
- Tổ chức xét duyệt độc lập cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Vào cuối ngày, những người xét duyệt sẽ thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị và quý vị cũng sẽ nhận được **Giải thích Chi tiết về việc Chấm dứt Bảo hiểm** từ chúng tôi lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng tròn một ngày sau khi họ có tất cả thông tin cần thiết, người xét duyệt sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu những người xét duyệt đồng ý?

- Nếu người xét duyệt *đồng ý* với kháng cáo của quý vị, **thì chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc tiền đồng trả, nếu có). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được đài thọ cho quý vị.

Điều gì xảy ra nếu những người xét duyệt từ chối?

- Nếu những người xét duyệt *từ chối*, **thì bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày bảo hiểm này của quý vị chấm dứt, **quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ** chi phí của dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị quyết định có muốn thực hiện một kháng cáo khác không.

- Nếu những người xét duyệt *từ chối* kháng cáo Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc – thì quý vị có thể thực hiện một kháng cáo Cấp 2.

Phần 9.3 Cách thức thực hiện kháng cáo Cấp 2 để chương trình của chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định cho lần kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) của mình *sau* ngày mà chúng tôi đã thông báo rằng bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu việc xem xét này **trong vòng 60 ngày dương lịch** kể từ ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng *từ chối* kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu việc xem xét này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện xem xét lần hai về tình huống của quý vị.

- Những người xét duyệt tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị, những người xét duyệt sẽ đưa ra quyết định về kháng cáo và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý?

- **Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với các dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm** cho các dịch vụ chăm sóc miễn là cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình và có thể có những giới hạn bảo hiểm được áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đưa ra trong kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo mà quý vị nhận được sẽ thể hiện bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách chuyển lên cấp kháng cáo tiếp theo, cấp này sẽ do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết.

Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ phải quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có 5 cấp kháng cáo). Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 10 Đưa kháng cáo của quý vị lên Cấp 3, 4 và 5

Phần 10.1 Kháng cáo Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Dịch vụ Y tế

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, hay cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị bằng tiền của vật dụng hoặc dịch vụ y tế mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng mức tối thiểu nhất định, quý vị có thể chuyển đến các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu giá trị bằng tiền nhỏ hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng cáo thêm. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được đối với kháng cáo Cấp 2 sẽ giải thích rõ cách tiến hành kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, 3 cấp độ kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống với 2 cấp độ đầu tiên. Dưới đây là những người xử lý việc xem xét kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp độ này.

Kháng cáo cấp 3

Một **Thẩm phán Luật Hành chính hoặc một trọng tài** làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài đồng ý với kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo *có thể* kết thúc *hoặc có thể không*.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, kháng cáo sẽ chuyển lên Cấp 4.
    - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được quyết định của Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài.
    - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu kháng cáo Cấp 4 cùng với bất kỳ tài liệu nào kèm theo. Chúng tôi có thể đợi quyết định kháng cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang tranh chấp.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài từ chối kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *có thể không*.**
    - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
    - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo cấp 4

Hội **đồng Kháng cáo Medicare** (Hội đồng) sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi về việc xem xét một quyết định kháng cáo Cấp 3 có lợi cho quý vị, thì quy trình kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *có thể không*.** Không giống như một quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định có kháng cáo quyết định này lên Cấp 5 hay không.
    - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo quyết định, chúng tôi sẽ cho phép hoặc cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch kể từ khi nhận được quyết định của Hội đồng.
    - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu đánh giá, quy trình kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc có thể *không*.**
    - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
    - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Hội đồng từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo cho biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị chuyển lên kháng cáo Cấp 5 hay không và làm thế nào để tiếp tục kháng cáo Cấp 5.

Kháng cáo cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ xem xét kháng cáo của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào nữa sau Tòa án Quận Liên bang.

Phần 10.2 Kháng cáo Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, hay cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị kháng cáo đáp ứng mức tiền tối thiểu nhất định, quý vị có thể tiếp tục các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu giá trị ít hơn mức tiền nhất định, quý vị không thể kháng cáo thêm. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được đối với kháng cáo Cấp 2 sẽ giải thích rõ cần liên hệ với ai và phải làm những gì để yêu cầu kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, 3 cấp độ kháng cáo cuối cùng hoạt động khá giống với 2 cấp độ đầu tiên. Dưới đây là những người xử lý việc xem xét kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp độ này.

Kháng cáo cấp 3

Một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc một trọng tài làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Nếu cầu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc**. Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày** kể từ khi nhận được quyết định.
- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc trọng tài từ chối kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc *có thể không*.**
    - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
    - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo cấp 4

Hội **đồng Kháng cáo Medicare** (Hội đồng) sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu cầu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc**. Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội đồng phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày kể từ** khi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu đánh giá, quy trình kháng cáo *có thể* kết thúc hoặc có thể *không*.**

- Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Hội đồng từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo cho biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị chuyển lên kháng cáo Cấp 5 hay không và làm thế nào để tiếp tục kháng cáo Cấp 5.

Kháng cáo cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ xem xét kháng cáo của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào nữa sau Tòa án Quận Liên bang.

Thực hiện khiếu nại

PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác

Phần 11.1 Quy trình khiếu nại xử lý những loại vấn đề nào?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bằng quy trình khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng chăm sóc y tế của quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được (bao gồm cả chăm sóc tại bệnh viện) phải không?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	• Ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bảo mật phải không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém, hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Ai đó đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị phải không? • Quý vị không hài lòng với Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi phải không? • Quý vị cảm thấy mình đang được khuyên rời khỏi chương trình của chúng tôi phải không?

Khiếu nại	Ví dụ
Thời gian chờ đợi	• Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn, hoặc chờ đợi quá lâu để có được lịch hẹn phải không? • Quý vị có bị các bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác giữ lại quá lâu không? Hoặc bởi Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi hoặc các nhân viên khác tại chương trình của chúng tôi? ○ Ví dụ bao gồm chờ đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc nhận một đơn thuốc.
Vấn đề về sinh	• Quý vị không hài lòng với vấn đề vệ sinh hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ phải không?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	• Chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị một thông báo bắt buộc phải không? • Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?
Tính kịp thời (Các loại khiếu nại này là về *tính kịp thời* của các hành động của chúng tôi liên quan đến các quyết định bảo hiểm và kháng cáo)	Nếu quý vị đã yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện một kháng cáo, và quý vị nghĩ rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị có thể đưa ra một khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ: • Quý vị đã yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bảo hiểm nhanh hoặc một kháng cáo nhanh, và chúng tôi đã từ chối; quý vị có thể đưa ra một khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn cho các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo; quý vị có thể đưa ra một khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn bắt buộc để đài thọ hoặc bồi hoàn cho quý vị đối với một số vật dụng hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể đưa ra một khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi đã không đáp ứng các thời hạn bắt buộc để chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập; quý vị có thể đưa ra một khiếu nại.

Phần 11.2 Cách khiếu nại

Các thuật ngữ Pháp lý:

Một **khiếu nại** cũng được gọi là một **phàn nàn**.

Thực hiện một khiếu nại được gọi là **nộp một phàn nàn**.

Sử dụng quy trình cho khiếu nại được gọi là **sử dụng quy trình để nộp một phàn nàn**.

Một **khiếu nại nhanh** được gọi là một **phàn nàn cấp tốc**.

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi kịp thời – bằng điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711) thường là bước đầu tiên.** Nếu quý vị cần làm bất cứ điều gì khác, Dịch vụ Khách hàng sẽ cho quý vị biết.
- **Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc quý vị đã gọi và không hài lòng), quý vị có thể gửi khiếu nại của mình bằng văn bản cho chúng tôi.** Nếu quý vị gửi đơn khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Nếu quý vị có một khiếu nại, quý vị hoặc người đại diện được chỉ định của quý vị có thể gọi 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại của mình bằng văn bản đến Phòng Khiếu nại và Phàn nàn theo địa chỉ sau: Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances Department, P.O. Box 4158, Portland, OR 97208-4158.
- **Thời hạn** để thực hiện khiếu nại là 60 ngày dương lịch kể từ thời điểm quý vị gặp phải vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và phản hồi cho quý vị.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ phản hồi cho quý vị ngay.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể trả lời quý vị luôn trên cuộc gọi đó.
- **Hầu hết các khiếu nại đều được phản hồi trong vòng 30 ngày.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày (tổng cộng 44 ngày) để trả lời khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kéo dài thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm nhanh hoặc kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ tự động gửi khiếu nại nhanh cho quý vị.** Nếu quý vị có khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ **phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ**.

- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ trình bày lý do khi phản hồi quý vị.

Phần 11.3 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi quý vị khiếu nại về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có 2 tùy chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể khiếu nại trực tiếp lên Tổ chức Cải thiện Chất lượng**. Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

  Hoặc

- Quý vị có thể đồng thời khiếu nại tới cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chúng tôi.

Phần 11.4 Quý vị cũng có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) trực tiếp cho Medicare. Để nộp đơn khiếu nại lên Medicare, quý vị có thể truy cập www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD gọi 1-877-486-2048.

Vấn đề liên quan đến quyền lợi Medicaid của quý vị

PHẦN 12 Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi Medicaid của quý vị

Phần 12.1 Cách khiếu nại hoặc phàn nàn thông qua Oregon Health Plan (Medicaid)

Nếu quý vị không hài lòng với Oregon Health Plan (Medicaid), Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid), nhà cung cấp hoặc các dịch vụ mà quý vị nhận được, quý vị có thể khiếu nại hoặc nộp một phàn nàn. Nếu quý vị đang tham gia một Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid), hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng của tổ chức đó hoặc gửi thư cho họ. Họ sẽ gọi lại hoặc trả lời thư của quý vị trong vòng 5 ngày để đưa ra phản hồi chính thức hoặc báo cho quý vị rằng họ cần thêm thời gian để hoàn tất quá trình xem xét. Nếu họ cần thêm thời gian, khiếu nại của quý vị sẽ có phản hồi chính thức trong vòng 30 ngày. Họ phải giải quyết khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày. Nếu quý vị là khách hàng Trả phí theo Dịch vụ (FFS), hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng của Oregon Health Plan (Medicaid) theo số 1-800-273-0557 (người dùng TTY gọi 711).

Phần 12.2 Cách kháng cáo một quyết định

Nếu Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) từ chối, ngừng cung cấp hoặc cắt giảm một dịch vụ y tế, nha khoa hoặc sức khỏe hành vi mà nhà cung cấp của quý vị đã chỉ định, quý vị sẽ nhận được thư **"Thông báo về Hành động/Từ chối Cung cấp Quyền lợi"** qua đường bưu điện. Thư này giải thích lý do vì sao họ đưa ra quyết định đó. Thư này cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách kháng cáo thông qua bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị. Nếu không đồng ý với quyết định, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi thay đổi. Quý vị có thể làm điều này bằng cách yêu cầu một kháng cáo. Chúng tôi phải nhận được yêu cầu của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ "Ngày Thông báo" ghi trên thư Thông báo về Hành động/Từ chối Cung cấp Quyền lợi.

Trong quy trình kháng cáo, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ đề nghị một chuyên gia chăm sóc sức khỏe xem xét trường hợp của quý vị. Cách yêu cầu kháng cáo:

- Gọi điện hoặc gửi thư cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid);
- Gọi điện hoặc gửi thư cho Oregon Health Plan (Medicaid) nếu quý vị có OHP trả phí theo dịch vụ.

Khi nhận được quyết định về kháng cáo, nếu không đồng ý, quý vị có thể yêu cầu tổ chức một phiên điều trần. Quý vị phải yêu cầu phiên điều trần trong vòng 120 ngày kể từ "Ngày Thông báo" ghi trên thư Thông báo Quyết định về Kháng cáo. Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ đính kèm mẫu đơn này khi gửi thư Thông báo về Hành động cho quý vị. Quý vị cũng có thể nhận mẫu này bằng ngôn ngữ ưu tiên bằng cách gọi cho Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của của quý vị, gọi Dịch vụ Khách hàng của OHP hoặc truy cập trực tuyến tại www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Hãy gọi cho Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị nếu quý vị muốn được trợ giúp trong việc yêu cầu kháng cáo. Quý vị sẽ nhận được "Thông báo Quyết định về Kháng cáo" từ tổ chức này trong vòng 16 ngày. Thông báo này cho quý vị biết người xét duyệt đồng ý hay không đồng ý với quyết định của OHP hoặc của Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid). Trong thời gian chờ quyết định, quý vị có thể tiếp tục nhận được dịch vụ sắp bị ngừng cung cấp nếu quý vị:

- Yêu cầu Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) tiếp tục cung cấp dịch vụ; và
- Yêu cầu chậm nhất là vào ngày thứ mười sau ngày nhận được Thông báo về Hành động/Quyết định Bất lợi về Quyền lợi hoặc Thông báo Quyết định về Kháng cáo.

Nếu quý vị nhận được lá thư sau ngày có hiệu lực, hãy gọi để được hướng dẫn. Nếu người xét duyệt đồng ý với quyết định ban đầu, quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được sau ngày có hiệu lực ghi trên thư Thông báo về Hành động/Từ chối Cung cấp Quyền lợi.

Nếu quý vị cần kháng cáo nhanh (cấp tốc)

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể cho rằng quý vị đang gặp vấn đề khẩn cấp về y tế, nha khoa hoặc sức khỏe tâm thần và không thể chờ quy trình kháng cáo thông thường. Trong trường hợp đó, hãy cho Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) biết là quý vị cần kháng cáo nhanh. Hãy gửi yêu cầu của quý vị cho họ qua fax. Quý vị cần gửi kèm văn bản lý giải của nhà cung cấp hoặc yêu cầu nhà cung cấp gọi điện và giải thích lý do vì sao dịch vụ này lại cấp bách. Nếu Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) đồng ý rằng đây là dịch vụ khẩn cấp thì họ sẽ gọi cho quý vị để thông báo quyết định trong vòng 72 giờ.

Kháng cáo do nhà cung cấp thực hiện

Nhà cung cấp của quý vị có quyền kháng cáo thay quý vị khi chỉ định mà bác sĩ của họ đưa ra bị Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) từ chối.

Phần 12.3 Cách yêu cầu phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang

Thành viên của Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) và những người có OHP FFS có thể yêu cầu phiên điều trần với một thẩm phán luật hành chính của Oregon. Quý vị sẽ có 120 ngày kể từ ngày ghi trên “Thông báo Quyết định về Kháng cáo” để yêu cầu OHP mở phiên điều trần.

Nếu không đồng ý với quyết định trên thư Thông báo Quyết định về Kháng cáo, quý vị có thể yêu cầu phiên điều trần bằng cách hoàn thành Biểu mẫu Yêu cầu Kháng cáo Và Điều trần về Quyết định Từ chối Dịch vụ Y tế (DMAP 3302). Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ đính kèm mẫu đơn này khi gửi thư “Thông báo về Hành động/Quyết định Từ chối Dịch vụ” cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Dịch vụ Khách hàng của OHP để lấy biểu mẫu bằng ngôn ngữ quý vị ưu tiên sử dụng. Quý vị có thể tìm biểu mẫu trực tiếp tại www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Tại phiên điều trần, quý vị có thể cho thẩm phán biết lý do quý vị không đồng ý với quyết định và lý do dịch vụ cần được đài thọ. Quý vị không bắt buộc phải có luật sư, nhưng có thể thuê luật sư hoặc nhờ ai đó, chẳng hạn như bác sĩ của quý vị, đồng hành cùng quý vị. Nếu thuê luật sư thì quý vị phải trả phí luật sư. Hoặc quý vị có thể gọi cho Đường dây nóng về Quyền lợi Công cộng (một chương trình của Dịch vụ Hỗ trợ Pháp lý của Oregon và Trung tâm Luật Oregon) theo số 1-800-520-5292 (người dùng TTY gọi 711), để được tư vấn và có thể đại diện. Thông tin về trợ giúp pháp lý miễn phí cũng có thể tìm tại www.oregonlawhelp.org.

Nếu quý vị cần điều trần nhanh (cấp tốc)

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể cho rằng quý vị đang gặp vấn đề y tế cấp bách và không thể chờ quy trình điều trần thông thường. Hãy gửi biểu mẫu yêu cầu điều trần của quý vị cho Bộ phận Phụ trách Điều trần của OHP theo số fax 503-945-6035. Quý vị cần gửi kèm văn bản lý giải của nhà cung cấp về lý do vì sao dịch vụ này lại cấp bách. Nếu Giámt đốc Y khoa của OHP đồng ý rằng đây là vấn đề cấp bách, Bộ phận Phụ trách Điều trần sẽ gọi cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Phần 12.4 Những điều quan trọng cần biết

Nhân viên Dịch vụ Khách hàng của Providence Health Assurance có thể giúp quý vị nộp một khiếu nại. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu được nói chuyện với một Đại diện Dịch vụ Khách hàng.

Khi kháng cáo một quyết định, quý vị vẫn tiếp tục được hưởng dịch vụ của Providence Health Assurance mà không bị ảnh hưởng gì. Tuy nhiên, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp trong quá trình kháng cáo nếu quyết định từ chối hoặc hạn chế dịch vụ được giữ nguyên.

CHƯƠNG 10:
Chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Providence Medicare Dual Plus (HMO D- SNP) có thể là **tự nguyện** (lựa chọn của riêng quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải là lựa chọn của riêng quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đã quyết định *muốn* rời. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị một cách tự nguyện.
- Cũng có những trường hợp giới hạn mà chúng tôi được yêu cầu phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các trường hợp trong đó chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

Nếu quý vị rời chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa cho quý vị, và quý vị sẽ tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi?

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên vì quý vị có Medicare và Medicaid

Hầu hết những người có Medicare chỉ có thể chấm dứt tư cách thành viên vào một số thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt việc tham gia chương trình của chúng tôi bằng cách chọn một trong các lựa chọn Medicare sau đây trong bất kỳ tháng nào của năm:

- Original Medicare *có* một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt,
- Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn phương án này và nhận Trợ giúp Bổ sung, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.), hoặc

- Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể ghi danh vào D-SNP tích hợp cung cấp cả Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ giúp Bổ sung, và không có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy trong một khoảng thời gian liên tục là 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả một khoản phí phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare sau đó.

- Hãy gọi cho Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị theo số 1-800-273-0557 để tìm hiểu về các tùy chọn chương trình Medicaid của quý vị.
- Các lựa chọn chương trình sức khỏe Medicare khác có sẵn trong **Giai đoạn Ghi danh Mở**. Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai đoạn Ghi danh Mở.
- **Tư cách thành viên của quý vị thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.** Việc ghi danh của quý vị vào chương trình mới cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Mở

Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong **Giai đoạn Ghi danh Mở** mỗi năm. Trong khoảng thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm sức khỏe và thuốc của mình và quyết định việc tiếp tục tham gia bảo hiểm cho năm tới.

- **Giai đoạn Ghi danh Mở** là từ ngày **15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**.
- **Quý vị có thể chọn duy trì bảo hiểm hiện tại của mình hoặc thay đổi bảo hiểm của quý vị cho năm sắp tới.** Nếu quý vị quyết định thay đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại nào sau đây:
    - Một chương trình sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
    - Original Medicare *có* một chương trình thuốc Medicare riêng biệt ,
    - Original Medicare *không có* một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
    - Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể ghi danh vào D-SNP tích hợp cung cấp cả Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để chi trả cho thuốc kê toa của quý vị: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã từ chối việc ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ giúp Bổ sung, và không có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy trong một khoảng thời gian liên tục là 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả một khoản phí phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare sau đó.

- **Tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt trong chương trình của chúng tôi** khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Phần 2.3 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage

Quý vị có thể thực hiện *một* thay đổi đối với bảo hiểm y tế của mình trong **Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage** mỗi năm.

- **Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới được ghi danh vào một chương trình MA, từ tháng đủ điều kiện nhận Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng đủ điều kiện thứ 3.
- **Trong Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage** quý vị có thể:
    - Chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
    - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt cùng lúc.
- **Tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị để chuyển sang Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Phần 2.4 Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai ssoạn Ghi danh Đặc biệt

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên của mình vào các thời điểm khác trong năm. Điều này được gọi là **Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nếu có bất kỳ trường hợp nào sau đây áp dụng cho quý vị. Đây chỉ là ví dụ. Để có danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi, gọi cho Medicare hoặc truy cập www.Medicare.gov.

- Thông thường, khi quý vị chuyển đi

- Nếu quý vị có Oregon Health Plan (Medicaid)
- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung để chi trả cho bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị.
- Nếu quý vị đang được chăm sóc tại một cơ sở, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
- Nếu quý vị ghi danh vào Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE)
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang trong một chương trình quản lý thuốc, quý vị chỉ có thể đủ điều kiện cho một số Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nhất định. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.
- **Lưu ý:** Phần 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid.

Các giai đoạn ghi danh khác nhau tùy thuộc vào trường hợp của quý vị.

Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện cho Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt hay không, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị hội đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên của mình vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc của mình. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
- Original Medicare *có* một chương trình thuốc Medicare riêng biệt,
- Original Medicare *không có* một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
- Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể ghi danh vào D-SNP tích hợp cung cấp cả Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ giúp Bổ sung, và không có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy trong một khoảng thời gian liên tục là 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả một khoản phí phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare sau đó.

Nếu quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung từ Medicare để chi trả cho thuốc được bảo hiểm của quý vị: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị từ chối việc ghi danh tự động.

Tư cách thành viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau yêu cầu thay đổi chương trình của chúng tôi.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid và Trợ giúp Bổ sung.

Phần 2.5 Nhận thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên

Nếu quý vị có câu hỏi về việc chấm dứt tư cách thành viên, quý vị có thể:

- **Gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711)**
- Tìm thông tin trong sổ tay ***Medicare & Quý vị 2026***
- Gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi 1-877-486-2048)

PHẦN 3 Cách để quý vị chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi

Bảng dưới đây giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi.

Để chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là những gì cần làm:
Một chương trình sức khỏe Medicare khác	• Ghi danh vào chương trình sức khỏe Medicare mới. • Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare *có* một chương trình thuốc Medicare riêng biệt	• Ghi danh vào chương trình thuốc Medicare mới . • Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của chương trình thuốc mới của quý vị bắt đầu.
Original Medicare *không có* một chương trình thuốc Medicare riêng biệt	• **Gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản để hủy ghi danh**. Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện điều này. • Quý vị cũng có thể gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.

Để chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là những gì cần làm:
	• Quý vị sẽ được hủy ghi danh khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của quý vị trong Original Medicare bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ giúp Bổ sung, và không có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy trong một khoảng thời gian liên tục là 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả một khoản phí phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare sau đó.

Đối với các câu hỏi về quyền lợi Oregon Health Plan (Medicaid),của quý vị, hãy gọi cho Oregon Health Plan (Medicaid), số miễn phí: 1-800-273-0557, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid).

PHẦN 4 Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc, và bảo hiểm Medicare và Medicaid mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc kê toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để được chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt hàng qua đường bưu điện để nhận thuốc của quý vị**.
- **Nếu quý vị phải nhập viện vào ngày tư cách thành viên của quý vị kết thúc, việc nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi đài thọ cho đến khi quý vị xuất viện** (ngay cả khi quý vị xuất viện sau khi bảo hiểm y tế mới của quý vị bắt đầu).

PHẦN 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi trong một số tình huống nhất định

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:

- Nếu quý vị không còn Medicare Phần A và Phần B.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medicaid. Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Một khi chương trình được thông báo rằng quý vị không còn đáp ứng các yêu cầu về điều kiện hội đủ đặc biệt này, quý vị sẽ có 1 tháng để đáp ứng các yêu cầu về điều kiện hội đủ đặc biệt của chương trình. Nếu quý vị vẫn không còn đáp ứng các yêu cầu về điều kiện hội đủ đặc biệt của chương trình của chúng tôi vào cuối giai đoạn 1 tháng này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình này sẽ kết thúc. Quý vị sẽ nhận được một thông báo từ chúng tôi thông báo cho quý vị về việc chấm dứt tư cách thành viên và các lựa chọn của quý vị. Trong giai đoạn 1 tháng này, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage đài thọ. Tuy nhiên, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể không tiếp tục đài thọ các quyền lợi Medicaid có trong Chương trình Tiểu bang Oregon Health Plan (Medicaid) và có thể không thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc chia sẻ chi phí mà Oregon Health Plan (Medicaid) có thể đài thọ.
- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Nếu quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn 6 tháng
    - Nếu quý vị chuyển nhà hoặc có một chuyến đi dài, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để tìm hiểu xem nơi quý vị chuyển đến hoặc đi du lịch có nằm trong khu vực của chương trình của chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù)
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị tham gia có cung cấp bảo hiểm thuốc
- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)

- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị để người khác sử dụng thẻ thành viên của mình để được chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
    - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách thành viên của quý vị, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).

Phần 5.1 Chúng tôi <u>không thể</u> yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe.

Quý vị nên làm gì nếu điều này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy mình đang bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì một lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.

Phần 5.2 Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết lý do của chúng tôi bằng văn bản về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cho quý vị cách phàn nàn hoặc khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

Chương 11: Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh

Luật chính áp dụng cho tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này là Đề Mục XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và các quy định được tạo ra theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS). Ngoài ra, các luật liên bang khác có thể áp dụng và, trong một số trường hợp nhất định, luật của tiểu bang quý vị sinh sống. Điều này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật này không được bao gồm hoặc giải thích trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm về yêu cầu thanh toán, tiền sử bệnh án, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng được bảo hiểm, hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp chương trình Medicare Advantage, giống như chương trình của chúng tôi, phải tuân theo luật liên bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Đề Mục VI của Đạo Luật Dân Quyền (Civil Rights Act) năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi (Rehabilitation Act) năm 1973, Đạo Luật Chống Phân Biệt Đối Xử Dựa Trên Tuổi Tác (Age Discrimination Act) năm 1975, Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disabilities Act), Phần 1557 của Đạo Luật Chăm Sóc Y Tế Giá Hợp Lý (Affordable Care Act), tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận được tài trợ của liên bang và bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc quan ngại về phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, vui lòng gọi cho Văn phòng Dân quyền **của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh** theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn phòng Dân quyền tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem xét thông tin từ Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại www.HHS.gov/ocr/index.html.

Nếu quý vị có khuyết tật và cần trợ giúp về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi tại Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711). Nếu quý vị có khiếu nại, chẳng hạn như gặp vấn đề với việc sử dụng xe lăn, bộ phận Dịch vụ Khách hàng có thể trợ giúp.

PHẦN 3 Thông báo về quyền đại diện của Bên thanh toán Phụ Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền đối với các dịch vụ Medicare được đài thọ mà Medicare không phải là bên thanh toán chính. Theo các quy định của CMS tại 42 CFR phần 422.108 và 423.462, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), với tư cách là Tổ Chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền khôi phục tương tự như Bộ Trưởng thực hiện theo quy định của CMS trong các tiểu phần B đến D trong phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này thay thế bất kỳ luật nào của tiểu bang.

PHẦN 4 Thông báo về Các trường hợp Bất thường

Các ví dụ về trường hợp bất thường bao gồm: việc phá hủy hoàn toàn hoặc một phần các cơ sở, chiến tranh, bạo loạn, nổi dậy dân sự, tranh chấp lao động, không nằm trong tầm kiểm soát của Providence Health Assurance, thảm họa lớn, khuyết tật của một phần đáng kể nhân viên bệnh viện, dịch bệnh, hoặc các nguyên nhân tương tự. Nếu do các trường hợp bất thường mà việc cung cấp các dịch vụ và các quyền lợi khác được đài thọ theo thỏa thuận này bị trì hoãn hoặc không được thực hiện, thì trong giới hạn cơ sở vật chất và nhân sự sẵn có, Providence Health Assurance sẽ nỗ lực hết sức để cung cấp dịch vụ và các quyền lợi khác được đài thọ theo thỏa thuận này. Trong các trường hợp bất thường, Providence Health Assurance, bệnh viện hay bất kỳ bác sĩ nào cũng sẽ không phải chịu bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào đối với sự chậm trễ hoặc không cung cấp dịch vụ hoặc các quyền lợi khác.

PHẦN 5 Trách nhiệm của Bên thứ Ba

Phần này mô tả nghĩa vụ của quý vị nếu quý vị nhận được các dịch vụ thuộc trách nhiệm của bất kỳ bên thứ ba nào. “Bên thứ ba” là bất kỳ người nào khác ngoài quý vị hoặc Providence (các bên “thứ nhất” và “thứ hai”) và bao gồm bất kỳ công ty bảo hiểm nào cung cấp bất kỳ bảo hiểm nào hiện có cho quý vị.

1. Sau khi biết được bất kỳ bên thứ ba nào có trách nhiệm và có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị đã nhận, Providence sẽ không đài thọ cho các dịch vụ đó.

2. Providence sẽ cần thông tin chi tiết từ quý vị. Providence Medicare Advantage Plans hoặc Nhà Cung Cấp Thế Quyền đã ký hợp đồng sẽ gửi cho quý vị bảng câu hỏi và quý vị phải hoàn thành bảng câu hỏi này rồi gửi lại càng sớm càng tốt. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy liên hệ với chúng tôi. Một nhân viên của Providence Medicare Advantage Plans chuyên về lĩnh vực này có thể giúp quý vị.

3. Nếu quý vị kiện một bên thứ ba, quý vị phải thông báo cho bên đó về quyền lợi của Providence.

4. Trong phạm vi tối đa được Medicare cho phép, Providence có quyền được hoàn trả từ bất kỳ khoản tiền nào thu hồi từ một bên thứ ba, cho dù việc thu hồi có được mô tả hay không hoặc cho một khoản nào đó ngoài chi phí y tế và quý vị có "hồi phục" sau tổn thất hay không. Providence có quyền được hoàn trả từ bất kỳ khoản thu hồi bồi thường tai nạn lao động nào cho dù tổn thất có được bồi thường hay không theo các luật đó.

5. Providence có quyền được hoàn trả toàn bộ giá trị quyền lợi, được tính bằng cách sử dụng các khoản phí thông thường và thông lệ của Providence, trừ đi một phần chia sẻ chi phí theo tỷ lệ và phí luật sư phát sinh để thực hiện việc thu hồi.

6. Trước khi chấp nhận giải quyết khiếu nại bên thứ ba, quý vị phải thông báo cho Providence bằng văn bản về các điều khoản được cung cấp.

7. Nếu Providence không được bên thứ ba hoàn trả, quý vị phải hoàn trả cho Providence. Providence có thể yêu cầu các nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị hoàn lại tiền, sau đó các nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn cho quý vị.

8. Quý vị phải hợp tác với Providence để nhận các khoản hoàn trả từ bên thứ ba liên quan đến các dịch vụ đã được Providence đài thọ/thanh toán. Nếu thuê luật sư, quý vị phải yêu cầu luật sư đó tạo điều kiện hoàn trả cho Providence ở mức tối đa được pháp luật cho phép đối với bất kỳ khoản thu hồi nào từ bên thứ ba.

9. Sau khi nhận được khoản thu hồi từ bên thứ ba, quý vị phải thanh toán tất cả các chi phí y tế để điều trị bệnh hoặc chấn thương mà Providence đã thanh toán.

10. Chỉ khi quý vị chứng minh thỏa đáng với Providence rằng khoản thu hồi đã hết thì Providence mới bắt đầu thanh toán lại. Sau đó, Providence sẽ trả số tiền chi phí dịch vụ vượt quá mức thu hồi ròng.

11. Nếu quý vị không hoàn trả cho Providence, Providence có thể thu hồi khoản hoàn trả từ các quyền lợi trong tương lai còn nợ theo Chương trình này hoặc chuyển tài khoản của quý vị đến một cơ quan thu nợ bên ngoài để thu hồi số tiền nợ cho Providence.

12. Nếu quý vị không kiện một bên thứ ba có trách nhiệm hoặc không hợp tác với Providence trong bất kỳ khiếu nại nào mà quý vị thực hiện, Providence có thể thu hồi trực tiếp từ bên thứ ba. Trong phạm vi tối đa được Medicare cho phép, Providence có thể thừa nhận các quyền của quý vị chống lại một bên thứ ba, có thể kiện bên thứ ba nhân danh quý vị, có thể can thiệp vào bất kỳ vụ kiện nào quý vị tiến hành và đặt quyền thế chấp đối với bất kỳ khoản thu hồi nào trong phạm vi mà Providence đã đài thọ các quyền lợi hoặc đã phát sinh chi phí cần thu hồi.

13. Mọi hành vi không tuân thủ các nghĩa vụ của quý vị như được mô tả ở đây, trong phạm vi tối đa được pháp luật hiện hành cho phép, có thể dẫn đến việc Providence từ chối đài thọ các quyền lợi và/hoặc chấm dứt bảo hiểm của quý vị.

Chương 12:
Các định nghĩa

Trung tâm Phẫu thuật Lưu động (Ambulatory Surgical Center) – Trung tâm Phẫu thuật Lưu động là một tổ chức hoạt động riêng với mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu trú dự kiến tại trung tâm không quá 24 giờ.

Kháng cáo – Kháng cáo là việc quý vị làm khi không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối yêu cầu chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa hoặc chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc ngừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Giai đoạn Quyền lợi – Cách thức mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường việc sử dụng các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) của quý vị. Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị tới cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại một SNF trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị tới một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không có giới hạn về số lượng giai đoạn quyền lợi.

Sản phẩm Sinh học – Một loại thuốc kê toa được làm từ các nguồn sống và tự nhiên như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. (xem “**Sản phẩm Sinh học Gốc**” và “**Thuốc Sinh học Tương tự).** ”).

Thuốc Sinh học Tương tự – Một sản phẩm sinh học rất giống, nhưng không hoàn toàn giống, sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa mới (xem “**Thuốc Sinh học Tương tự Có thể Thay đổi cho nhau**”).

Thuốc Biệt Dược – Thuốc kê toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm ban đầu nghiên cứu và phát triển loại thuốc đó. Thuốc biệt dược có cùng công thức thành phần hoạt chất với phiên bản thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế về thuốc biệt dược hết hạn.

Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương – Giai đoạn trong Quyền lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi $2,100 cho các loại thuốc Phần D được đài thọ trong năm bảo hiểm. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Phần D được đài thọ.

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan liên bang quản lý Medicare.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Chăm sóc Mạn tính (C-SNP) – C-SNP là SNP giới hạn việc ghi danh cho những người đủ điều kiện nhận MA có các bệnh mạn tính và nghiêm trọng cụ thể.

Đồng bảo hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả, được thể hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm (ví dụ như 20%), tương ứng với phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc kê toa sau khi quý vị thanh toán mọi khoản khấu trừ.

Khiếu nại – Tên chính thức của việc thực hiện khiếu nại là **nộp phàn nàn**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Trong đó cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân theo các giai đoạn trong quy trình kháng cáo.

Cơ sở Phục hồi Chức năng Toàn diện Ngoại trú (CORF) – Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi khỏi một bệnh hoặc chấn thương bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, hoạt động trị liệu và các dịch vụ bệnh lý âm ngữ - ngôn ngữ, và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Tiền đồng trả (hoặc khoản đồng trả) – Khoản tiền mà quý vị có thể phải thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc vật tư y tế, chẳng hạn như khám bác sĩ, khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc mua thuốc kê toa. Tiền đồng trả là một khoản tiền cố định (ví dụ $10), thay vì một tỷ lệ phần trăm.

Chia sẻ Chi phí – Chia sẻ chi phí đề cập đến các khoản tiền mà một thành viên phải chi trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc . Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của 3 loại thanh toán sau đây: (1) bất kỳ khoản khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ; (2) bất kỳ số tiền đồng trả cố định nào mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc; hoặc (3) bất kỳ số tiền đồng bảo hiểm nào, một tỷ lệ phần trăm của tổng số tiền được chi trả cho một dịch vụ hoạc thuốc, mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Quyết định Bảo hiểm – Quyết định về việc liệu một loại thuốc được kê cho quý vị có được chương trình đài thọ hay không và số tiền, nếu có, quý vị phải thanh toán cho toa thuốc. Nói chung, nếu quý vị mang đơn thuốc của mình đến một nhà thuốc và nhà thuốc nói với quý vị rằng đơn thuốc đó không được đài thọ theo chương trình của chúng tôi, đó không phải là một quyết định bảo hiểm. Quý vị cần gọi hoặc viết thư cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu một quyết định chính thức về bảo hiểm. Các quyết định bảo hiểm được gọi là **quyết định bảo hiểm** trong tài liệu này.

Thuốc được Đài thọ – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ .

Dịch vụ được Đài thọ – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Bảo hiểm Thuốc Kê toa Đáng tin cậy – Bảo hiểm thuốc kê toa (ví dụ, từ chủ lao động hoặc công đoàn) dự kiến sẽ chi trả, trung bình, ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ hội đủ điều kiện cho Medicare có thể giữ bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc kê toa Medicare sau này.

Chăm sóc Giám hộ – Chăm sóc giám hộ là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp trong viện dưỡng lão, nhà cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc cơ sở khác khi quý vị không cần dịch vụ chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc giám hộ, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hoặc đào tạo chuyên môn, bao gồm trợ giúp với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm, mặc quần áo, ăn uống, ra vào giường hoặc ghế, di chuyển và sử dụng nhà vệ sinh. Trong đó cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm được, như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc giám hộ.

Dịch vụ Khách hàng – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách thành viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng cáo của quý vị.

Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày – Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa loại thuốc nhất định cho quý vị dùng trong ít hơn một tháng và quý vị phải trả tiền đồng trả. Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản tiền đồng trả chia cho số ngày trong nguồn cung cấp của một tháng. Đây là một ví dụ: Nếu tiền đồng trả của quý vị cho lượng thuốc một tháng là $30, và lượng thuốc một tháng trong chương trình của quý vị là 30 ngày, thì tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày của quý vị là $1 mỗi ngày.

Khấu trừ – Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa trước khi chương trình của chúng tôi thanh toán.

Hủy ghi danh hoặc **Việc Hủy ghi danh** – Quy trình chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí Cấp phát – Khoản phí được tính mỗi khi cấp phát một loại thuốc được đài thọ để thanh toán chi phí mua thuốc kê toa, chẳng hạn như thời gian của dược sĩ để chuẩn bị và đóng gói đơn thuốc.

Các chương trinh Dual Eligible Special Needs (D-SNP) – D-SNP ghi danh những người đủ điều kiện nhận cả Medicare Medicare (Đề mục XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội) và hỗ trợ y tế từ một kế hoạch tiểu bang theo Medicaid (Đề mục XIX). Các tiểu bang đài thọ một số hoặc tất cả các chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và điều kiện hội đủ của người đó.

Cá nhân đủ Điều kiện Kép – Một người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid).

Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) – Một số thiết bị y tế nhất định được bác sĩ của quý vị chỉ định vì lý do y tế. Ví dụ bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống nệm có nguồn điện, đồ dùng cho bệnh nhân tiểu đường, máy bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị cấp ôxy, máy xông khí dung hoặc giường bệnh do nhà cung cấp chỉ định để sử dụng tại nhà.

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

Chăm sóc Cấp cứu – Các dịch vụ được đài thọ: 1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp các dịch vụ cấp cứu; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng cấp cứu y tế.

Chứng từ Bảo hiểm (EOC) và Thông tin Tiết lộ – Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác, văn bản sửa đổi hợp đồng hoặc hợp đồng bảo hiểm tự nguyện khác đã chọn, giải thích về bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị và những gì quý vị phải làm với tư cách là một thành viên của chương trình chúng tôi.

Ngoại lệ – Một loại quyết định bảo hiểm mà, nếu được phê duyệt, cho phép quý vị nhận một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi (một ngoại lệ danh mục thuốc). Quý vị cũng có thể yêu cầu một ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc quý vị đang yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu ủy quyền trước cho một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế về tiêu chí, hoặc nếu chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc quý vị đang yêu cầu (một ngoại lệ danh mục thuốc).

Trợ giúp Bổ sung – Một chương trình của Medicare để giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả chi phí chương trình thuốc kê toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Một loại thuốc kê toa được FDA phê duyệt là có cùng hoạt chất với thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn.

Phàn nàn – Một loại khiếu nại mà quý vị thực hiện về chương trình , nhà cung cấp hoặc các nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Việc này không liên quan đến bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán.

Trợ lý Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà – Một người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của một y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như giúp đỡ với việc chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập theo chỉ định).

Chăm sóc Cuối đời – Một quyền lợi cung cấp điều trị đặc biệt cho thành viên đã được chứng nhận về mặt y tế là mắc bệnh giai đoạn cuối, nghĩa là có thể còn sống được tối đa 6 tháng. Chương trình của quý vị, phải cung cấp cho quý vị một danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, quý vị vẫn là thành viên của chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm viện Nội trú – Nằm viện khác vị chính thức nhập viện để hưởng các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập được điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và một Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phí bổ sung được thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Ít hơn 5% những người có Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả phí bảo hiểm cao hơn.

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu – Đây là giai đoạn trước khi chi phí tự trả của quý vị trong năm đã đạt đến ngưỡng chi phí tự trả.

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu – Khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện nhận Medicare, đây là khoảng thời gian quý vị có thể đăng ký Medicare Phần A và Phần B. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Medicare khi quý vị tròn 65 tuổi, Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị là giai đoạn 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng quý vị tròn 65 tuổi, bao gồm tháng quý vị tròn 65 tuổi và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị tròn 65 tuổi.

D-SNP Tích hợp – D-SNP đài thọ Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình y tế duy nhất cho các nhóm người nhất định đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Những người này còn được gọi là những người đủ điều kiện kép được hưởng quyền lợi toàn phần.

Chương trình Institutional Special Needs (I-SNP) – I-SNP giới hạn việc ghi danh cho những người đủ điều kiện nhận MA sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà một cơ sở cung cấp, hoặc những người sống (hoặc dự kiến sẽ sống) trong ít nhất 90 ngày liên tục tại một số cơ sở chăm sóc dài hạn nhất định. I-SNP bao gồm các loại chương trình sau đây: SNP Tương đương Cơ sở SNP (IE-SNP) SNP Cơ sở Tích hợp (HI-SNP), SNP Cơ sở dựa trên Cơ sở (FI-SNP).

Chương trình Institutional-Equivalent Special Needs (IE-SNP) – IE-SNP giới hạn việc ghi danh cho những người đủ điều kiện nhận MA sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà một cơ sở cung cấp.

Thuốc Sinh học Tương tự Có thể Thay thế cho nhau – Loại thuốc sinh học tương tự có thể dùng làm thuốc thay thế cho một sản phẩm sinh học tương tự gốc tại nhà thuốc mà không cần toa mới vì loại thuốc thay thế này đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật pháp tiểu bang.

Danh sách Thuốc được Đài thọ (danh mục thuốc hoặc Danh sách Thuốc) – Một danh sách các loại thuốc kê toa được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Trợ cấp Thu nhập Thấp (LIS) – Xem mục Trợ giúp Bổ sung.

Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất – Một chương trình trong đó các nhà sản xuất thuốc sẽ thanh toán một phần trong toàn bộ chi phí của chương trình này cho các loại sản phẩm sinh học và thuốc biệt dược Phần D được đài thọ. Mức chiết khấu sẽ dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ liên bang và các nhà sản xuất thuốc.

Giá Công bằng Tối đa - Giá mà Medicare đã thương lượng cho một loại thuốc được chọn.

Số tiền Tự trả Tối đa – Số tiền cao nhất mà quý vị phải chi trả trong năm dương lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ. Số tiền tiền quý vị chi trả cho phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và thuốc kê toa không được tính vào số tiền tự trả tối đa. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Oregon Health Plan (Medicaid), quý vị không có trách nhiệm chi trả bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ. (**Lưu ý**: Bởi vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được trợ giúp từ Oregon Health Plan (Medicaid), rất ít thành viên đạt đến mức tự trả tối đa này.)

Medicaid (hoặc Hỗ trợ Y tế) – Một chương trình liên bang và tiểu bang chung giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid.

Chỉ định được Chấp nhận về mặt Y tế – Một công dụng của thuốc được FDA phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin Thuốc của Dịch vụ Danh mục Bệnh viện Hoa Kỳ và hệ thống Thông tin DRUGDEX của Micromedex.

Cần thiết về mặt Y tế – Các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y tế được chấp nhận.

Medicare – Chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi có một số khuyết tật nhất định, và những người mắc Bệnh thận Giai đoạn cuối (nói chung là những người bị suy thận vĩnh viễn cần chạy thận hoặc ghép thận).

Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage – Khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các thành viên trong một chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của mình và chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác hoặc được bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó. Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage cũng có sẵn trong một giai đoạn 3 tháng sau khi một người lần đầu tiên đủ điều kiện nhận Medicare.

Chương trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Phần C . Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Chương trình Medicare Advantage có thể là một chương trình i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS) hoặc iv) một chương trình Medicare Medical Savings Account (MSA). Bên cạnh việc lựa chọn trong số các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, Chương trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc kê toa). Các chương trình này được gọi là **Các Chương trình Medicare Advantage có Bảo hiểm Thuốc kê toa**.

Dịch vụ được Medicare Đài thọ – Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B đài thọ. Tất cả các chương trình y tế Medicare phải đài thọ tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B đài thọ. Thuật ngữ Dịch vụ được Medicare Đài thọ không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như thị giác, nha khoa hoặc thính giác, mà một chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương trình Sức khỏe Medicare – Một chương trình sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người tham gia Medicare ghi danh vào chương trình. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Medicare Cost, các Chương Trình Demonstration/Pilot và các Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE).

Bảo hiểm Thuốc Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm để giúp chi trả cho thuốc kê toa ngoại trú, vắc-xin, thuốc sinh học và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Phần B đài thọ.

Chương trình Quản lý Liệu pháp Thuốc (MTM) – Một chương trình Medicare Phần D dành cho các nhu cầu sức khỏe phức tạp được cung cấp cho những người đáp ứng các yêu cầu nhất định hoặc đang trong một Chương trình Quản lý Thuốc. Các dịch vụ MTM thường bao gồm một cuộc thảo luận với một dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc.

Chính sách Medigap (Bảo hiểm Bổ sung Medicare) – Medicare được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để lấp đầy những thiếu sót trong Original Medicare. Các chính sách của Medigap chỉ hoạt động với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là chính sách Medigap.)

Thành viên (thành viên của chương trình chúng tôi, hoặc thành viên của chương trình) – Một người có Medicare đủ điều kiện để nhận các dịch vụ được đài thọ, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi, và việc ghi danh của họ đã được xác nhận bởi Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Nhà thuốc trong Mạng lưới – Một nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi có thể nhận các quyền lợi thuốc kê toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị chỉ được đài thọ nếu mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – **Nhà cung cấp** là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được cấp phép hoặc chứng nhận bởi Medicare và bởi tiểu bang để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** có một thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi dưới dạng thanh toán toàn phần và trong một số trường hợp sẽ phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là **các nhà cung cấp của chương trình**.

Giai đoạn Ghi danh Mở - Khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm khi các thành viên có thể thay đổi chương trình y tế hoặc thuốc của họ hoặc chuyển sang Original Medicare.

Oregon Health Plan (Medicaid) (hoặc Medical Assistance) – Một chương trình Liên bang và tiểu bang chung giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Oregon Health Plan (Medicaid) khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid).

Quyết định của Tổ chức – Một quyết định của tổ chức về việc có đài thọ cho các vật dụng hoặc dịch vụ hay không hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các vật dụng hoặc dịch vụ được đài thọ. Các quyết định của tổ chức được gọi là quyết định bảo hiểm trong văn bản này.

Sản phẩm Sinh học Gốc – Một sản phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và được dùng làm cơ sở so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Sản phẩm này còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

Original Medicare (Traditional Medicare hoặc Fee-for-Service Medicare) – Original Medicare được cung cấp bởi chính phủ, và không phải là một chương trình y tế tư nhân như các chương trình Medicare Advantage và chương trình thuốc kê toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ của Medicare được đài thọ bằng cách thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác do Quốc hội thành lập. Quý vị có thể thăm khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare thanh toán phần của mình trong số tiền được Medicare chấp thuận, và quý vị thanh toán phần của mình. Original Medicare có 2 phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có sẵn ở mọi nơi trên khắp Hoa Kỳ.

Nhà thuốc ngoài Mạng lưới – Một nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các loại thuốc được đài thọ cho các thành viên của chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi đài thọ trừ khi một số điều kiện nhất định được áp dụng.

Nhà cung cấp ngoài Mạng lưới hoặc Cơ sở ngoài Mạng lưới – Một nhà cung cấp hoặc cơ sở không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là các nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành.

Chi phí Tự trả – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của một thành viên để chi trả một phần các dịch vụ hoặc thuốc nhận được cũng được gọi là yêu cầu chi phí tự trả của thành viên.

Ngưỡng Tự trả – Số tiền tối đa quý vị phải chi trả cho thuốc Phần D.

Chương trình PACE – Một chương trình PACE (Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ y tế, xã hội, và chăm sóc dài hạn (LTSS) cho những người ốm yếu để giúp họ duy trì sự độc lập và sống trong cộng đồng của họ (thay vì chuyển đến một viện dưỡng lão) càng lâu càng tốt. Những người ghi danh vào các chương trình PACE nhận được cả quyền lợi Medicare và Medicaid của họ thông qua chương trình của chúng tôi.

Phần C – Xem mục Chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Chương trình Quyền lợi Thuốc Kê toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Các loại thuốc có thể được đài thọ theo Phần D. Chúng tôi có thể cung cấp hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Phần D. Một số loại thuốc nhất định đã bị Quốc hội loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc Phần D nhất định phải được đài thọ bởi mọi chương trình.

Phí phạt Ghi danh Trễ Phần D – Một khoản tiền được thêm vào phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không có bảo hiểm có giá trị (bảo hiểm dự kiến sẽ chi trả, trung bình, ít nhất bằng bảo hiểm thuốc Medicare tiêu chuẩn) trong một khoảng thời gian liên tục là 63 ngày trở lên sau khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia một chương trình Phần D. Nếu bị mất quyền nhận Trợ giúp Bổ sung, quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh trễ khi không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác trong 63 ngày trở lên.

Quản lý Quyền lợi Nhà thuốc (PBM) – Thường là một bên quản lý thứ ba chịu trách nhiệm xử lý và chi trả các yêu cầu bồi thường thuốc kê toa thay mặt cho một chương trình y tế.

Chương trình Preferred Provider Organization (PPO) – Chương trình Preferred Provider Organization là một Chương trình Medicare Advantage có một mạng lưới các nhà cung cấp theo hợp đồng đã đồng ý điều trị các thành viên của chương trình với một số tiền thanh toán cụ thể. Một chương trình PPO phải đài thọ tất cả các quyền lợi của chương trình cho dù chúng được nhận từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới. Chia sẻ chi phí của thành viên nói chung sẽ cao hơn khi các quyền lợi của chương trình nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các gói PPO có giới hạn hàng năm đối với chi phí tự trả của quý vị cho các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp (ưu đãi) trong mạng lưới và giới hạn cao hơn về tổng chi phí tự trả kết hợp của quý vị cho các dịch vụ từ cả các nhà cung cấp (ưu đãi) trong mạng lưới và (không ưu đãi) ngoài mạng lưới.

Phí bảo hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc thuốc kê toa.

Dịch vụ phòng ngừa – Chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu, khi việc điều trị có khả năng hiệu quả nhất (ví dụ: các dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, tiêm phòng cúm, và chụp X-quang tuyến vú để sàng lọc).

Nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị khám đầu tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Cho phép Trước – Phê duyệt trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định dựa trên các tiêu chí cụ thể. Các dịch vụ được đài thọ cần có sự cho phép trước sẽ được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4. Các loại thuốc được đài thọ cần cho phép trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và các tiêu chí của chúng tôi được đăng trên trang web của chúng tôi.

Bộ Phận Giả và Dụng Cụ Chỉnh Hình – Các thiết bị y tế bao gồm, nhưng không chỉ gồm nẹp tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm vật tư hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng ruột và ngoài ruột.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc được cung cấp cho bệnh nhân Medicare.

Giới hạn Số lượng – Một công cụ quản lý được thiết kế để giới hạn việc sử dụng một loại thuốc vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể là số lượng thuốc mà chúng tôi đài thọ cho mỗi đơn thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

“Công cụ Quyền lợi Thời gian Thực” – Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó những người ghi danh có thể tra cứu thông tin danh mục thuốc và quyền lợi hoàn chỉnh, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng và cụ thể cho người ghi danh. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể được sử dụng cho cùng một tình trạng sức khỏe với một loại thuốc nhất định, và các hạn chế bảo hiểm (Cho phép Trước, Liệu pháp từng Bước, Giới hạn Số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Dịch vụ Phục hồi chức năng – Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), liệu pháp ngôn ngữ và lời nói, và trị liệu vận động.

Thuốc được Chọn – Một loại thuốc được đài thọ theo Phần D mà Medicare đã thương lượng một Giá Công bằng Tối đa.

Khu vực Dịch vụ – Một khu vực địa lý mà quý vị phải sống để tham gia một chương trình y tế cụ thể. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, nó thường cũng là khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ thông thường (không cấp cứu). Chương trình của chúng tôi phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị chuyển hẳn ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi.

Chăm sóc tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF) Care – Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch chỉ có thể được thực hiện bởi một y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt – Một loại chương trình Medicare Advantage đặc biệt cung cấp chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho các nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Oregon Health (Medicaid), những người sống trong viện dưỡng lão, hoặc những người có một số tình trạng bệnh mạn tính nhất định.

Trị liệu Từng bước – Một công cụ sử dụng yêu cầu quý vị trước tiên phải thử một loại thuốc khác để điều trị tình trạng y tế của quý vị trước khi chúng tôi đài thọ loại thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) – Một khoản trợ cấp hàng tháng được An sinh Xã hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế bị khuyết tật, mù lòa, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống như các quyền lợi An sinh Xã hội.

Dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp – Một dịch vụ được chương trình đài thọ cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là một trường hợp cấp cứu là một dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp mạng lưới là không hợp lý do thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Các lần thăm khám với nhà cung cấp định kỳ cần thiết về mặt y tế (như khám sức khỏe hàng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới của chương trình tạm thời không có sẵn.

Dịch vụ Khách hàng của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Phương thức	Dịch vụ Khách hàng – Thông tin Liên hệ
GỌI	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Dịch vụ Khách hàng cũng có sẵn các dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thời gian làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thời gian làm việc là Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).
FAX	503-574-8608
GỬI THƯ	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
TRANG WEB	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Hỗ Trợ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Tuổi (Oregon SHIP)

Hỗ Trợ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Tuổi (SHIBA) là một chương trình cấp tiểu bang được cấp tiền từ chính phủ Liên Bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

Phương thức	Thông tin Liên hệ
GỌI	1-800-722-4134
TTY	711
GỬI THƯ	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Email: shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
TRANG WEB	www.shiba.oregon.gov

Thông báo Tiết lộ PRA *Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai phải phản hồi biểu mẫu thu thập thông tin trừ khi trên đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho biểu mẫu thu thập thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị*

có nhận xét hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Providence
Medicare Advantage Plans

Biểu mẫu Được phê duyệt
OMB# 0938-1421

Phụ trang Đa Ngôn ngữ

Dịch vụ Phiên dịch Đa Ngôn ngữ

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: **您**對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-800-603-2340]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número
1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、
1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。