Chứng Từ Bảo Hiểm Năm 2027 của bạn

Humana®

Cảm ơn bạn đã là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Chúng tôi trân trọng sự tham gia của bạn và cam kết giúp bạn trở thành phiên bản tốt nhất mà bạn mong muốn.

Chứng Từ Bảo Hiểm này chứa thông tin quan trọng về chương trình của bạn. Tài liệu này là một văn bản rất chi tiết với mô tả đầy đủ, có giá trị pháp lý về các quyền lợi và chi phí của bạn. Bạn nên giữ tài liệu này để tham khảo trong suốt năm chương trình.

Humana quan tâm đến sức khỏe của bạn.

Chúng tôi mong được là đối tác sức khỏe của bạn trong nhiều năm tới. Chúng tôi luôn sẵn sàng hỗ trợ nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào.

2027

Chứng Từ Bảo Hiểm

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Các Quận King và Snohomish
Các Quận được Chọn ở WA

Humana®

Ngày 1 tháng 1 - Ngày 31 tháng 12, 2027

Chứng Từ Bảo Hiểm cho năm 2027:

Quyền lợi và Dịch vụ Sức khỏe Medicare và Phạm vi Bảo hiểm Thuốc của bạn với tư cách là Thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Tài liệu này cung cấp thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm sức khỏe và thuốc Medicare của bạn từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12 năm 2027. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy giữ nó ở nơi an toàn.**

Tài liệu này giải thích các quyền lợi và quyền hạn của bạn. Sử dụng tài liệu này để hiểu:

- Phí bảo hiểm và chia sẻ chi phí của chương trình của bạn
- Quyền lợi y tế và thuốc của bạn
- Cách nộp khiếu nại nếu bạn 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 câu hỏi về tài liệu này, hãy gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711). Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối bảy ngày một tuần từ ngày ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3 và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Thứ Hai - Thứ Sáu từ ngày ngày 1 tháng 4 - ngày 30 tháng 9. Cuộc gọi này miễn phí.

Chương trình này, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP), được cung cấp bởi Humana Medical Plan, Inc. (Khi *Chứng Từ Bảo Hiểm* này nói "chúng tôi," "chúng tôi," hoặc "của chúng tôi," thì có nghĩa là Humana Medical Plan, Inc. Khi nói "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi," thì có nghĩa là Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP).)

Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha.

Thông tin này có sẵn ở định dạng khác, bao gồm chữ nổi Braille, chữ in lớn và âm thanh. Vui lòng gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số được liệt kê ở trên nếu bạn cần thông tin về chương trình bảo hiểm ở định dạng khác.

Quyền lợi, phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1, 2028.

Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Bạn sẽ nhận được thông báo về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến bạn ít nhất 30 ngày trước.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) đã được Ủy ban Quốc gia về Đảm bảo Chất lượng (NCQA) phê duyệt để hoạt động như một Chương trình Bảo hiểm cho Đối tượng Đặc biệt (SNP) đến ngày 31 tháng 12 năm 2029 dựa trên việc xem xét Mô hình Chăm sóc của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP).

H1036_EOC_MAPD_HMO_325000_2027_VI_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Mục lục

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là thành viên 9
PHẦN 1 Bạn là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) 9
PHẦN 2 Yêu cầu đủ điều kiện tham gia chương trình 10
PHẦN 3 Những điều cần biết khi bạn mới tham gia chương trình của chúng tôi 12
PHẦN 4 Tài liệu thành viên quan trọng 12
PHẦN 5 Tóm tắt Chi phí Quan trọng cho năm 2027 14
PHẦN 6 Thông tin thêm về phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của bạn 20
PHẦN 7 Giữ hồ sơ thành viên chương trình của bạn được cập nhật 20
PHẦN 8 Cách bảo hiểm khác hoạt động với chương trình của chúng tôi 21
CHƯƠNG 2: Số điện thoại và tài nguyên 22
PHẦN 1 Thông tin liên hệ Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) 22
PHẦN 2 Nhận trợ giúp từ Medicare 25
PHẦN 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) 26
PHẦN 4 Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) 26
PHẦN 5 An Sinh Xã Hội 26
PHẦN 6 Medicaid 27
PHẦN 7 Các chương trình giúp mọi người thanh toán chi phí thuốc theo toa 28
PHẦN 8 Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt (RRB) 30
PHẦN 9 Nếu bạn có bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động 31
CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ y tế của bạn 32
PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ y tế với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi 32
PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế 34
PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ trong trường hợp khẩn cấp, thảm họa, hoặc có nhu cầu cấp bách về chăm sóc 37
PHẦN 4 Điều gì xảy ra nếu bạn bị tính phí trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bảo hiểm? 39
PHẦN 5 Dịch vụ y tế trong một nghiên cứu lâm sàng 40
PHẦN 6 Quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế theo tín ngưỡng tôn giáo 41
PHẦN 7 Các quy tắc về quyền sở hữu thiết bị y tế lâu bền 42
CHƯƠNG 4: Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được chi trả) 44
PHẦN 1 Tìm hiểu về các dịch vụ được chi trả 44
PHẦN 2 Bảng Quyền Lợi Y Tế thể hiện các quyền lợi y tế của bạn 45
PHẦN 3 Các dịch vụ được chi trả ngoài Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) 89
PHẦN 4 Các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả HOẶC Medicare 90
CHƯƠNG 5: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo Phần D 98
PHẦN 1 Các quy tắc cơ bản về bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình 98
PHẦN 2 Mua thuốc theo đơn tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt thuốc qua thư của chương trình 99
PHẦN 3 Thuốc của bạn cần có trong Hướng dẫn Thuốc của chương trình 103
PHẦN 4 Các loại thuốc có hạn chế về phạm vi chi trả 105
PHẦN 5 Những gì bạn có thể làm nếu một trong các loại thuốc của bạn không được chi trả theo cách bạn mong muốn 106
PHẦN 6 Hướng Dẫn Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm 109
PHẦN 7 Các loại thuốc chúng tôi không chi trả 111
PHẦN 8 Cách mua thuốc theo toa 112

PHẦN 9 Quyền lợi bảo hiểm thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt 112
PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý dùng thuốc..... 114
CHƯƠNG 6: Những gì bạn thanh toán cho thuốc Phần D 116
PHẦN 1 Những gì bạn thanh toán cho thuốc Phần D 116
PHẦN 2 Các giai đoạn thanh toán thuốc dành cho thành viên Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)..... 118
PHẦN 3 SmartSummary® của bạn giải thích giai đoạn thanh toán mà bạn đang ở 118
PHẦN 4 Giai đoạn Khấu trừ 119
PHẦN 5 Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu..... 120
PHẦN 6 Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa 124
PHẦN 7 Thông tin quyền lợi bổ sung 124
PHẦN 8 Chi phí bạn phải trả cho Vắc-xin theo Phần D 124
CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm hoặc thuốc 127
PHẦN 1 Các tình huống khi bạn nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm 127
PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn hoặc thanh toán hóa đơn bạn nhận được 129
PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của bạn và đưa ra quyết định chấp thuận hoặc từ chối..... 130
CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của bạn..... 132
PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự nhạy cảm văn hóa của bạn..... 132
PHẦN 2 Trách nhiệm của bạn với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi 142
CHƯƠNG 9: Nếu bạn có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)..... 144
PHẦN 1 Phải làm gì nếu bạn có vấn đề hoặc mối lo ngại..... 144
PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân..... 144
PHẦN 3 Quy trình nào cần sử dụng cho vấn đề của bạn 145
PHẦN 4 Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicare của bạn..... 146
PHẦN 5 Hướng dẫn về quyết định bảo hiểm và kháng cáo..... 146
PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng cáo..... 149
PHẦN 7 Thuốc theo Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng cáo... 155
PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi bảo hiểm thời gian nằm viện dài hơn nếu bạn cho rằng bạn đang bị xuất viện quá sớm..... 164
PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả cho một số dịch vụ y tế nếu bạn cho rằng phạm vi bảo hiểm của bạn kết thúc quá sớm..... 168
PHẦN 10 Đưa kháng cáo của bạn lên Cấp 3, 4 và 5..... 171
PHẦN 11 Cách thực hiện khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng, hoặc các vấn đề khác 174
PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicaid của bạn..... 177
CHƯƠNG 10: Chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi 178
PHẦN 1 Chấm dứt tư cách thành viên của bạn trong chương trình của chúng tôi..... 178
PHẦN 2 Bạn có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi khi nào? . 178
PHẦN 3 Cách kết thúc tư cách thành viên của bạn trong chương trình của chúng tôi 181
PHẦN 4 Cho đến khi tư cách thành viên của bạn kết thúc, bạn phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi 182
PHẦN 5 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) phải kết thúc tư cách thành viên chương trình của bạn trong một số tình huống nhất định..... 182
CHƯƠNG 11: Thông báo pháp lý..... 184

PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh 184
PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử 184
PHẦN 3 Thông báo về quyền truy đòi của Người trả Medicare Thứ cấp 184
PHẦN 4 Thông báo Bổ sung về Truy đòi (Thu hồi từ Bên Thứ ba) 185
PHẦN 5 Cách Medicare Hoạt động cùng với Bảo hiểm Khác 185
CHƯƠNG 12: Định nghĩa 189
Phụ lục A Thông tin Liên hệ Cơ quan Tiểu bang 200
Liệt kê tên, địa chỉ, số điện thoại và thông tin liên hệ khác cho nhiều nguồn tài nguyên hữu ích tại tiểu bang của bạn.

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là thành viên

PHẦN 1 Bạn là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Phần 1.1 Bạn đã đăng ký tham gia Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP), đây là Chương trình Đặc biệt Medicare

Bạn được bảo hiểm bởi cả Medicare và Medicaid:

- **Medicare** là 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 bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).
- **Medicaid** là chương trình của chính phủ liên bang và tiểu bang phối hợp, hỗ trợ chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Phạm vi bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy theo tiểu bang và loại Medicaid bạn có. Một số người có Medicaid được hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Những người khác cũng được bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare chi trả.

Bạn đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc thông qua chương trình của chúng tôi, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Chương trình của chúng tôi chi trả tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, chia sẻ chi phí và quyền tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi khác với Original Medicare.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) là Chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Medicare), có nghĩa là các quyền lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) được thiết kế cho những người có Medicare và đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Apple Health (Medicaid).

Vì bạn nhận được hỗ trợ từ Apple Health (Medicaid) với chia sẻ chi phí Phần A và B của Medicare (khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm), bạn có thể không phải trả gì cho các dịch vụ Medicare của mình. Apple Health (Medicaid) cũng có thể cung cấp các quyền lợi khác bằng cách chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa thường không được Medicare chi trả. Bạn cũng sẽ nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để thanh toán chi phí thuốc Medicare của bạn. Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) sẽ giúp bạn quản lý tất cả các quyền lợi này, để bạn nhận được các dịch vụ y tế và hỗ trợ thanh toán mà bạn có quyền hưởng.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) được điều hành bởi một công ty tư nhân. Giống như tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Medicare này được Medicare phê duyệt. Chương trình của chúng tôi cũng có thỏa thuận bằng văn bản với chương trình Medicaid của Washington để phối hợp các quyền lợi Medicaid của bạn. Chúng tôi rất vui được cung cấp bảo hiểm Medicare của bạn, bao gồm cả bảo hiểm thuốc.

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 bạn về cách Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) chi trả cho việc chăm sóc của bạn. Các phần khác của hợp đồng này bao gồm mẫu đăng

ký của bạn, Hướng dẫn Thuốc theo Toa (danh mục thuốc), và bất kỳ thông báo nào bạn nhận được từ chúng tôi về những thay đổi đối với phạm vi bảo hiểm của bạn hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến phạm vi bảo hiểm của bạn. Những thông báo này đôi khi được gọi là *phụ lục* hoặc *sửa đổi*.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng bạn đăng ký tham gia Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) từ ngày 1 tháng 1 năm 2027 đến ngày 31 tháng 12 năm 2027.

Medicare cho phép chúng tôi thực hiện các thay đổi đối với các chương trình bảo hiểm 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 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) sau ngày 31 tháng 12 năm 2027. Chúng tôi cũng có thể chọn ngừng cung cấp chương trình của mình trong khu vực dịch vụ của bạn, sau ngày 31 tháng 12 năm 2027.

Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) và Apple Health (Medicaid) phải phê duyệt Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Bạn có thể tiếp tục nhận được bảo hiểm Medicare với tư cách là thành viên của chương trình bảo hiểm của chúng tôi mỗi năm miễn là chúng tôi chọn tiếp tục cung cấp chương trình bảo hiểm của mình và Medicare cùng Apple Health (Medicaid) gia hạn phê duyệt chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

PHẦN 2 Yêu cầu đủ điều kiện tham gia chương trình

Phần 2.1 Yêu cầu đủ điều kiện

Bạn đủ điều kiện để trở thành thành viên trong chương trình của chúng tôi miễn là bạn đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

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

Yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt đối với chương trình của chúng tôi

Chương trình bảo hiểm của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của những người nhận được một số quyền lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là chương trình 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 đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm của chúng tôi, bạn phải đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid theo các hạng mục: FBDE, QMB+, SLMB+.

Lưu ý: Nếu bạn mất tư cách hưởng Apple Health (Medicaid) nhưng có thể được kỳ vọng một cách hợp lý là sẽ lấy lại tư cách hưởng trong vòng sáu tháng, thì bạn vẫn đủ điều kiện làm thành viên. Chương 4, Phần 2.1 cung cấp cho bạn thông tin về phạm vi bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong giai đoạn này.

Phần 2.2 Medicaid

Medicaid là chương trình 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. Mỗi tiểu bang quyết định những gì được tính là thu nhập và nguồn lực, ai đủ điều kiện, những

dịch vụ nào được bảo hiểm, và chi phí cho các dịch vụ. Các tiểu bang cũng có thể quyết định cách điều hành chương trình của mình miễn là tuân theo các hướng dẫn của liên bang.

Người Đủ Điều Kiện Kép Hưởng Đầy Đủ Quyền Lợi (FBDE): Có thể được hỗ trợ tài chính để thanh toán Phí Bảo hiểm Medicare Phần A, và/hoặc Phí Bảo hiểm Medicare Phần B, và các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán) và cung cấp đầy đủ quyền lợi Medicaid.

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

- **Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện Plus (QMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán) và cung cấp đầy đủ quyền lợi Medicaid cho các dịch vụ Medicaid được cung cấp bởi các nhà cung cấp Medicaid.
- **Người Thụ Hưởng Medicare Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định Plus (SLMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B và cung cấp đầy đủ quyền lợi Medicaid cho các dịch vụ Medicaid được cung cấp bởi các nhà cung cấp Medicaid.

Phần 2.3 Khu vực dịch vụ của chương trình Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) chỉ dành cho những người sống trong khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm của chúng tôi. Để tiếp tục là thành viên của chương trình bảo hiểm của chúng tôi, bạn phải tiếp tục sinh sống trong khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm của chúng tôi. Khu vực dịch vụ được mô tả dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận/huyện sau đây ở Washington: Các Quận King, Snohomish, WA.

Nếu bạn có kế hoạch chuyển đến một tiểu bang mới, bạn cũng nên liên hệ với văn phòng Medicaid của tiểu bang đó và hỏi xem việc chuyển chỗ ở này sẽ ảnh hưởng như thế nào đến quyền lợi Medicaid của bạn. Số điện thoại của Medicaid có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này.

Nếu bạn chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm của chúng tôi, bạn không thể tiếp tục là thành viên của chương trình bảo hiểm này. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) để xem chúng tôi có chương trình dịch vụ nào tại khu vực mới của bạn không. Khi bạn chuyển nơi ở, bạn sẽ có một Giai đoạn Đăng ký Đặc biệt để chuyển sang Original Medicare hoặc đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc Medicare tại địa điểm mới của bạn.

Nếu bạn chuyển nơi ở hoặc thay đổi địa chỉ thư, điều quan trọng là cũng phải gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội. Gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi số 1-800-325-0778).

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

Bạn phải là công dân Hoa Kỳ hoặc người không phải công dân đủ điều kiện để là thành viên của chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare. Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) nếu bạn không đủ điều kiện tiếp tục là thành viên của chương trình của chúng tôi trên cơ sở này. Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) phải hủy đăng ký của bạn nếu bạn không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Những điều cần biết khi bạn mới tham gia chương trình của chúng tôi

Phần 3.1 Đánh giá rủi ro sức khỏe

Khi bạn lần đầu tham gia chương trình bảo hiểm của chúng tôi, bạn sẽ được thực hiện đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày có hiệu lực đăng ký của bạn.

Chúng tôi phải hoàn thành một HRA cho bạn. HRA là cơ sở để xây dựng kế hoạch chăm sóc của bạn. HRA bao gồm các câu hỏi để xác định các nhu cầu y tế, sức khỏe hành vi và chức năng của bạn.

Chúng tôi sẽ liên hệ với bạn để hoàn thành HRA. HRA có thể được hoàn thành theo nhiều cách. Bạn có thể thực hiện qua điện thoại, trên giấy, trực tuyến, với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc với nhà cung cấp dịch vụ đánh giá sức khỏe tại nhà. Chúng tôi sẽ gửi cho bạn thêm thông tin về HRA này. Sau đó, chúng tôi sẽ liên hệ với bạn hằng năm để cập nhật nhằm xác định xem nhu cầu của bạn có thay đổi không.

Phần 3.2 Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc

Một nhóm chăm sóc có thể giúp bạn tiếp tục nhận được sự chăm sóc mà bạn cần. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của bạn, điều phối viên chăm sóc, các bác sĩ chuyên khoa bạn gặp, hoặc các chuyên gia y tế khác mà bạn lựa chọn.

Bạn làm việc cùng nhóm chăm sóc để lập kế hoạch chăm sóc dựa trên sở thích của bạn. Kế hoạch chăm sóc cho bạn và các bác sĩ cũng như nhà cung cấp dịch vụ y tế khác biết những dịch vụ bạn cần và cách tiếp cận chúng. Nó bao gồm các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi và các dịch vụ khác của bạn nếu có.

Kế hoạch chăm sóc của bạn bao gồm:

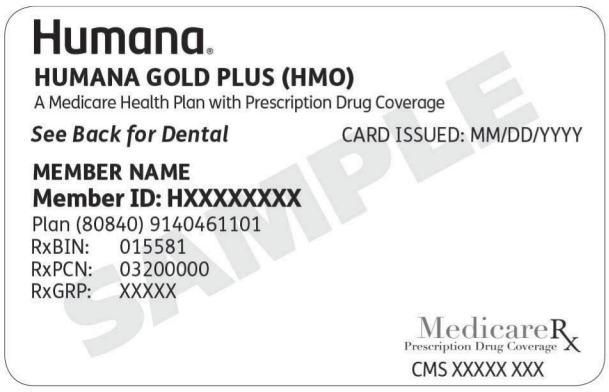
- các mục tiêu chăm sóc sức khỏe của bạn theo thứ tự ưu tiên do bạn xác định, và
- một mốc thời gian để nhận các dịch vụ bạn cần.

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

PHẦN 4 Tài liệu thành viên quan trọng

Phần 4.1 Thẻ thành viên chương trình bảo hiểm của chúng tôi

Sử dụng thẻ thành viên của bạn bất cứ khi nào bạn nhận các dịch vụ được bảo hiểm theo chương trình của chúng tôi và đối với thuốc theo toa mà bạn nhận tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Bạn cũng nên xuất trình thẻ Medicaid của bạn cho nhà cung cấp. Thẻ thành viên mẫu:





KHÔNG sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của bạn để nhận các dịch vụ y tế được bảo hiểm khi bạn là thành viên của chương trình này. Nếu bạn sử dụng thẻ Medicare của mình thay vì thẻ thành viên Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP), bạn có thể phải tự chi trả toàn bộ chi phí dịch vụ y tế. Hãy giữ thẻ Medicare của bạn ở nơi an toàn. Bạn có thể được yêu cầu xuất trình thẻ nếu bạn cần dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời (chăm sóc cuối đời), hoặc tham gia vào các nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng).

Mặt sau của thẻ nhận dạng cho biết quyền lợi nha khoa của bạn bằng mã sáu ký tự, ví dụ DEN000. Quyền lợi nha khoa Medicare Advantage sử dụng mạng lưới nha khoa PPO với phạm vi bảo hiểm chỉ trong mạng lưới. Mặt trước của thẻ chỉ đề cập đến các quyền lợi y tế của chương trình. Để biết thông tin về quyền lợi nha khoa, hãy xem phần Mô tả Quyền lợi Nha khoa Bổ sung Bắt buộc trong Chương 4 của tài liệu này.

Nếu thẻ thành viên chương trình bảo hiểm của chúng tôi bị hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thẻ mới.

Hãy nhớ xuất trình thẻ ID Apple Health (Medicaid) của bạn cùng với thẻ thành viên Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) để thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của bạn biết rằng bạn có thể có thêm quyền lợi bảo hiểm.

Phần 4.2 Danh mục Nhà cung cấp

Danh mục Nhà cung cấp **(Humana.com/FindCare)** liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại của chúng tôi, các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và nhà thuốc. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và 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 đã có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào của chương trình như là thanh toán đầy đủ.

Bạn phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ và chăm sóc y tế của mình. Nếu bạn đến nơi khác mà không có sự cho phép phù hợp, bạn sẽ phải tự chi trả toàn bộ. Các trường hợp ngoại lệ duy nhất là các trường hợp khẩn cấp, các dịch vụ cần gấp khi mạng lưới không có sẵn (tức là các tình huống mà việc nhận dịch vụ trong mạng lưới là không hợp lý hoặc không thể thực hiện được), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực, và các trường hợp khi Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Nhiều nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cũng được chứng nhận Medicaid. Hãy tham khảo Danh mục Nhà cung cấp của bạn để xác định nhà cung cấp nào trong mạng lưới của chương trình cũng tham gia với Apple Health (Medicaid). Bạn không bị giới hạn chỉ sử dụng các nhà cung cấp được chứng nhận Medicaid cho các dịch vụ theo chương trình Medicare của bạn.

Danh mục Nhà cung cấp **(Humana.com/FindCare)** liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà thuốc trong mạng lưới** là tất cả các nhà thuốc đã đồng ý cấp phát các đơn thuốc được bảo hiểm cho các thành viên của chương trình chúng tôi. Bạn có thể sử dụng Danh mục Nhà cung cấp để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà bạn muốn sử dụng. Hãy đến Chương 5, Phần 2.4 để biết thông tin về thời điểm bạn có thể sử dụng các nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình.

Danh mục Nhà cung cấp cũng sẽ cho bạn biết nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có mức chia sẻ chi phí ưu tiên, mức này có thể thấp hơn mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn do các nhà thuốc trong mạng lưới khác cung cấp đối với một số loại thuốc.

Nếu bạn không có Danh mục Nhà cung cấp, bạn có thể yêu cầu một bản sao (dạng điện tử hoặc bản in) bằng cách truy cập trang web của chúng tôi tại **Humana.com/FindCare**. Trang web có thể cung cấp cho bạn thông tin cập nhật nhất về những thay đổi trong mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc của chúng tôi. Bạn cũng có thể yêu cầu thông tin này bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi số 711). Danh bạ Nhà cung cấp bằng giấy theo yêu cầu sẽ được gửi đến bạn trong vòng 3 ngày làm việc.

Phần 4.3 Hướng dẫn Thuốc (danh mục thuốc)

Chương trình của chúng tôi có *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* (còn được gọi là Hướng dẫn Thuốc hoặc danh mục thuốc). Danh sách này cho biết những loại thuốc theo toa nào được bảo hiểm theo quyền lợi Phần D trong Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình của chúng tôi lựa chọn, với sự hỗ trợ của các bác sĩ và dược sĩ. Hướng dẫn Thuốc đáp ứng tất cả các yêu cầu của Medicare.

Các loại thuốc được đưa vào Chương trình Đàm phán Giá Thuốc Medicare sẽ được đưa vào Hướng dẫn Thuốc của bạn trừ khi chúng đã bị xóa hoặc thay thế như được mô tả trong Chương 5, Phần 6. Medicare đã phê duyệt Hướng dẫn Thuốc Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP).

Hướng dẫn Thuốc cũng cho biết liệu có bất kỳ quy định nào hạn chế quyền bảo hiểm đối với một loại thuốc hay không.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn một bản sao của Hướng dẫn Thuốc. Hướng dẫn Thuốc bao gồm thông tin về các loại thuốc được bảo hiểm mà các thành viên của chúng tôi sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, chúng tôi cũng bảo hiểm thêm các loại thuốc không có trong Hướng dẫn Thuốc. Nếu một trong các loại thuốc của bạn không có trong Hướng dẫn Thuốc, hãy truy cập trang web của chúng tôi hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi số 711) để tìm hiểu xem chúng tôi có bảo hiểm loại thuốc đó không. Để có thông tin đầy đủ và cập nhật nhất về các loại thuốc được bảo hiểm, hãy truy cập **Humana.com/druglist** hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi số 711).

PHẦN 5 Tóm tắt Chi phí Quan trọng cho năm 2027

Chi phí của bạn trong năm 2027	
	Trong mạng lưới
Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình*	**$0**
Khoản khấu trừ	**$0**

Chi phí của bạn trong năm 2027	
	Trong mạng lưới
Số tiền tự trả tối đa Đây là số tiền tối đa bạn phải chi trả ngoài túi cho các dịch vụ thuộc Phần A và Phần B được bảo hiểm. (Xem Chương 4 Phần 1.2 để biết chi tiết.)	**$9,850** Bạn không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm.
Thăm khám tại phòng khám chăm sóc chính	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần khám
Thăm khám tại phòng khám bác sĩ chuyên khoa	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần khám
Thời gian nằm viện nội trú Bao gồm các lần nằm viện nội trú khác nhau như chăm sóc cấp tính, phục hồi chức năng và chăm sóc dài hạn. Một lần nằm viện nội trú bắt đầu vào ngày bạn được nhập viện chính thức theo chỉ định của bác sĩ và kết thúc vào ngày trước khi bạn xuất viện.	Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi lần lưu viện
Bảo hiểm thuốc Phần D (Xem Chương 6 để biết chi tiết, bao gồm Khoản Khấu Trừ Hằng Năm, Các Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Bảo Hiểm Thảm Họa.) Không phải tất cả các bậc đều bao gồm insulin. Vui lòng tham khảo Hướng dẫn Thuốc theo Đơn của bạn để xác nhận phạm vi bảo hiểm insulin.	**Khoản khấu trừ bảo hiểm thuốc Phần D** Nếu bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), khoản khấu trừ của bạn là **$0**. Vui lòng tham khảo tờ thông tin đính kèm LIS Rider của bạn để biết các khoản chia sẻ chi phí. Nếu bạn **không** nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), khoản khấu trừ là **$700**. **$0** cho Bậc 1, Bậc 2 và Bậc 3 **$700** cho Bậc 4 và Bậc 5; ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn
	Khoản đồng thanh toán/Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu:
	Cho lượng thuốc dùng trong 30 ngày từ **nhà thuốc bán lẻ**: • **Thuốc Bậc 1: $0** Bạn không trả quá **$0** cho lượng thuốc dùng trong mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 2: $0** Bạn không trả quá **$0** cho lượng thuốc dùng trong mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 3: 17%** Bạn không trả quá **17%** tối đa **$35** cho lượng thuốc dùng trong mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này.

Chi phí của bạn trong năm 2027	
	Trong mạng lưới
	• **Thuốc Bậc 4: 40%** Bạn không trả quá **25%** tối đa **$35** cho lượng thuốc dùng trong mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 5: 25%** Bạn không trả quá **25%** tối đa **$35** cho lượng thuốc dùng trong mỗi tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này.
	Đối với lượng thuốc dùng trong 100 ngày từ **nhà thuốc đặt hàng qua thư** với mức chia sẻ chi phí ưu tiên: • **Thuốc Bậc 1: $0** Bạn không trả quá **$0** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 2: $0** Bạn không trả quá **$0** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 3: 17%** Bạn không trả quá **17%** tối đa **$105** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 4: 40%** Bạn không trả quá **25%** tối đa **$105** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 5:** Không có
	Đối với lượng thuốc dùng trong 100 ngày từ **nhà thuốc đặt hàng qua thư** với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn: • **Thuốc Bậc 1: $30** Bạn không trả quá **25%** tối đa **$30** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 2: $60** Bạn không trả quá **16%** tối đa **$60** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 3: 17%** Bạn không trả quá **17%** tối đa **$105** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của

Chi phí của bạn trong năm 2027	
	Trong mạng lưới
	mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 4: 40%** Bạn không trả quá **25%** tối đa **$105** cho lượng thuốc dùng trong 3 tháng của mỗi sản phẩm insulin được bảo hiểm ở bậc này. • **Thuốc Bậc 5:** Không có
	Bảo Hiểm Thảm Họa: Trong giai đoạn này, bạn không phải trả gì cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của bạn.

Chi phí của bạn có thể bao gồm những khoản sau:

- Phí Bảo Hiểm của Chương trình (Phần 5.1)
- Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hàng Tháng (Phần 5.2)
- Tiền Phạt Đăng Ký Trễ Phần D (Phần 5.3)
- Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 5.4)
- Số Tiền Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare (Phần 5.5)

Phần 5.1 Phí bảo hiểm chương trình

Bạn không phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng riêng cho Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP).

Phần 5.2 Phí bảo hiểm Medicare Phần B hàng tháng

Nhiều thành viên được yêu cầu thanh toán các khoản phí bảo hiểm Medicare khác

Một số thành viên phải trả các khoản phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, bạn phải duy trì tư cách đủ điều kiện cho Apple Health (Medicaid) cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các thành viên Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP), Apple Health (Medicaid) sẽ chi trả phí bảo hiểm Phần A (nếu bạn không đủ điều kiện nhận tự động) và phí bảo hiểm Phần B của bạn.

Nếu Apple Health (Medicaid) không thanh toán phí bảo hiểm Medicare cho bạn, bạn phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare để duy trì tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi. Điều này bao gồm phí bảo hiểm Phần B của bạn. Bạn cũng có thể phải trả phí bảo hiểm cho Phần A nếu bạn không đủ điều kiện hưởng Phần A miễn phí phí bảo hiểm.

Phần 5.3 Hình Phạt Đăng Ký Trễ Phần D (LEP)

Vì bạn đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng miễn là bạn duy trì trạng thái đủ điều kiện kép, nhưng nếu bạn mất trạng thái đủ điều kiện kép, bạn có thể phải chịu LEP. Tiền phạt đăng ký muộn Phần D là khoản phí bảo hiểm bổ sung phải trả cho bảo hiểm Phần D nếu vào bất kỳ thời điểm nào sau khi kết thúc thời gian đăng ký ban đầu của bạn, có

khoảng thời gian từ 63 ngày liên tiếp trở lên khi bạn không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc tương đương khác. Bảo hiểm thuốc theo toa tương đương là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare. Chi phí của tiền phạt đăng ký muộn phụ thuộc vào thời gian bạn không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa tương đương khác. Nhìn chung, bạn sẽ phải trả khoản tiền phạt này miễn là bạn có bảo hiểm Phần D.

Bạn **không** phải trả tiền phạt đăng ký muộn Phần D nếu:

- Bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để giúp thanh toán chi phí thuốc của bạn.
- Bạn đã trải qua ít hơn 63 ngày liên tiếp mà không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm tương đương khác.

- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc tương đương thông qua một nguồn khác (chẳng hạn như chủ lao động cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Cơ quan Quản lý Y tế Cựu chiến binh (VA)). Công ty bảo hiểm hoặc phòng nhân sự của bạn sẽ thông báo cho bạn mỗi năm nếu phạm vi bảo hiểm thuốc của bạn là phạm vi bảo hiểm tương đương. Bạn có thể nhận được thông tin này qua thư hoặc bản tin từ chương trình đó. Hãy lưu giữ thông tin này, vì bạn có thể cần đến nó nếu bạn tham gia chương trình thuốc Medicare sau này.

  – **Lưu ý:** Bất kỳ thư hoặc thông báo nào cũng phải nêu rõ rằng bạn đã có bảo hiểm thuốc theo toa đủ tiêu chuẩn (creditable), được kỳ vọng chi trả tương đương với mức chi trả của chương trình thuốc tiêu chuẩn của Medicare.

  – **Lưu ý:** Thẻ giảm giá thuốc theo toa, phòng khám miễn phí và các trang web giảm giá thuốc không được tính là phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa đủ tiêu chuẩn (creditable).

Medicare xác định mức tiền phạt đăng ký muộn Phần D.
Đây là cách thức hoạt động:

- Trước tiên, hãy đếm số tháng đầy đủ mà quý vị đã trì hoãn đăng ký tham gia chương trình thuốc Medicare, sau khi quý vị đủ điều kiện để đăng ký. Hoặc đếm số tháng đầy đủ mà bạn không có phạm vi bảo hiểm thuốc tương đương, nếu thời gian gián đoạn bảo hiểm là 63 ngày hoặc hơn.

- Sau đó Medicare xác định mức phí bảo hiểm trung bình hàng tháng của các chương trình thuốc Medicare trong cả nước từ năm trước (phí bảo hiểm cơ sở quốc gia dành cho người thụ hưởng). Đối với năm 2027, mức phí bảo hiểm trung bình này là **$41.33**.

- Để tính khoản tiền phạt hàng tháng của bạn, Medicare nhân số tháng không được bảo hiểm (phần trăm phạt) với 1% phí bảo hiểm cơ sở quốc gia dành cho người thụ hưởng và sau đó làm tròn số tiền đó đến 10 xu gần nhất. Ví dụ: nếu bạn trải qua 14 tháng mà không có Phần D hoặc phạm vi bảo hiểm tương đương khác, khoản tiền phạt sẽ là 14% nhân với **$41.33**, bằng **$5.79**. Con số này được làm tròn thành **$5.80**. Khoản tiền này sẽ được **cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình dành cho người có khoản tiền phạt đăng ký muộn Phần D**.

Ba điều quan trọng cần biết về tiền phạt đăng ký muộn Phần D hàng tháng:

- **Tiền phạt có thể thay đổi mỗi năm,** vì phí bảo hiểm cơ sở quốc gia dành cho người thụ hưởng có thể thay đổi mỗi năm.

- **Bạn thường sẽ tiếp tục trả tiền phạt** mỗi tháng trong suốt thời gian bạn đăng ký trong một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi bạn đổi chương trình.

- Nếu bạn dưới 65 tuổi và đã đăng ký Medicare, tiền phạt đăng ký muộn Phần D sẽ được đặt lại khi bạn tròn 65 tuổi. Sau 65 tuổi, tiền phạt đăng ký muộn Phần D của bạn sẽ chỉ dựa trên các tháng bạn không có bảo hiểm sau thời kỳ đăng ký ban đầu khi đủ tuổi tham gia Medicare.

Nếu bạn không đồng ý về khoản tiền phạt đăng ký muộn Phần D của mình, bạn hoặc đại diện của bạn có thể yêu cầu xem xét lại (kháng cáo) khoản tiền phạt. Việc xem xét lại được thực hiện bởi một tổ chức đánh giá độc lập không có liên hệ với chúng tôi. Nhìn chung, bạn phải yêu cầu xem xét lại này **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày ghi trên lá thư đầu tiên thông báo rằng bạn phải trả khoản tiền phạt đăng ký muộn. Tuy nhiên, nếu bạn đã trả khoản tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, nhìn chung bạn sẽ không có cơ hội khác để yêu cầu xem xét lại khoản tiền phạt đăng ký muộn đó.

Quan trọng: Đừng ngừng trả tiền phạt do đăng ký muộn Phần D trong khi bạn đang chờ xem xét lại quyết định về tiền phạt do đăng ký muộn của bạn. Nếu bạn làm vậy, bạn có thể bị hủy đăng ký do không trả phí bảo hiểm của chương trình.

Phần 5.4 Khoản Điều Chỉnh Hàng Tháng Dựa Trên Thu Nhập

Nếu bạn mất tư cách đủ điều kiện tham gia chương trình này do thay đổi thu nhập, một số thành viên có thể phải trả thêm một khoản phụ thu cho chương trình Medicare của họ, được gọi là Khoản Điều Chỉnh Hàng Tháng Theo Thu Nhập Phần D (IRMAA). Khoản phụ thu này được tính dựa trên thu nhập gộp đã điều chỉnh sửa đổi của bạn như được khai báo trên tờ khai thuế IRS của bạn từ hai năm trước. Nếu khoản tiền này vượt quá một mức nhất định, bạn sẽ trả mức phí bảo hiểm tiêu chuẩn và khoản IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về khoản tiền bổ sung bạn có thể phải trả dựa trên thu nhập của bạn, hãy truy cập Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Nếu bạn phải trả thêm IRMAA, An Sinh Xã Hội, không phải chương trình Medicare của bạn, sẽ gửi cho bạn một lá thư thông báo khoản tiền bổ sung đó là bao nhiêu. Khoản tiền bổ sung sẽ được khấu trừ từ séc trợ cấp An Sinh Xã Hội, Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt, hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự của bạn, bất kể bạn thường trả phí bảo hiểm chương trình theo cách nào, trừ khi trợ cấp hàng tháng của bạn không đủ để trang trải khoản tiền bổ sung còn nợ. Nếu séc trợ cấp của bạn không đủ để trang trải khoản tiền bổ sung, bạn sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Bạn phải trả khoản IRMAA bổ sung cho chính phủ. Khoản này không thể được thanh toán cùng với phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình. Nếu bạn không thanh toán khoản IRMAA bổ sung, bạn sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi và mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

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

Phần 5.5 Khoản Thanh Toán Chương Trình Thuốc Theo Toa Medicare

Nếu bạn đang tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc theo Toa Medicare, mỗi tháng bạn sẽ thanh toán phí bảo hiểm chương trình của mình (nếu có) và bạn sẽ nhận được hóa đơn từ chương trình sức khỏe hoặc thuốc của bạn cho các loại thuốc theo toa (thay vì thanh toán tại nhà thuốc). Hóa đơn hàng tháng của bạn được tính dựa trên số tiền bạn nợ cho bất kỳ đơn thuốc nào bạn nhận được, cộng với số dư tháng trước của bạn, chia cho số tháng còn lại trong năm.

Chương 2, Phần 7 cung cấp thêm thông tin về Chương trình Thanh toán Thuốc theo Toa Medicare. Nếu bạn không đồng ý với số tiền được lập hóa đơn trong khuôn khổ tùy chọn thanh toán này, bạn có thể làm theo các bước trong Chương 9 để khiếu nại hoặc kháng cáo.

PHẦN 6 Thông tin thêm về phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của bạn

Phần 6.1 Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của bạn sẽ không thay đổi trong năm

Chúng tôi không được phép bắt đầu tính phí bảo hiểm chương trình hàng tháng trong năm. Nếu phí bảo hiểm chương trình hàng tháng thay đổi cho năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn vào tháng Chín, và mức phí bảo hiểm mới sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng Một.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bạn có thể ngừng trả khoản phạt đăng ký muộn nếu đang phải chịu khoản phạt này, hoặc có thể phải bắt đầu trả khoản phạt đăng ký muộn.

- Nếu quý vị mất Extra Help, quý vị có thể phải chịu hình phạt đăng ký trễ Phần D nếu quý vị hủy đăng ký khỏi chương trình của mình và trải qua 63 ngày liên tiếp trở lên mà không có bảo hiểm thuốc Phần D hoặc bảo hiểm thuốc tương đương khác.

Tìm hiểu thêm về Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 7 Giữ hồ sơ thành viên chương trình của bạn được cập nhật

Hồ sơ thành viên của bạn chứa thông tin từ mẫu đăng ký của bạn, bao gồm địa chỉ và số điện thoại của bạn. Hồ sơ này thể hiện phạm vi bảo hiểm cụ thể của chương trình dành cho bạn, bao gồm Bác sĩ Chăm sóc Chính của bạn.

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 bạn để biết những dịch vụ và thuốc nào được bảo hiểm và mức chia sẻ chi phí của bạn**. Vì vậy, việc giúp chúng tôi cập nhật thông tin của bạn là rất quan trọng.

Nếu bạn có bất kỳ thay đổi nào sau đây, hãy cho chúng tôi biết:

- Thay đổi về tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của bạn
- Thay đổi trong bất kỳ bảo hiểm sức khỏe nào khác mà bạn có (chẳng hạn như từ chủ lao động của bạn, chủ lao động của vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn, bồi thường cho người lao động, hoặc Medicaid)
- Bất kỳ khiếu nại trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như khiếu nại từ tai nạn ô tô
- Nếu bạn được nhận vào viện dưỡng lão
- Nếu bạn được chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
- Nếu bên chịu trách nhiệm được chỉ định của bạn (chẳng hạn như người chăm sóc) thay đổi
- Nếu bạn tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Bạn không bắt buộc phải thông báo cho chương trình của chúng tôi về các nghiên cứu lâm sàng mà bạn dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích bạn làm như vậy.)

Nếu bất kỳ thông tin nào trong số này thay đổi, hãy cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

Việc liên hệ với Cơ quan An sinh Xã hội cũng rất quan trọng nếu bạn chuyển chỗ ở hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của bạn. Gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (người dùng TTY gọi số 1-800-325-0778).

PHẦN 8 Cách bảo hiểm khác hoạt động 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 bạn có để chúng tôi có thể phối hợp bảo hiểm khác với các quyền lợi của bạn theo chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là **Phối hợp Quyền lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thư liệt kê bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà chúng tôi biết. Hãy đọc kỹ thông tin này. Nếu thông tin chính xác, bạn không cần phải làm gì. Nếu thông tin không chính xác, hoặc nếu bạn có bảo hiểm khác không được liệt kê, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi số 711). Bạn có thể cần cung cấp số ID thành viên chương trình của chúng tôi cho các công ty bảo hiểm khác của bạn (sau khi xác nhận danh tính của họ) để các hóa đơn của bạn được thanh toán đúng và đúng hạn.

Khi bạn có bảo hiểm khác (như bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ lao động), các quy tắc của Medicare sẽ quyết định chương trình của chúng tôi hay bảo hiểm khác của bạn thanh toán trước. Công ty bảo hiểm thanh toán trước ("người thanh toán chính") sẽ thanh toán trong giới hạn phạm vi bảo hiểm của mình. Công ty bảo hiểm thanh toán thứ hai, ("người thanh toán thứ cấp"), chỉ thanh toán nếu có các chi phí chưa được bảo hiểm chính chi trả. Người thanh toán thứ cấp có thể không thanh toán tất cả các chi phí chưa được chi trả. Nếu bạn có bảo hiểm khác, hãy thông báo cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của bạn.

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

- Nếu bạn có bảo hiểm dành cho người nghỉ hưu, Medicare sẽ thanh toán trước.
- Nếu bảo hiểm y tế theo nhóm của bạn dựa trên tình trạng việc làm hiện tại của bạn hoặc thành viên trong gia đình, ai thanh toán trước phụ thuộc vào độ tuổi của bạn, số lượng nhân viên do chủ lao động của bạn thuê, và liệu bạn có Medicare dựa trên độ tuổi, tình trạng khuyết tật, hay Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) hay không:
  - Nếu bạn dưới 65 tuổi, bị khuyết tật và bạn (hoặc thành viên gia đình bạn) vẫn đang làm việc, chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của bạn sẽ chi trả trước nếu chủ sử dụng lao động có từ 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ sử dụng lao động trong một chương trình đa chủ sử dụng lao động có hơn 100 nhân viên.
  - Nếu bạn trên 65 tuổi và bạn (hoặc vợ/chồng hoặc người bạn đời của bạn) vẫn đang làm việc, chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của bạn sẽ chi trả trước nếu chủ sử dụng lao động có từ 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ sử dụng lao động trong một chương trình đa chủ sử dụng lao động có hơn 20 nhân viên.
- Nếu bạn có Medicare do ESRD, chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của bạn sẽ thanh toán trước trong 30 tháng đầu tiên sau khi bạn đủ điều kiện nhận Medicare.

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

- Bảo hiểm không lỗi (bao gồm bảo hiểm ô tô)
- Trách nhiệm pháp lý (bao gồm bảo hiểm ô tô)
- Quyền lợi bệnh phổi đen
- Bồi thường cho người lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ thanh toán trước cho các dịch vụ được Medicare chi trả. Họ chỉ thanh toán sau khi Medicare và/hoặc các chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm của người sử dụng lao động đã thanh toán.

CHƯƠNG 2: Số điện thoại và tài nguyên

PHẦN 1 Thông tin liên hệ Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Để được hỗ trợ về khiếu nại, thanh toán, hoặc các câu hỏi về thẻ thành viên, hãy gọi điện hoặc viết thư cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Chúng tôi rất vui được hỗ trợ bạn.

Chăm Sóc Khách Hàng – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi Điện	800-457-4708 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của bạn vào các ngày cuối tuần và ngày lễ từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) cũng có dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Fax	877-889-9934
Viết Thư	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
Trang Web	**Humana.com/customer-support** Trò chuyện trực tiếp có sẵn qua **Humana.com**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Giờ Chuẩn miền Đông.

Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của bạn

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của bạn hoặc về số tiền chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D của bạn. Kháng cáo là cách 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 chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D của bạn, hãy xem Chương 9.

Quyết định Bảo hiểm cho Chăm sóc Y tế – Thông tin Liên hệ	
Gọi Điện	800-457-4708 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của bạn vào các ngày cuối tuần và ngày lễ từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Để được quyết định bảo hiểm nhanh (khẩn cấp), hãy gọi 866-737-5113.

TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Fax	888-889-9934 chỉ dành cho các quyết định bảo hiểm khẩn cấp
Viết Thư	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
Trang Web	**Humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals** Trò chuyện trực tiếp có sẵn qua **Humana.com**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Giờ Chuẩn miền Đông.

Quyết định Bảo hiểm cho Thuốc Phần D – Thông tin Liên hệ	
Gọi Điện	800-555-2546 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của bạn vào các ngày cuối tuần và ngày lễ từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Fax	877-889-9934
Viết Thư	Humana Clinical Pharmacy Review Attn: Medicare Part D Coverage Determinations P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512
Trang Web	**Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations** Trò chuyện trực tiếp có sẵn qua **Humana.com**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Giờ Chuẩn miền Đông.

Kháng cáo về Chăm sóc Y tế hoặc Thuốc Phần D – Thông tin Liên hệ	
Gọi Điện	800-457-4708 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Để kháng cáo y tế khẩn cấp vui lòng gọi 800-867-6601. Để kháng cáo khẩn cấp về thuốc theo toa Phần D vui lòng gọi 800-451-4651.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Fax	877-889-9934
Viết Thư	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165

Trang Web	**Humana.com/denial** Trò chuyện trực tiếp có sẵn qua **Humana.com**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Giờ Chuẩn miền Đông.

Cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của bạn

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

Khiếu nại về Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D – Thông tin liên hệ	
Gọi Điện	800-457-4708 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Đối với các khiếu nại khẩn cấp, vui lòng gọi 800-867-6601.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Fax	877-889-9934
Viết Thư	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Medicare Trang web	Để gửi khiếu nại về Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare, hãy truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

Nếu bạn nhận được hóa đơn hoặc đã thanh toán cho các dịch vụ (như hóa đơn từ nhà cung cấp) mà bạn cho rằng chúng tôi nên chi trả, bạn có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền hoặc thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp. Xem Chương 7 để biết thêm thông tin.

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

Yêu cầu Thanh toán – Thông tin Liên hệ	
Gọi Điện	800-457-4708 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của bạn vào các ngày cuối tuần và ngày lễ từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Viết Thư	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168

Trang Web	**Humana.com** Trò chuyện trực tiếp có sẵn qua **Humana.com**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Giờ Chuẩn miền Đông.

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 mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (suy thận vĩnh viễn cần chạy thận nhân tạo hoặc ghép thận).

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

Medicare – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi Điện	1-800-MEDICARE, (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
TTY	1-877-486-2048 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí.
Trò Chuyện Trực Tiếp	Bạn có thể trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Viết Thư	Bạn có thể viết thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Trang Web	Medicare.gov • Nhận thông tin về các chương trình sức khỏe và thuốc Medicare trong khu vực của bạn, bao gồm chi phí và các dịch vụ mà chúng cung cấp. • Tìm bác sĩ hoặc các nhà cung cấp và nhà cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe có tham gia Medicare. • Tìm hiểu những gì Medicare chi trả, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như khám tầm soát, tiêm phòng hoặc vắc-xin, và các buổi thăm khám "Sức Khỏe" hằng năm). • Nhận thông tin và biểu mẫu kháng cáo Medicare. • Nhận thông tin về chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở chạy thận nhân tạo, trung tâm chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú, và bệnh viện chăm sóc dài hạn. • Tra cứu các trang web và số điện thoại hữu ích. Bạn cũng có thể truy cập Medicare.gov để thông báo cho Medicare về bất kỳ khiếu nại nào bạn có về Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). **Để gửi khiếu nại đến Medicare,** hãy truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare coi trọng các khiếu nại của bạn 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 mọi tiểu bang, cung cấp hỗ trợ miễn phí, thông tin và giải đáp các câu hỏi về Medicare của bạn. Thông tin liên hệ của Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của bạn có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) là một chương trình tiểu bang độc lập (không liên quan đến bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào) nhận tiền từ chính phủ liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế địa phương miễn phí cho người có Medicare.

Các cố vấn của Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) có thể giúp bạn hiểu các quyền Medicare của mình, khiếu nại về việc chăm sóc hoặc điều trị y tế của bạn, và giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare của bạn. Tiểu bang Các cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế cũng có thể giúp bạn giải đáp các câu hỏi hoặc vấn đề về Medicare, giúp bạn hiểu các lựa chọn chương trình Medicare của mình, và trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình.

PHẦN 4 Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Một Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) được chỉ định phục vụ những người có Medicare ở mỗi tiểu bang. Thông tin liên hệ của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) tại tiểu bang của bạn có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

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

Liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) của bạn trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Bạn có khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà bạn nhận được. Ví dụ về các mối lo ngại về chất lượng chăm sóc bao gồm việc nhận nhầm thuốc, các xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết, hoặc chẩn đoán sai.
- Bạn cho rằng việc chi trả cho kỳ nằm viện của bạn đang kết thúc quá sớm.
- Bạn cho rằng việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên biệt, hoặc dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện (CORF) của bạn đang kết thúc quá sớm.

PHẦN 5 An Sinh Xã Hội

Cơ quan An sinh Xã hội xác định tư cách hưởng Medicare và xử lý việc đăng ký Medicare. Cơ quan An sinh Xã hội cũng chịu trách nhiệm xác định ai phải trả thêm một khoản tiền cho phần bảo hiểm thuốc theo Phần D vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu bạn nhận được thư từ Cơ quan An sinh Xã hội thông báo rằng bạn phải trả thêm khoản tiền đó và có thắc mắc về số tiền, hoặc nếu thu nhập của bạn giảm do một sự kiện thay đổi cuộc sống, bạn có thể gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu bạn chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ thư tín, hãy liên hệ với Cơ quan An sinh Xã hội để thông báo cho họ biết.

An sinh Xã hội – Thông tin Liên hệ	
Gọi Điện	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến những số này là 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 Cơ quan An sinh Xã hội để nhận thông tin được ghi âm và thực hiện một số giao dịch 24 giờ một ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Hoạt động từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
Trang Web	SSA.gov

PHẦN 6 Medicaid

Để được đăng ký vào Chương trình Nhu cầu Đặc biệt dành cho Người hưởng Kép này, bạn phải được đăng ký Medicare và cũng phải nhận được các mức hỗ trợ nhất định từ Apple Health (Medicaid). (Xem Chương 1, Phần 2.1 "Yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt đối với chương trình của chúng tôi" để biết các yêu cầu cụ thể cho chương trình này.)

Medicaid là chương trình của chính phủ liên bang và tiểu bang giúp trang trải chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

Người Đủ Điều Kiện Kép Hưởng Đầy Đủ Quyền Lợi (FBDE): Có thể được hỗ trợ tài chính để thanh toán Phí Bảo hiểm Medicare Phần A, và/hoặc Phí Bảo hiểm Medicare Phần B, và các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán) và cung cấp đầy đủ quyền lợi Medicaid.

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

- **Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện Plus (QMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán) và cung cấp đầy đủ quyền lợi Medicaid cho các dịch vụ Medicaid được cung cấp bởi các nhà cung cấp Medicaid.
- **Người Thụ Hưởng Medicare Thu Nhập Thấp Được Chỉ Định Plus (SLMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B và cung cấp đầy đủ quyền lợi Medicaid cho các dịch vụ Medicaid được cung cấp bởi các nhà cung cấp Medicaid.

Nếu bạn có thắc mắc về sự hỗ trợ bạn nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ với Apple Health (Medicaid). Thông tin liên hệ của Apple Health (Medicaid) có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

Văn phòng Vận động Sức khỏe Hành vi (OBHA) giúp đỡ những người đăng ký Medicaid gặp vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp bạn nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo với chương trình của chúng tôi.

Văn phòng Vận động Sức khỏe Hành vi (OBHA) - Thông tin Liên hệ	
Gọi Điện	800-366-3103 hoặc 360-292-5038
Fax	206-785-1693

	Văn phòng Vận động Sức khỏe Hành vi (OBHA) - Thông tin Liên hệ
Viết Thư	Office of Behavioral health Advocacy (OBHA) 3009 Pacific Ave SE, Ste 201-7 Olympia, WA 98501 Thư điện tử: Info@obhadvocacy.org
Trang Web	https://www.obhadvocacy.org

Chương trình Thanh tra Chăm sóc Dài hạn Tiểu bang Washington giúp mọi người có được thông tin về các viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa các viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình của họ.

	Chương trình Thanh tra Chăm sóc Dài hạn Tiểu bang Washington - Thông tin Liên hệ
Gọi Điện	800-562-6028
TTY	TTY: 711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
Fax	253-815-8173
Viết Thư	Washington State Long-Term Care Ombudsman Program 1200 S 336th St. Federal Way, WA 98093 Thư điện tử: ltcop@mschelps.org
Trang Web	https://www.waombudsman.org/

PHẦN 7 Các chương trình giúp mọi người thanh toán chi phí thuốc theo toa

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

Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare

Vì bạn đủ điều kiện nhận Medicaid, bạn đủ tiêu chuẩn và nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của bạn. Bạn không cần phải làm thêm bất cứ điều gì để nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) này.

Nếu bạn có câu hỏi về Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), hãy gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Văn phòng An sinh Xã hội tại 1-800-772-1213, từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-325-0778.
- Apple Health (Medicaid). Thông tin liên hệ của Apple Health (Medicaid) có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

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

- Nếu bạn đã có tài liệu chứng minh rằng bạn đã đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), bạn cũng có thể xuất trình tài liệu đó vào lần tới khi bạn đến nhà thuốc để nhận đơn thuốc. Bạn có thể sử dụng bất kỳ một trong các tài liệu sau để cung cấp bằng chứng cho chúng tôi, hoặc để xuất trình làm bằng chứng tại nhà thuốc.

Bằng chứng cho thấy bạn đã có tình trạng Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help)

- Một thư từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội cho thấy tình trạng Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) của bạn. Thư này có thể được gọi là Thông Tin Quan Trọng, Thư Phán Quyết, Thông Báo Thay Đổi, hoặc Thông Báo Quyết Định.
- Một thư từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội cho thấy rằng bạn nhận Thu Nhập An Sinh Bổ Sung. Nếu đó là trường hợp của bạn, bạn cũng đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help).

Bằng chứng cho thấy bạn có tình trạng Apple Health (Medicaid) đang hoạt động đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help)

- Một bản sao của bất kỳ tài liệu nhà nước nào hoặc bất kỳ bản in từ nhà nước nào cho thấy tình trạng Medicaid đang hoạt động của quý vị đủ điều kiện nhận Extra Help. Ngày có hiệu lực được hiển thị phải là vào tháng Bảy hoặc muộn hơn của năm ngoái.

Bằng chứng về khoản thanh toán Medicaid cho một lần lưu trú tại cơ sở y tế

Thời gian lưu trú của bạn tại cơ sở y tế phải kéo dài ít nhất một tháng đầy đủ và phải là vào tháng Bảy hoặc sau đó của năm ngoái.

- Bảng sao kê thanh toán từ cơ sở cho thấy khoản thanh toán Medicaid
- Bản sao của bất kỳ tài liệu nhà nước nào hoặc bất kỳ bản in nào từ hệ thống nhà nước cho thấy khoản thanh toán Medicaid cho bạn

Nếu bạn lần đầu tiên xuất trình một trong các tài liệu được liệt kê ở trên làm bằng chứng tại nhà thuốc, vui lòng cũng gửi cho chúng tôi một bản sao. Gửi tài liệu qua đường bưu điện đến:

Humana
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

- Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức đồng thanh toán đúng, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể thanh toán đúng số tiền đồng thanh toán khi quý vị nhận đơn thuốc tiếp theo. Nếu bạn trả quá mức đồng thanh toán, chúng tôi sẽ hoàn trả lại cho bạn, bằng séc hoặc khoản tín dụng đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc không thu khoản đồng thanh toán của bạn và bạn nợ họ một khoản nợ, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu một tiểu bang đã thanh toán thay mặt bạn, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang đó. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) nếu bạn có thắc mắc.

Điều gì xảy ra nếu bạn có Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) và bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP)?

Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp những người sống với HIV/AIDS tiếp cận các loại thuốc HIV có thể cứu sống họ. Các loại thuốc theo Phần D của Medicare cũng có trong danh mục thuốc ADAP đủ điều kiện được hỗ trợ chia sẻ chi phí đơn thuốc thông qua ADAP hoạt động tại Tiểu bang của bạn.

Lưu ý: Để đủ điều kiện tham gia ADAP tại tiểu bang của bạn, 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 định nghĩa của tiểu bang), và tình trạng không có hoặc có ít bảo hiểm. Nếu bạn thay đổi chương trình, hãy thông báo cho nhân viên đăng ký ADAP địa

phương của bạn để bạn có thể tiếp tục nhận hỗ trợ. Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, các loại thuốc được bảo hiểm, hoặc cách đăng ký tham gia chương trình, hãy gọi cho ADAP đang hoạt động tại Tiểu bang của bạn. Thông tin liên hệ của Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) của bạn có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở cuối tài liệu này.

Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare

Chương trình Thanh toán Thuốc theo Toa Medicare là một tùy chọn thanh toán hoạt động cùng với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của bạn để giúp bạn quản lý chi phí tự trả cho các loại thuốc được bảo hiểm theo chương trình của chúng tôi bằng cách phân bổ chúng trong suốt **năm dương lịch** (tháng Một – tháng Mười hai). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình sức khỏe 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 bạn quản lý chi phí của mình, nhưng nó không giúp bạn tiết kiệm tiền hay giảm chi phí thuốc của bạn. Nếu bạn đang tham gia Chương trình Thanh toán Đơn thuốc Medicare và tiếp tục ở trong cùng một chương trình Phần D, việc tham gia của bạn sẽ được tự động gia hạn cho năm 2027; bạn không cần gửi yêu cầu bầu chọn mới để tiếp tục tham gia vào năm 2027.** Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare và sự hỗ trợ từ ADAP của bạn, dành cho những người đủ điều kiện, có lợi hơn so với việc tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc theo Toa của Medicare. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, vui lòng gọi cho chúng tôi tại Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) hoặc truy cập Medicare.gov.

Chương trình Thanh toán Đơn thuốc Medicare – Thông tin Liên hệ	
Gọi Điện	800-457-4708 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng hệ thống điện thoại tự động của chúng tôi có thể trả lời cuộc gọi của bạn vào các ngày cuối tuần và ngày lễ từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) cũng có dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Viết Thư	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
Trang Web	Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, vui lòng truy cập **Humana.com/RxCostHelp** hoặc truy cập Medicare.gov

PHẦN 8 Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt (RRB)

Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt là một cơ quan liên bang độc lập quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho công nhân đường sắt trên cả nước và gia đình họ. Nếu bạn nhận Medicare thông qua Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt, hãy thông báo cho họ nếu bạn chuyển chỗ ở hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của bạn. Nếu có thắc mắc về các quyền lợi từ Hội đồng Hưu trí Đường sắt, hãy liên hệ với cơ quan này.

Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt (RRB) – Thông Tin Liên Hệ	
Gọi Điện	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Nhấn "0" để nói chuyện với đại diện RRB từ 9 giờ sáng đến 3:30 chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào Thứ Tư. Nhấn "1" để truy cập Đường dây Hỗ trợ RRB tự động và nhận thông tin được ghi âm 24 giờ một ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này không miễn phí.
Trang Web	https://RRB.gov

PHẦN 9 Nếu bạn có bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động

Nếu bạn (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn) nhận quyền lợi từ người sử dụng lao động hoặc nhóm hưu trí của bạn (hoặc của vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn) như một phần của chương trình này, hãy gọi cho người quản lý quyền lợi của người sử dụng lao động/công đoàn hoặc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) nếu có thắc mắc. Bạn có thể hỏi về quyền lợi sức khỏe của người sử dụng lao động hoặc hưu trí của bạn (hoặc của vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn), phí bảo hiểm, hoặc thời hạn đăng ký. (Số điện thoại của Bộ phận Chăm sóc Khách hàng được in ở mặt trong bìa sau.) Bạn có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nếu có thắc mắc về phạm vi bảo hiểm Medicare của bạn theo chương trình này. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Nếu bạn có bảo hiểm thuốc khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của bạn (hoặc của vợ/chồng hoặc người bạn đời của bạn), hãy liên hệ với **người quản lý quyền lợi của nhóm đó.** Người quản lý quyền lợi có thể giúp bạn hiểu cách bảo hiểm thuốc hiện tại của bạn sẽ hoạt động cùng với chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

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

PHẦN 1 Cách nhận dịch vụ y tế với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những điều bạn cần biết về việc sử dụng chương trình bảo hiểm của chúng tôi để được chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của bạn. Để biết chi tiết về các dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác mà chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả, hãy xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4.

Phần 1.1 Các nhà cung cấp trong mạng lưới và các dịch vụ được bảo hiểm

- **Nhà cung cấp dịch vụ** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được tiểu bang cấp phép để cung cấp dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ "nhà cung cấp dịch vụ" cũng bao gồm các bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác đã có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi như là khoản thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã sắp xếp để các nhà cung cấp dịch vụ này cung cấp các dịch vụ được chi trả cho các thành viên trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi. Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc họ cung cấp cho bạn. Khi bạn gặp một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, bạn không phải trả gì cho các dịch vụ được chi trả.

  Nếu bạn được Apple Health (Medicaid) bảo vệ về đồng chi phí, hãy xem Chương 4 Phần 1.1 để biết thêm thông tin về bảo vệ đồng chi phí Medicare từ Medicaid.
- **Dịch vụ được chi trả** bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật tư, thiết bị và thuốc theo toa được chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả. Các dịch vụ được chi trả của bạn cho chăm sóc y tế được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4. Các dịch vụ được chi trả của bạn cho thuốc theo toa được thảo luận trong Chương 5.

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để dịch vụ y tế của bạn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm

Với tư cách là một chương trình bảo hiểm y tế Medicare, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) phải bảo hiểm tất cả các dịch vụ được Original Medicare bảo hiểm và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài những dịch vụ được bảo hiểm theo Original Medicare trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) thường sẽ bảo hiểm dịch vụ y tế của bạn miễn là:

- **Dịch vụ chăm sóc bạn nhận được được bao gồm trong Bảng Quyền Lợi Y Tế của chương trình chúng tôi** trong Chương 4.

- **Dịch vụ chăm sóc bạn nhận được được coi 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 thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng sức khỏe của bạn và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y tế được chấp nhận.

- **Bạn có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trong mạng lưới (PCP) cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của bạn.** Là thành viên của chương trình bảo hiểm của chúng tôi, bạn phải chọn một PCP trong mạng lưới (xem Phần 2.1 để biết thêm thông tin).

  – Bác sĩ chăm sóc ban đầu trong mạng lưới của quý vị sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên biệt hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Tuy nhiên, không cần phải có giấy giới thiệu để nhận các dịch vụ được chi trả từ các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới. Để biết thêm thông tin về điều này, xem Phần 2.3.

- **Bạn phải nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới** (xem Phần 2). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới (một nhà cung cấp dịch vụ không thuộc mạng lưới của chương trình của chúng tôi) sẽ không được chi trả. Điều này có nghĩa là bạn phải thanh toán toàn bộ cho nhà cung cấp dịch vụ đối với các dịch vụ bạn nhận được. Dưới đây là 3 ngoại lệ:

  – Chương trình của chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà bạn nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. thêm thông tin, và để xem các dịch vụ khẩn cấp hoặc cần thiết khẩn cấp là gì, hãy đến Phần 3.

  – Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi bảo hiểm nhưng trong mạng lưới của chúng tôi không có bác sĩ chuyên khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí như khi quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Bạn phải được chương trình cho phép trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong tình huống này, chúng tôi sẽ chi trả các dịch vụ này mà không tính phí cho bạn. Để biết thông tin về việc xin phê duyệt để gặp bác sĩ ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4.

  – Chương trình của chúng tôi chi trả các dịch vụ thẩm phân quý vị nhận được tại cơ sở thẩm phân được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận được. Mức phân chia chi phí bạn trả cho chương trình của chúng tôi cho dịch vụ thẩm phân không bao giờ được cao hơn mức phân chia chi phí trong Original Medicare. Nếu bạn nằm ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và nhận dịch vụ thẩm phân từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình, mức phân chia chi phí của bạn không thể cao hơn mức phân chia chi phí bạn trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp thông thường trong mạng lưới của bạn cho dịch vụ thẩm phân tạm thời không có mặt và bạn chọn nhận dịch vụ trong khu vực dịch vụ của chúng tôi từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình, mức phân chia chi phí cho dịch vụ thẩm phân của bạn 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 Bạn phải chọn một Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát việc chăm sóc của bạn

PCP là gì và PCP làm gì cho bạn?

"PCP" là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của bạn. Khi bạn trở thành thành viên của chương trình, bạn phải chọn một bác sĩ trong mạng lưới làm PCP của bạn. PCP của bạn là nhà cung cấp đáp ứng các yêu cầu cấp phép của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp cho bạn dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản.

Có một PCP là bước quan trọng trong việc quản lý sức khỏe tổng thể của bạn. Là bác sĩ hiểu rõ lịch sử bệnh lý của bạn nhất, PCP của bạn có thể cung cấp cho bạn dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường xuyên và chăm sóc phòng ngừa liên tục để giữ cho bạn khỏe mạnh nhất có thể. PCP của bạn có thể phối hợp toàn bộ dịch vụ chăm sóc của bạn, bằng cách kiểm tra với các nhà cung cấp khác trong mạng lưới khi bạn cần gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ khác, chẳng hạn như:

- Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa
- Chăm sóc theo dõi
- Nhập viện
- Xét Nghiệm
- Vật lý trị liệu
- Chụp X-quang

Chương trình của bạn yêu cầu bạn phải có PCP, nhưng bạn không cần giấy giới thiệu từ PCP để gặp các bác sĩ khác trong mạng lưới hoặc nhận các dịch vụ được chi trả được liệt kê trong Chương 3. Trong một số trường hợp, PCP của bạn sẽ cần yêu cầu ủy quyền trước (chấp thuận trước). Chương 4 có thêm thông tin về các dịch vụ yêu cầu ủy quyền trước.

Chỉ cần gọi cho PCP của bạn để đặt lịch hẹn khi bạn cần. Để giúp PCP của bạn hiểu lịch sử bệnh lý của bạn và giám sát toàn bộ dịch vụ chăm sóc của bạn, bạn có thể muốn nhờ các bác sĩ trước đây của bạn gửi hồ sơ bệnh án cũ của bạn đến PCP mới của bạn.

Cách chọn PCP?

Khi bạn đăng ký, bạn đã nhận được Danh mục Nhà cung cấp với danh sách nhiều PCP trong khu vực của bạn. Nếu bạn cần trợ giúp để tìm hoặc chọn một PCP, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc bạn luôn có thể xem danh sách cập nhật nhất trực tuyến tại **Humana.com/FindCare**.

Để chọn một PCP phù hợp với bạn, hãy gọi cho họ để hỏi thường mất bao lâu để được đặt lịch hẹn và đảm bảo rằng giờ làm việc của văn phòng thuận tiện cho bạn. Nếu có những bệnh viện trong mạng lưới cụ thể mà bạn nghĩ có thể muốn sử dụng, bạn cũng nên hỏi liệu PCP có sử dụng chúng không.

Nếu bạn muốn có một PCP có cùng nền tảng văn hóa, sắc tộc hoặc chủng tộc với bạn, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để hỏi xem có ai trong mạng lưới không.

Cách thay đổi PCP của bạn

Bạn có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ lúc nào. Cũng có thể PCP của bạn rời khỏi mạng lưới nhà cung cấp của chương trình, và bạn sẽ cần chọn một PCP mới.

Phần 2.2 Dịch vụ chăm sóc y tế bạn có thể nhận mà không cần giới thiệu từ PCP

Bạn có thể nhận các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần được PCP chấp thuận trước.

- Chăm sóc sức khỏe thường quy cho phụ nữ, bao gồm khám vú, chụp nhũ ảnh tầm soát (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap và khám vùng chậu miễn là quý vị nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Vắc-xin cúm, vắc-xin COVID-19, vắc-xin Viêm gan B và vắc-xin viêm phổi miễn là quý vị nhận chúng từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ khẩn cấp từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ được chương trình chi trả khi cần khẩn cấp là các dịch vụ đòi hỏi sự chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải trường hợp khẩn cấp) nếu quý vị đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, hoặc việc sử dụng dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý dựa trên thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh tật và thương tích y tế không lường trước được hoặc các tình trạng hiện có bùng phát bất ngờ. Các lần khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hằng năm) không được coi là khẩn cấp ngay cả khi bạn đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không có sẵn.
- Các dịch vụ thẩm phân mà quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm phân được Medicare chứng nhận khi quý vị đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Nếu có thể, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi số 711) trước khi bạn rời khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho bạn được thẩm phân duy trì trong thời gian bạn vắng mặt.
- Tất cả các dịch vụ phòng bệnh được bảo hiểm từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Các dịch vụ này được ghi rõ trong Chương 4 Y tế Bảng Quyền Lợi có .
- Các Quyền lợi Bổ sung được bảo hiểm bởi chương trình. Các dịch vụ này được chỉ định trong Bảng Quyền Lợi Y Tế Chương 4 với dấu hoa thị (*).

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

- Bác sĩ ung bướu chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh ung thư
- Bác sĩ tim mạch chăm sóc bệnh nhân có các bệnh về tim
- Bác sĩ chỉnh hình chăm sóc bệnh nhân có các bệnh về xương, khớp hoặc cơ nhất định

Giới thiệu

Bạn không cần giới thiệu cho các dịch vụ được chi trả trong mạng lưới.

Đối với một số loại dịch vụ, PCP của bạn có thể cần được chương trình chấp thuận trước (điều này được gọi là nhận "ủy quyền trước"). Xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin về các dịch vụ nào yêu cầu ủy quyền trước.

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

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với các bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) là một phần trong chương trình của chúng tôi trong năm. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của bạn rời khỏi chương trình, bạn có các quyền và biện pháp bảo vệ sau:

- Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu bạn có quyền tiếp cận liên tục với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có đủ năng lực.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn biết rằng nhà cung cấp của bạn đang rời khỏi chương trình của chúng tôi để bạn có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
  - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu hoặc sức khỏe tâm thần của bạn rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn nếu bạn đã đến khám với nhà cung cấp đó trong vòng 3 năm qua.
  - Nếu bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác của bạn rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn nếu bạn được chỉ định cho nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ, hoặc đã đến khám với họ trong vòng 3 tháng qua.
- Chúng tôi sẽ giúp bạn chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới đủ tiêu chuẩn mới để tiếp tục chăm sóc.
- Nếu quý vị hiện đang trải qua quá trình điều trị y tế hoặc liệu pháp với nhà cung cấp hiện tại của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận điều trị hoặc liệu pháp cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ hợp tác với bạn để bạn có thể tiếp tục nhận được sự chăm sóc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn thông tin về các thời gian đăng ký hiện có và các lựa chọn bạn có thể có để thay đổi chương trình.
- Khi một nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của bạn, chúng tôi sẽ sắp xếp cho bất kỳ quyền lợi được chi trả nào cần thiết về mặt y tế ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Yêu cầu ủy quyền trước để dịch vụ được chi trả.
- Nếu bạn biết rằng bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của bạn đang rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể giúp bạn chọn một nhà cung cấp mới quản lý việc chăm sóc của bạn.
- Nếu bạn cho rằng chúng tôi chưa cung cấp cho bạn một nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn để thay thế nhà cung cấp trước đây của bạn hoặc việc chăm sóc của bạn không được quản lý phù hợp, bạn có quyền nộp khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên QIO, nộp khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên chương trình của chúng tôi, hoặc cả hai (xem Chương 9).

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

PCP trong mạng lưới của bạn phải cho bạn sự chấp thuận trước khi bạn có thể sử dụng các nhà cung cấp không có trong mạng lưới của chương trình. Điều này được gọi là cấp cho bạn "giấy giới thiệu." Để biết thêm thông tin về điều này và các tình huống khi bạn có thể gặp nhà cung cấp ngoài mạng lưới mà không cần giấy giới thiệu (chẳng hạn như trường hợp khẩn cấp), hãy xem Phần 2.2 và 2.3 của chương này. Nếu bạn không có giấy giới thiệu (chấp thuận trước) trước khi nhận dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, bạn có thể phải tự chi trả cho các dịch vụ này.

Đối với một số loại dịch vụ, bác sĩ của bạn có thể cần phải được chấp thuận trước từ chương trình của chúng tôi (điều này được gọi là "ủy quyền trước"). Xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thêm thông tin về những dịch vụ nào yêu cầu ủy quyền trước.

Lưu ý: Bạn có quyền nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong trường hợp khẩn cấp hoặc khi cần được chăm sóc khẩn cấp. Ngoài ra, các chương trình phải chi trả dịch vụ lọc máu cho các thành viên mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) đã đi đến ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và không thể tiếp cận các nhà cung cấp dịch vụ ESRD theo hợp đồng.

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

Phần 3.1 Nhận dịch vụ chăm sóc khi bạn có trường hợp khẩn cấp y tế

Cấp cứu y tế là khi bạn, hoặc bất kỳ người bình thường nào khác có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y học, tin rằng bạn có các triệu chứng y tế đòi hỏi phải được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa mất mạng (và, nếu bạn là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất chi hoặc chức năng của chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh, chấn thương, đau dữ dội, hoặc một tình trạng y tế đang nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Nếu bạn có trường hợp khẩn cấp y tế:

- **Hãy nhận sự giúp đỡ càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 để được giúp đỡ hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu bạn cần. Bạn không cần phải được chấp thuận hoặc giấy giới thiệu trước từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của bạn. Bạn không cần phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Bạn có thể nhận dịch vụ cấp cứu y tế được chi trả bất cứ khi nào bạn cần, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép tiểu bang phù hợp ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.
- **Càng sớm càng tốt, hãy đảm bảo chương trình của chúng tôi đã được thông báo về trường hợp cấp cứu của bạn.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của bạn. Bạn hoặc người khác nên gọi điện để thông báo cho chúng tôi về việc chăm sóc cấp cứu của bạn, thường là trong vòng 48 giờ. Gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số điện thoại được in ở mặt trong bìa sau.

Các dịch vụ được bảo hiểm trong trường hợp khẩn cấp y tế

Chương trình của chúng tôi chi trả dịch vụ xe cứu thương trong các tình huống mà việc đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ phương tiện nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của bạn. Chúng tôi cũng chi trả các dịch vụ y tế trong suốt thời gian cấp cứu.

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

Sau khi tình trạng cấp cứu kết thúc, bạn có quyền nhận dịch vụ chăm sóc theo dõi để đảm bảo tình trạng của bạn tiếp tục ổn định. Các bác sĩ của bạn sẽ tiếp tục điều trị cho bạn cho đến khi các bác sĩ của bạn liên hệ với chúng tôi và lập kế hoạch cho việc chăm sóc tiếp theo. Việc chăm sóc theo dõi của bạn sẽ được chương trình của chúng tôi chi trả.

Nếu dịch vụ chăm sóc khẩn cấp của bạn được cung cấp bởi các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp quản việc chăm sóc của bạn ngay khi tình trạng y tế và hoàn cảnh của bạn cho phép.

Nếu đó không phải là trường hợp khẩn cấp y tế thì sao?

Đôi khi có thể khó biết liệu bạn có tình trạng cấp cứu y tế hay không. Ví dụ, bạn có thể đến để được chăm sóc cấp cứu – nghĩ rằng sức khỏe của bạn đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng – và bác sĩ có thể nói rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế. Nếu hóa ra đó không phải là trường hợp khẩn cấp, miễn là bạn có lý do hợp lý để cho rằng sức khỏe của mình đang trong tình trạng nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ chi trả cho việc chăm sóc của bạn.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ xác nhận đó không phải là trường hợp khẩn cấp, chúng tôi sẽ chỉ chi trả cho dịch vụ chăm sóc bổ sung nếu bạn nhận dịch vụ chăm sóc bổ sung đó theo một trong 2 cách sau:

- Bạn đến nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc bổ sung.
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung bạn nhận được được xem là dịch vụ cần thiết khẩn cấp và bạn tuân theo các quy định dưới đây để nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này.

Phần 3.2 Nhận dịch vụ chăm sóc khi bạn có nhu cầu cấp bách về dịch vụ

Một dịch vụ yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải là trường hợp khẩn cấp) được gọi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu bạn đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm, hoặc nếu việc sử dụng dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của bạn. Ví dụ về dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh tật và chấn thương y tế không lường trước được, hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện có. Tuy nhiên, các lần khám định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hằng năm, không được coi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp ngay cả khi bạn đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm hoặc mạng lưới của chương trình bảo hiểm tạm thời không khả dụng.

Nếu bạn đang ở trong khu vực dịch vụ của chương trình khi bạn có nhu cầu cấp bách về chăm sóc thì sao?

Bạn luôn nên cố gắng nhận dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu các nhà cung cấp tạm thời không khả dụng hoặc không thể tiếp cận và việc chờ đợi để nhận chăm sóc là không hợp lý, chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà bạn nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Danh mục Nhà cung cấp của chương trình bảo hiểm sẽ cho bạn biết cơ sở chăm sóc khẩn cấp nào trong khu vực của bạn thuộc mạng lưới. Thông tin này cũng có thể được tìm thấy trực tuyến tại **Humana.com/FindCare**. Đối với bất kỳ câu hỏi nào khác liên quan đến dịch vụ cần thiết khẩn cấp, vui lòng liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại được in ở mặt trong bìa sau).

Điều gì xảy ra nếu bạn ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm khi bạn cần chăm sóc y tế khẩn cấp?

Khi bạn đang ở ngoài khu vực dịch vụ và không thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà bạn nhận được từ bất kỳ nhà cung cấp nào.

Chương trình bảo hiểm của chúng tôi bao gồm các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cấp thiết trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau đây. Nếu bạn có tình huống khẩn cấp hoặc nhu cầu chăm sóc cấp thiết bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ;

- Bạn sẽ có trách nhiệm thanh toán trước cho các dịch vụ đó và yêu cầu hoàn tiền từ chúng tôi.
- Chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị đối với các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cấp thiết ngoài mạng lưới được bảo hiểm bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Tuy nhiên, mức hoàn tiền sẽ không vượt quá mức mà Original Medicare sẽ chi trả cho các dịch vụ đó nếu các dịch vụ được thực hiện tại Hoa Kỳ ở địa phương nơi bạn cư trú.

- Số tiền chúng tôi trả cho bạn, nếu có, sẽ được trừ đi bất kỳ khoản chia sẻ chi phí áp dụng nào. Vì chúng tôi sẽ hoàn tiền theo mức không vượt quá mức mà Original Medicare sẽ hoàn tiền, và vì các nhà cung cấp nước ngoài có thể tính phí dịch vụ cao hơn mức mà Original Medicare sẽ chi trả, tổng số tiền hoàn tiền của chúng tôi cộng với khoản chia sẻ chi phí áp dụng có thể thấp hơn số tiền bạn trả cho nhà cung cấp nước ngoài.

Đây là quyền lợi bổ sung thường không được Medicare chi trả. Bạn phải nộp bằng chứng thanh toán cho Humana để được hoàn tiền. Xem Chương 4 *(Bảng Quyền Lợi Y Tế, những gì được bảo hiểm)* để biết thêm thông tin. Nếu bạn đã thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho bạn phần chi phí của chúng tôi đối với các dịch vụ được bảo hiểm. Bạn có thể gửi hóa đơn kèm hồ sơ y tế cho chúng tôi để xem xét thanh toán. Xem Chương 7 (Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần của chúng tôi trong hóa đơn bạn đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm) để biết thông tin về những gì cần làm nếu bạn nhận được hóa đơn hoặc nếu bạn cần yêu cầu hoàn tiền. Chi phí vận chuyển trở lại Hoa Kỳ từ một quốc gia khác KHÔNG được bảo hiểm. Các phương pháp điều trị được lên lịch trước, lập kế hoạch trước (bao gồm điều trị cho một tình trạng bệnh đang diễn ra) và/hoặc các thủ thuật tự nguyện KHÔNG được bảo hiểm.

Phần 3.3 Nhận dịch vụ chăm sóc trong thảm họa

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

Truy cập **Humana.com/alert** để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong thảm họa.

Nếu bạn không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong thời gian xảy ra thảm họa, chương trình bảo hiểm của chúng tôi sẽ cho phép bạn nhận chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu bạn không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong trường hợp thảm họa, bạn có thể được phép mua thuốc theo toa tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Đến Chương 5, Phần 2.5.

PHẦN 4 Điều gì xảy ra nếu bạn bị tính phí trực tiếp cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ được bảo hiểm?

Nếu bạn đã thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm, hoặc nếu bạn nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm, bạn có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ được bảo hiểm. Đến Chương 7 để biết thông tin về những việc cần làm.

Phần 4.1 Nếu các dịch vụ không được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) bảo hiểm tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4. Nếu bạn sử dụng các dịch vụ không được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi, hoặc bạn sử dụng các dịch vụ ngoài mạng lưới mà không có sự cho phép và không phải là dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp, bạn sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ đó.

Đối với các dịch vụ được bảo hiểm có giới hạn quyền lợi, bạn cũng phải trả toàn bộ chi phí cho bất kỳ dịch vụ nào bạn nhận được sau khi đã sử dụng hết quyền lợi của mình đối với loại dịch vụ được bảo hiểm đó. Chi phí thanh toán sau khi đạt đến giới hạn quyền lợi sẽ **không** được tính vào số tiền tự trả tối đa của bạn. Bạn có thể gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng khi bạn muốn biết mình đã sử dụng bao nhiêu trong giới hạn quyền lợi của mình.

PHẦN 5 Dịch vụ y tế trong một nghiên cứu lâm sàng

Phần 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì

Nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là *thử nghiệm lâm sàng*) là cách các bác sĩ và nhà khoa học kiểm tra các loại chăm sóc y tế mới, chẳng hạn như hiệu quả của một loại thuốc ung thư mới. Một số nghiên cứu lâm sàng nhất định được Medicare phê duyệt. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường kêu gọi tình nguyện viên tham gia nghiên cứu. Khi bạn tham gia một nghiên cứu lâm sàng, bạn có thể tiếp tục đăng ký trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận phần còn lại của dịch vụ chăm sóc (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu bạn tham gia một nghiên cứu được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ trả phần lớn chi phí cho các dịch vụ được bảo hiểm mà bạn nhận được trong khuôn khổ nghiên cứu. Nếu bạn thông báo cho chúng tôi rằng bạn đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, bạn chỉ chịu trách nhiệm thanh toán chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu bạn đã trả nhiều hơn—ví dụ, nếu bạn đã trả số tiền chia sẻ chi phí Original Medicare—chúng tôi sẽ hoàn trả khoản chênh lệch giữa số tiền bạn đã trả và chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Bạn sẽ cần cung cấp tài liệu để cho chúng tôi thấy số tiền bạn đã thanh toán.

Nếu bạn muốn tham gia bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt, bạn không cần thông báo cho chúng tôi hoặc xin phê duyệt từ chúng tôi hay bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của bạn. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho bạn trong khuôn khổ nghiên cứu lâm sàng không nhất thiết phải là thành viên trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. (Điều này không áp dụng cho các quyền lợi được bảo hiểm yêu cầu thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi nhất định yêu cầu bảo hiểm có phát triển bằng chứng (NCDs-CED) và các nghiên cứu miễn trừ thiết bị điều tra (IDE). Các quyền lợi này cũng có thể phải tuân theo quy trình phê duyệt trước và các quy tắc khác của chương trình.)

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

Nếu bạn tham gia vào một nghiên cứu không được Medicare hoặc chương trình của chúng tôi chấp thuận, bạn sẽ chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các chi phí cho sự tham gia của bạn trong nghiên cứu đó.

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

Sau khi bạn tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ bảo hiểm các dịch vụ và vật phẩm thông thường bạn nhận được trong nghiên cứu, bao gồm:

- Tiền phòng và bữa ăn cho thời gian nằm viện mà Medicare sẽ chi trả ngay cả khi bạn không tham gia nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác nếu đó là một phần của nghiên cứu.
- Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng của phương pháp chăm sóc mới.

Sau khi Medicare đã thanh toán phần chi phí của mình cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại. Giống như đối với tất cả các dịch vụ được bảo hiểm, bạn sẽ không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được bảo hiểm mà bạn nhận được trong nghiên cứu lâm sàng.

Khi bạn tham gia nghiên cứu lâm sàng, **cả Medicare lẫn chương trình của chúng tôi sẽ không chi trả cho bất kỳ điều nào sau đây:**

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

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

Tìm hiểu thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng trong ấn phẩm Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, có tại: Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. Bạn cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

PHẦN 6 Quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế theo tín ngưỡng tôn giáo

Phần 6.1 Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế theo tín ngưỡng tôn giáo

Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho các tình trạng bệnh lý thông thường được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng có chuyên môn. Nếu việc điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng có chuyên môn trái với tín ngưỡng tôn giáo của thành viên, chúng tôi sẽ chi trả thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho các dịch vụ nội trú Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Phần 6.2 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế theo tín ngưỡng tôn giáo

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế theo tín ngưỡng tôn giáo, bạn phải ký một tài liệu pháp lý nêu rằng bạn có lương tâm phản đối việc nhận điều trị y tế **không được miễn trừ**.

- **Chăm sóc** hoặc điều trị y tế không được miễn trừ là bất kỳ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào mang tính tự nguyện và không bắt buộc bởi bất kỳ luật liên bang, tiểu bang, hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế **được miễn trừ** là dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế mà bạn nhận được *không* mang tính tự nguyện hoặc *được yêu cầu* theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được chương trình của chúng tôi chi trả, dịch vụ chăm sóc bạn nhận được từ cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Chương trình của chúng tôi chỉ chi trả các khía cạnh chăm sóc *không mang tính tôn giáo*.

- Nếu bạn nhận các dịch vụ từ cơ sở này được cung cấp cho bạn trong một cơ sở y tế, các điều kiện sau sẽ áp dụng:

  – Bạn phải có tình trạng bệnh lý cho phép bạn nhận các dịch vụ được bảo hiểm đối với việc chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên biệt.

  – VÀ
  – quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi được nhận vào cơ sở, nếu không, thời gian nằm viện của quý vị sẽ không được chi trả.

Giới hạn bảo hiểm nội trú tại bệnh viện của Medicare được áp dụng (vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4).

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

Phần 7.1 Bạn sẽ không sở hữu một số thiết bị y tế lâu bền sau khi 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 thiết bị và vật tư oxy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống đệm có động cơ, nạng, vật tư dành cho bệnh nhân tiểu đường, thiết bị tạo giọng nói, máy bơm truyền dịch tĩnh mạch, máy phun khí dung và giường bệnh viện được nhà cung cấp dịch vụ y tế kê đơn để thành viên sử dụng tại nhà. Thành viên luôn được sở hữu một số vật dụng DME, chẳng hạn như thiết bị giả. Các loại DME khác bạn phải thuê.

Trong Original Medicare, những người thuê một số loại DME nhất định sẽ được sở hữu thiết bị sau khi thanh toán khoản đồng thanh toán cho vật dụng đó trong 13 tháng. **Là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP), thông thường bạn sẽ không được sở hữu các vật dụng DME thuê bất kể bạn đã thực hiện bao nhiêu khoản đồng thanh toán cho vật dụng đó khi là thành viên của chương trình của chúng tôi.** Bạn sẽ không được sở hữu ngay cả khi bạn đã thực hiện tới 12 khoản thanh toán liên tiếp cho vật dụng DME đó trong Original Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi. Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật dụng DME cho bạn. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY nên gọi 711) để biết thêm thông tin.

Điều gì xảy ra với các khoản thanh toán bạn đã thực hiện cho thiết bị y tế lâu bền nếu bạn chuyển sang Original Medicare?

Nếu bạn không được sở hữu vật dụng DME trong khi tham gia chương trình của chúng tôi, bạn sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp mới sau khi chuyển sang Original Medicare để sở hữu vật dụng DME đó. Các khoản thanh toán bạn đã thực hiện trong thời gian tham gia chương trình của chúng tôi không được tính vào 13 khoản thanh toán này.

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

Ví dụ 2: Bạn đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho vật dụng trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Bạn không được sở hữu vật dụng trong khi tham gia chương trình của chúng tôi. Sau đó bạn quay lại Original Medicare. Bạn sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp mới để sở hữu vật dụng sau khi tái tham gia Original Medicare. Bất kỳ khoản thanh toán nào bạn đã thực hiện (dù cho chương trình của chúng tôi hay cho Original Medicare) đều không được tính.

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

Nếu bạn đủ điều kiện được Medicare chi trả thiết bị oxy, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) sẽ chi trả:

- Thuê thiết bị oxy
- Giao oxy và nội dung liên quan đến oxy
- Ống dẫn và các phụ kiện oxy liên quan để cung cấp oxy và nội dung liên quan đến oxy
- Bảo trì và sửa chữa thiết bị oxy

Nếu bạn rời khỏi Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) hoặc không còn cần thiết bị oxy về mặt y tế, thiết bị oxy phải được trả lại.

Điều gì xảy ra nếu bạn rời khỏi chương trình của mình và quay lại Original Medicare?

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

CHƯƠNG 4: Bảng Quyền Lợi Y Tế (những gì được chi trả)

PHẦN 1 Tìm hiểu về các dịch vụ được chi trả

Bảng Quyền Lợi Y Tế liệt kê các dịch vụ được bảo hiểm của bạn với tư cách là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Phần này cũng cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế không được bảo hiểm. Xem Phần 4, "Các dịch vụ không được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi" để biết các trường hợp loại trừ và hạn chế của các chương trình và quyền lợi khác nhau.

Phần 1.1 Bạn không phải trả gì cho các dịch vụ được chi trả của mình

Vì bạn nhận được hỗ trợ từ Medicaid, bạn không phải trả bất kỳ chi phí nào cho các dịch vụ được bảo hiểm của mình miễn là bạn tuân theo các quy tắc của chương trình chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc. (Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về các quy tắc của chương trình chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc của bạn.)

Nhà cung cấp của bạn có thể chọn gửi lên Apple Health (Medicaid) để xem xét thanh toán phụ bổ sung cho khoản được áp dụng vào các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán. Nếu bạn được bảo vệ chia sẻ chi phí, các nhà cung cấp được yêu cầu theo quy định liên bang phải chấp nhận khoản thanh toán chính của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) và khoản thanh toán phụ của Apple Health (Medicaid) là thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ Medicare Phần A và Phần B được bảo hiểm - ngay cả khi khoản thanh toán Medicaid bằng không hoặc nhà cung cấp chọn không gửi lên Medicaid.

Phần 1.2 Mức tối đa bạn phải trả cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B là bao nhiêu?

Lưu ý: Vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Apple Health (Medicaid), rất ít thành viên từng đạt đến mức tối đa chi phí tự trả này. Bạn không chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào từ tiền túi đối với số tiền chi trả tối đa từ tiền túi cho các dịch vụ Phần A và Phần B được chi trả.

Các Chương Trình Medicare Advantage có giới hạn về số tiền bạn phải tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B. Giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. **Đối với năm dương lịch 2027, số tiền là $9,850 (Trong Mạng Lưới).**

Các khoản bạn trả cho đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bảo hiểm được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Số tiền bạn trả cho thuốc Phần D không được tính vào số tiền tự trả tối đa của bạn. Ngoài ra, các khoản bạn trả cho một số dịch vụ không được tính vào số tiền tự trả tối đa của bạn. Các dịch vụ này được đánh dấu bằng dấu hoa thị trong Bảng Quyền Lợi Y Tế. Nếu bạn đạt đến số tiền tự trả tối đa là **$9,850**, bạn sẽ không phải trả bất kỳ chi phí tự trả nào cho phần còn lại của năm đối với các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm. Tuy nhiên, bạn phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình (trừ khi phí bảo hiểm Phần B của bạn được Apple Health (Medicaid) hoặc bên thứ ba khác chi trả cho bạn).

PHẦN 2 Bảng Quyền Lợi Y Tế thể hiện các quyền lợi y tế của bạn

Bảng Quyền Lợi Y Tế ở các trang tiếp theo liệt kê các dịch vụ mà Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) bảo hiểm (quyền lợi thuốc Phần D được đề cập trong Chương 5). Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế chỉ được bảo hiểm khi đáp ứng các yêu cầu sau:

- Các dịch vụ được Medicare bảo hiểm của bạn phải được cung cấp theo hướng dẫn bảo hiểm của Medicare.
- Các dịch vụ của bạn (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc Phần B) phải là cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết cho việc phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng y tế của bạn và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y tế được chấp nhận.
- Đối với người đăng ký mới, chương trình chăm sóc có phối hợp MA của quý vị phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó chương trình MA mới không được yêu cầu phê duyệt trước cho bất kỳ liệu trình điều trị đang tiến hành nào, ngay cả khi liệu trình điều trị đó là cho một dịch vụ bắt đầu với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Bạn nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được chi trả trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp bách, hoặc trừ khi chương trình của chúng tôi hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu quý vị. Điều này có nghĩa là bạn tự thanh toán toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đối với các dịch vụ ngoài mạng lưới mà bạn sử dụng.
- Bạn có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cung cấp và giám sát việc chăm sóc của bạn.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế chỉ được chi trả nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của bạn được chúng tôi chấp thuận trước (đôi khi được gọi là ủy quyền trước). Các dịch vụ được chi trả cần được chấp thuận trước được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế bằng một chú thích. Bảng Quyền Lợi Y Tế không liệt kê tất cả các dịch vụ yêu cầu ủy quyền trước.

  > Danh sách phê duyệt trước có thể được tìm thấy tại đây: **Humana.com/PAL**

- Nếu kế hoạch chăm sóc có phối hợp của bạn phê duyệt yêu cầu ủy quyền trước cho một liệu trình điều trị, sự phê duyệt đó phải có hiệu lực trong thời gian hợp lý và cần thiết về mặt y tế để tránh gián đoạn trong việc chăm sóc theo các tiêu chí bảo hiểm áp dụng, lịch sử y tế của bạn và khuyến nghị của nhà cung cấp điều trị.

Các điều quan trọng khác cần biết về phạm vi bảo hiểm của chúng tôi:

- Bạn được bảo hiểm bởi cả Medicare và Medicaid. Medicare chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid có thể chi trả phần mức chia sẻ chi phí của quý vị đối với các dịch vụ Medicare, bao gồm các khoản khấu trừ y tế theo chương trình và phần mức chia sẻ chi phí cũng như phí bảo hiểm Medicare Phần A & Phần B, tùy thuộc vào mức độ hỗ trợ của quý vị từ Apple Health (Medicaid). Apple Health (Medicaid) cũng có thể chi trả các dịch vụ mà Medicare không chi trả.
- Giống như tất cả các chương trình y tế Medicare, chúng tôi chi trả tất cả những gì Original Medicare chi trả. (Để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy tham khảo sổ tay Medicare & Bạn 2027 của bạn. Lấy một bản tại Medicare.gov hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Đối với các dịch vụ phòng ngừa được bảo hiểm miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng bảo hiểm các dịch vụ đó miễn phí cho bạn.

- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2027, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm các dịch vụ đó.

- Nếu bạn mất tư cách hội đủ điều kiện Apple Health (Medicaid) nhưng có thể được kỳ vọng sẽ lấy lại tư cách đó trong vòng sáu tháng, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chi trả theo chương trình Medicare Advantage. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, bạn có thể phải chịu phí bảo hiểm Phần D và phần chia sẻ chi phí Phần D dựa trên mức độ Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) của bạn. Ngoài ra, dựa trên mức độ đủ điều kiện Apple Health (Medicaid) của bạn, bạn cũng có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và/hoặc Phần B. Chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả các khoản chia sẻ chi phí được bảo hiểm theo chương trình Medicare Advantage của bạn trong giai đoạn này. Các mức chia sẻ chi phí theo chương trình đối với các quyền lợi Medicare cơ bản và bổ sung không thay đổi trong giai đoạn này. Bạn không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi, miễn là bạn đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm được mô tả ở trên. Các dịch vụ của bạn được thanh toán trước bởi Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) và sau đó bởi Apple Health (Medicaid).

Thông Tin Quyền Lợi Quan Trọng dành cho Người Đủ Điều Kiện Hưởng Tính Linh Hoạt Đồng Nhất

Nếu bạn được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều tình trạng sức khỏe được xác định dưới đây, bạn có thể đủ điều kiện nhận một hoặc nhiều quyền lợi bổ sung Tính Linh Hoạt Đồng Nhất.

- Suy Tim (bao gồm Suy Tim với Phân Suất Tống Máu Giảm (HFrEF) và không phải HFrEF với các tình trạng bổ sung đủ điều kiện)
- Bệnh Động Mạch Vành (CAD)
- Tăng Huyết Áp
- Bệnh Thận Mạn Tính (CKD)
- Các tình trạng hô hấp mạn tính
- Suy Tim Sung Huyết (CHF)

Bạn có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi Tính Linh Hoạt Đồng Nhất sau đây nếu bạn đáp ứng các tiêu chí áp dụng:

- Chương Trình Phục Hồi Tim Mạch Trực Tuyến – dành cho các thành viên đã được nhập viện gần đây liên quan đến suy tim

Nếu bạn được chẩn đoán mắc bất kỳ tình trạng mạn tính nào được xác định dưới đây, bạn đủ điều kiện nhận quyền lợi Vận Chuyển Y Tế Không Khẩn Cấp theo Tính Linh Hoạt Đồng Nhất.

- Ung thư
- Bệnh Thận Mạn Tính (CKD)
- Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD)

Vui lòng xem hàng Vận Chuyển Y Tế Không Khẩn Cấp theo Tính Linh Hoạt Đồng Nhất trong Bảng Quyền Lợi Y Tế dưới đây để biết thêm chi tiết.

Vui lòng tham khảo các hàng quyền lợi tương ứng trong Bảng Quyền Lợi Y Tế để biết thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm, giới hạn và chia sẻ chi phí.

Thông Tin Quyền Lợi Quan Trọng dành cho Người Đăng Ký mắc Bệnh Mạn Tính

- Nếu quý vị được chẩn đoán mắc bất kỳ tình trạng mạn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính.

- Chương trình này cung cấp Trợ Cấp Lựa Chọn Lành Mạnh Humana® và Quyền Lợi Điện Thoại Di Động Humana, đây là các Quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill - SSBCI).

• Để đủ điều kiện nhận SSBCI, bạn phải đáp ứng **TẤT CẢ** các yêu cầu sau:

- Được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều Bệnh Mạn Tính Đủ Điều Kiện được liệt kê dưới đây.
- Có nguy cơ cao bị nhập viện hoặc các kết quả sức khỏe bất lợi đáng kể khác.
- Yêu cầu phối hợp chăm sóc chuyên sâu.

• Các Tình Trạng Mạn Tính Đủ Điều Kiện cho Quyền Lợi Điện Thoại Di Động Humana và Trợ Cấp Lựa Chọn Lành Mạnh Humana®:

- Rối loạn tự miễn dịch
- Ung thư
- Rối loạn tim mạch
- Sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất khác
- Các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây mất khả năng lao động
- Bệnh đường tiêu hóa mạn tính
- Suy tim mạn tính
- Tăng lipid máu mạn tính
- Tăng huyết áp mạn tính
- Bệnh thận mạn tính
- Rối loạn phổi mạn tính
- Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức
- Các tình trạng có khó khăn về chức năng
- Sa sút trí tuệ
- Đái tháo đường
- HIV/AIDS
- Rối loạn thần kinh
- Sau ghép tạng
- Rối loạn huyết học nghiêm trọng
- Đột quỵ

• Humana có thể xác định xem quý vị có tình trạng mạn tính đủ điều kiện hay không theo một hoặc nhiều cách sau:

- **Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Tế:** Humana có hồ sơ yêu cầu bồi hoàn y tế bao gồm chẩn đoán về một hoặc nhiều Bệnh Mạn Tính Đủ Điều Kiện. Yêu cầu bồi thường y tế phải có ngày dịch vụ vào hoặc sau ngày 1/1/2022.

Hoặc

- **Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA):** Chỉ định trong Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) rằng bạn đã được chẩn đoán mắc ít nhất một trong các Tình trạng bệnh mạn tính đủ điều kiện. HRA phải được hoàn thành vào hoặc sau ngày 1/1/2022. HRA có thể được tìm thấy bằng cách thiết lập và đăng nhập vào tài khoản MyHumana của bạn.

• Khi Humana xác nhận rằng quý vị đã đáp ứng yêu cầu về tình trạng bệnh mạn tính thông qua một trong các phương pháp trên, Humana sẽ xem xét hồ sơ thành viên của quý vị để xác định xem quý vị có đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện còn lại hay không.

• Việc xem xét này sẽ xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung thông qua Trợ Cấp Lựa Chọn Lành Mạnh Humana® và Quyền lợi Điện thoại Di động Humana hay không.

- Bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin và được hỗ trợ.
- Để biết thêm chi tiết, hãy xem hàng Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người mắc Bệnh Mạn tính trong Bảng Quyền lợi Y tế bên dưới.

** Khoản trợ cấp chi tiêu này và Quyền lợi Điện thoại Di động Humana là (các) quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho các thành viên có tình trạng bệnh mạn tính cụ thể cần được phối hợp chăm sóc tích cực và có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc có các kết quả sức khỏe bất lợi khác. Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm đái tháo đường, rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và khuyết tật, rối loạn phổi mạn tính hoặc suy tim mạn tính, cùng với một số tình trạng khác.* Một số chương trình yêu cầu ít nhất hai bệnh lý. Nếu bạn sử dụng chương trình này để trả tiền thuê hoặc hóa đơn tiện ích, Bộ Gia cư và Phát triển Đô thị Hoa Kỳ (Housing and Urban Development, HUD) sẽ tính đó là thu nhập. Liên hệ văn phòng HUD địa phương của bạn nếu có câu hỏi.

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

*** Dấu hoa thị này chỉ các quyền lợi bổ sung trong Bảng Quyền lợi Y tế.**

Xem Phần 1.1 của chương này để biết thông tin về bảo vệ chi phí Apple Health (Medicaid).

Để biết danh sách đầy đủ các quyền lợi Medicaid được cung cấp thông qua chương trình Medicaid của tiểu bang bạn và các yêu cầu chia sẻ chi phí, nếu có, vui lòng xem phần So sánh Quyền lợi Medicaid trong Tóm tắt Quyền lợi của bạn. Vui lòng liên hệ với Cơ quan Medicaid của bạn để biết điều kiện đủ hưởng quyền lợi và xác định mức độ trách nhiệm chia sẻ chi phí của bạn. Lưu ý: Mức chia sẻ chi phí được tính dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của bạn. Đối với chương trình này, các mức Medicaid sau đây được bảo vệ chia sẻ chi phí: FBDE, QMB+ và SLMB+.

Bảng Quyền lợi Y tế	
Dịch vụ được bảo hiểm	**Số tiền bạn phải trả**
Lưu ý: Bạn có thể phải trả các khoản tiền cho từng dịch vụ khi nhận nhiều dịch vụ có liên quan đến nhau.	
Sàng lọc phình động mạch chủ bụng Siêu âm sàng lọc một lần cho những người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ bảo hiểm việc sàng lọc này nếu bạn có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu bạn được bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA), y tá điều dưỡng (NP) hoặc chuyên gia y tá lâm sàng (CNS) giới thiệu.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các thành viên đủ điều kiện tham gia sàng lọc phòng ngừa này.
Châm cứu điều trị đau lưng dưới mạn tính Các dịch vụ được chi trả bao gồm: Tối đa 20 lần khám mỗi năm dương lịch trong các trường hợp sau: Đối với mục đích của quyền lợi này, đau lưng dưới mạn tính được định nghĩa là: • Kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn • Không đặc hiệu, ở chỗ không có nguyên nhân hệ thống có thể xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm nhiễm, bệnh truyền nhiễm, v.v.) • Không liên quan đến phẫu thuật • Không liên quan đến thai kỳ Chương trình của bạn cho phép nhận dịch vụ từ nhà cung cấp được cấp phép thực hiện châm cứu hoặc từ các nhà cung cấp đáp ứng các yêu cầu của nhà cung cấp Original Medicare. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn phòng Bác sĩ Chuyên khoa

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	
*** Châm cứu cho các dịch vụ thông thường** Châm cứu là thủ thuật đưa kim vào và điều chỉnh kim tại các huyệt vị trên cơ thể để giảm đau hoặc cho các mục đích điều trị có chỉ định y tế cần thiết. Bạn được chi trả tối đa 25 lần khám mỗi năm dương lịch. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Châm cứu Thông thường Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa
Tiêm thuốc dị ứng và huyết thanh Bạn được chi trả cho các mũi tiêm thuốc dị ứng và huyết thanh khi cần thiết về mặt y tế.	**Trong mạng lưới:** Tiêm thuốc dị ứng và huyết thanh Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa
Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được chi trả, dù là trong trường hợp khẩn cấp hay không khẩn cấp, bao gồm dịch vụ xe cứu thương cánh cố định, cánh quay và mặt đất, đến cơ sở phù hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc nếu chúng được cung cấp cho thành viên có tình trạng sức khỏe mà các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó hoặc nếu được chương trình của chúng tôi cho phép. Nếu các dịch vụ xe cứu thương được chi trả không phải cho trường hợp khẩn cấp, cần có tài liệu ghi rõ rằng tình trạng của thành viên là như vậy mà các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là cần thiết về mặt y tế. Bạn được chi trả cho dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương khẩn cấp trên toàn thế giới. Nếu bạn có trường hợp khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, bạn sẽ có trách nhiệm thanh toán trước cho các dịch vụ được cung cấp. Bạn phải nộp bằng chứng thanh toán cho Humana để được hoàn tiền. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 7. Chúng tôi có thể không hoàn tiền cho bạn toàn bộ chi phí tự trả. Điều này là do mức giá hợp đồng của chúng tôi có thể thấp hơn mức giá của nhà cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Bạn chịu trách nhiệm cho bất kỳ chi phí nào vượt quá mức giá theo hợp đồng của chúng tôi cũng như bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào áp dụng cho thành viên. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Xe cứu thương khẩn cấp Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi ngày dịch vụ bất kể số lượng chuyến đi – Xe cấp cứu Đường bộ Khoản đồng thanh toán **$0** bất kể số lượng chuyến đi – Xe cấp cứu Hàng không Xe cấp cứu Không Khẩn cấp Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi ngày dịch vụ bất kể số lượng chuyến đi – Xe cấp cứu Đường bộ Khoản đồng thanh toán **$0** bất kể số lượng chuyến đi – Xe cấp cứu Hàng không **Ngoài Mạng Lưới:** Phạm vi bảo hiểm toàn thế giới Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$325** cho mỗi ngày dịch vụ bất kể số lượng chuyến đi – Xe cấp cứu Khẩn cấp
Lần khám sức khỏe tổng quát hằng năm Nếu bạn đã có Phần B hơn 12 tháng, bạn có thể được khám sức khỏe định kỳ hằng năm để xây dựng hoặc cập nhật chương trình phòng ngừa cá nhân hóa dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại và các yếu tố nguy cơ của bạn. Điều này	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
được bảo hiểm mỗi 12 tháng một lần. **Lưu ý:** Lần khám sức khỏe định kỳ hằng năm đầu tiên của bạn không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần khám phòng ngừa Welcome to Medicare của bạn. Tuy nhiên, bạn không cần phải Tuy nhiên, bạn không cần phải đã thực hiện lần khám Chào mừng đến Medicare để được bảo hiểm cho các lần khám sức khỏe định kỳ hằng năm sau khi bạn đã có Phần B được 12 tháng.	lần khám sức khỏe tổng quát hằng năm.
Đo mật độ xương Đối với những người đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ loãng xương), các dịch vụ sau đây được chi trả mỗi 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật để xác định mật độ xương, phát hiện tình trạng mất xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm cả việc bác sĩ diễn giải kết quả.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho việc đo mật độ xương được Medicare chi trả.
Sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú) Các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Một lần chụp quang tuyến vú cơ bản trong độ tuổi từ 35 đến 39 • Một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú lâm sàng mỗi 24 tháng một lần	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho việc chụp quang tuyến vú sàng lọc được chi trả.
Dịch vụ phục hồi chức năng tim Các chương trình toàn diện về dịch vụ phục hồi chức năng tim bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn được chi trả cho các thành viên đáp ứng các điều kiện nhất định theo chỉ định của bác sĩ. Chương trình của chúng tôi chi trả các chương trình toàn diện này nếu bạn đã mắc ít nhất một trong các tình trạng sau: • Nhồi máu cơ tim trong 12 tháng qua • Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành • Đau thắt ngực ổn định (đau ngực) • Sửa chữa hoặc thay thế van tim • Nong động mạch vành (một thủ thuật y tế được sử dụng để mở thông động mạch bị tắc) hoặc đặt stent động mạch vành (một thủ thuật được sử dụng để giữ cho động mạch không bị tắc) • Ghép tim hoặc ghép tim và phổi • Suy tim mạn tính ổn định Giới hạn chi trả: Bạn có thể tham gia tối đa 36 buổi phục hồi chức năng tim. Bạn có thể tham gia 2 buổi mỗi ngày (mỗi buổi kéo dài 1 giờ), và chương trình có thể kéo dài tối đa 36 tuần. Nếu bạn đủ điều kiện, bạn có thể nhận thêm 36 buổi có thể được phân bổ trong một khoảng thời gian dài hơn. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú
Lần khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch (liệu pháp điều trị bệnh tim mạch) Chúng tôi chi trả một lần khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của bạn để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần khám này, bác sĩ của bạn có thể thảo luận về	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa bệnh

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
sử dụng aspirin (nếu phù hợp), kiểm tra huyết áp của bạn, và cung cấp cho bạn các lời khuyên để đảm bảo bạn đang ăn uống lành mạnh.	tim mạch thông qua liệu pháp hành vi chuyên sâu.
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 tim mạch tăng cao) một lần mỗi 5 năm (60 tháng).	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho xét nghiệm bệnh tim mạch được chi trả một lần mỗi 5 năm.
Sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Xét nghiệm Pap và khám vùng chậu một lần mỗi 24 tháng cho tất cả phụ nữ • Một lần xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng nếu có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo hoặc nếu trong độ tuổi sinh sản và đã có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong 3 năm qua	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm Pap và khám vùng chậu phòng ngừa được Medicare chi trả.
Dịch vụ nắn chỉnh xương Các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Chúng tôi chỉ chi trả cho việc nắn chỉnh cột sống bằng tay để điều chỉnh tình trạng trật khớp đốt sống (một hoặc nhiều xương trong cột sống của bạn bị lệch vị trí) • Các dịch vụ khác do bác sĩ nắn xương thực hiện không được chi trả Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Dịch Vụ Nắn Xương Khớp Được Medicare Chi Trả Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa
Tầm soát ung thư đại trực tràng Các xét nghiệm tầm soát sau đây được chi trả: • Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được chi trả mỗi 120 tháng (10 năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau lần nội soi đại tràng sigma linh hoạt trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, và mỗi 24 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau lần nội soi đại tràng tầm soát 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 chi trả khi ít nhất 59 tháng đã trôi qua kể từ tháng thực hiện lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc gần nhất hoặc 47 tháng đã trôi qua kể từ tháng thực hiện lần nội soi đại tràng sigma linh hoạt sàng lọc hoặc nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, việc chi trả chụp cắt lớp vi tính đại tràng tầm soát được thực hiện sau khi đã qua ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng tầm soát cuối cùng hoặc lần nội soi đại tràng tầm soát cuối cùng. • Nội soi đại tràng sigma linh hoạt dành cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Mỗi 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được sàng lọc nội soi đại tràng. Mỗi 48 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao kể từ lần nội soi đại tràng sigma linh hoạt hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng cuối cùng. • Xét nghiệm máu ẩn trong phân tầm soát dành cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Mỗi 12 tháng một lần.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ đối với xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng được Medicare chi trả.

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Xét nghiệm DNA phân đa mục tiêu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. Mỗi 3 năm một lần. • Xét nghiệm Dấu Ấn Sinh Học trong máu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. Mỗi 3 năm một lần. • Các xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng tầm soát tiếp theo sau khi xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng không xâm lấn dựa trên phân được Medicare chi trả cho kết quả dương tính. • Các xét nghiệm tầm soát ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sigma linh hoạt tầm soát theo kế hoạch hoặc nội soi đại tràng tầm soát có liên quan đến việc cắt bỏ mô hoặc vật chất khác, hoặc thủ thuật khác được thực hiện liên quan đến, do kết quả của, và trong cùng một buổi khám lâm sàng với xét nghiệm tầm soát.	
Dịch vụ nha khoa Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như làm sạch răng, khám nha khoa định kỳ, và chụp X-quang răng) không được Original Medicare chi trả. 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 tình trạng bệnh lý chính của một người. Các ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau khi gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng thực hiện để chuẩn bị cho xạ trị ung thư liên quan đến hàm, hoặc khám miệng trước khi ghép tạng. Ngoài ra, chúng tôi chi trả **Quyền lợi Nha khoa Bổ sung Bắt buộc** bao gồm các dịch vụ phòng ngừa và chẩn đoán. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Các Dịch vụ Nha khoa được Medicare Chi trả Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa **Quyền lợi Nha khoa Bổ sung Bắt buộc** *Bạn được chi trả cho Quyền lợi Nha khoa Bổ sung Bắt buộc. Xem mô tả **Quyền lợi Nha khoa Bổ sung Bắt buộc** ở cuối bảng này để biết chi tiết.
Sàng lọc trầm cảm Chúng tôi chi trả một lần sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Việc sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc ban đầu có thể cung cấp điều trị theo dõi và/hoặc chuyển tuyến.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám sàng lọc trầm cảm hằng năm.
Tầm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi chi trả cho việc sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose lúc đói) nếu bạn có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì, hoặc tiền sử lượng đường (glucose) trong máu cao. Các xét nghiệm cũng có thể được chi trả nếu bạn đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường. Bạn có thể đủ điều kiện nhận tối đa 2 lần sàng lọc tiểu đường mỗi 12 tháng kể từ ngày xét nghiệm sàng lọc tiểu đường gần nhất của bạn.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các xét nghiệm tầm soát bệnh tiểu đường được Medicare chi trả.
Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư dành cho người bệnh tiểu đường Dành cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (người dùng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được chi trả bao gồm:	**Trong mạng lưới:** Đào tạo tự quản lý bệnh đái tháo đường Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Vật tư để theo dõi glucose trong máu của bạn: máy đo glucose trong máu, que thử glucose trong máu, thiết bị lấy máu và kim lấy máu, và dung dịch kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo – Đây là các thương hiệu máy đo glucose trong máu và que thử duy nhất được chi trả (ưu tiên): ACCU-CHEK® sản xuất bởi Roche, hoặc các sản phẩm Trividia đôi khi được đóng gói dưới tên nhà thuốc của bạn. – Humana chi trả cho bất kỳ máy đo glucose trong máu và que thử nào được quy định trong danh sách thương hiệu ưu tiên ở trên. Nói chung, các sản phẩm thương hiệu không ưu tiên thay thế không được chi trả trừ khi bác sĩ của bạn cung cấp thông tin đầy đủ rằng việc sử dụng thương hiệu thay thế là cần thiết về mặt y tế trong tình huống cụ thể của bạn. Nếu bạn mới tham gia Humana và đang sử dụng một thương hiệu máy đo đường huyết và que thử không có trong danh sách thương hiệu được ưu tiên, bạn có thể liên hệ với chúng tôi trong vòng 90 ngày đầu tiên kể từ khi đăng ký tham gia vào chương trình để yêu cầu cung cấp tạm thời thương hiệu thay thế không được ưu tiên. Trong thời gian này, bạn nên trao đổi với bác sĩ để quyết định xem liệu có thương hiệu sản phẩm được ưu tiên nào được liệt kê ở trên phù hợp về mặt y tế cho bạn hay không. Các sản phẩm thương hiệu không được ưu tiên sẽ không được chi trả sau 90 ngày bảo hiểm ban đầu mà không có ủy quyền trước được chấp thuận cho một ngoại lệ bảo hiểm. • Để xác định Nhà Cung Cấp Thiết Bị Đái Tháo Đường Được Ưu Tiên của bạn, vui lòng xem phần Thiết Bị Y Tế Lâu Bền trong Danh Mục Nhà Cung Cấp của bạn. • Đối với những người mắc bệnh đái tháo đường có bệnh bàn chân do đái tháo đường nặng, một đôi giày chỉnh hình đúc theo khuôn riêng mỗi năm dương lịch (bao gồm lót giày đi kèm với giày đó) và 2 đôi lót giày bổ sung, hoặc một đôi giày chuyên dụng và 3 đôi lót giày (không bao gồm lót giày tháo lắp không tùy chỉnh đi kèm với giày đó) bao gồm cả việc vừa giày. • Đào tạo tự quản lý bệnh đái tháo đường trong một số điều kiện nhất định • Đối với Máy Theo Dõi Đường Huyết Liên Tục, xem phần Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan. 🍏 (Dịch vụ phòng ngừa) chỉ áp dụng cho đào tạo tự quản lý bệnh đái tháo đường. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	– Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú <u>Vật tư theo dõi bệnh tiểu đường</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà Cung Cấp Thiết Bị Đái Tháo Đường Được Ưu Tiên – Nhà Cung Cấp Thiết Bị Đái Tháo Đường – Nhà Thuốc Bán Lẻ Trong Mạng Lưới <u>Giày và Lót Giày Dành Cho Bệnh Nhân Đái Tháo Đường</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà cung cấp Thiết bị y tế lâu bền – Nhà Cung Cấp Chân Tay Giả
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan (Để xem định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, hãy xem Chương 12 và Chương 3.) Các vật tư được bảo hiểm bao gồm, nhưng không giới hạn ở, xe lăn, nạng, hệ thống đệm chạy điện, vật tư dành cho người tiểu đường, giường bệnh viện được chỉ định bởi nhà cung cấp để sử dụng tại nhà, máy bơm truyền dịch đường tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy phun khí dung, máy theo dõi đường huyết liên tục**, và khung tập đi. Chúng tôi chi trả tất cả các DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare chi trả. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi tại khu vực của bạn không có một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, bạn có thể hỏi họ xem họ có thể đặt hàng đặc biệt cho bạn không. Danh sách nhà cung cấp mới nhất có trên trang	**<u>Trong mạng lưới:</u>** <u>Thiết bị y tế lâu bền</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà cung cấp Thiết bị y tế lâu bền <u>Máy theo dõi đường huyết liên tục</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà thuốc Ưu tiên – Nhà cung cấp Thiết bị y tế lâu bền – Nhà thuốc

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
web của chúng tôi **Humana.com/findadoctor**. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**. **Máy theo dõi đường huyết liên tục (CGM) ưu tiên được chi trả tại các nhà thuốc. CGMs Ưu tiên là Dexcom & Freestyle Libre. Các CGM không được ưu tiên sẽ không được chi trả tại nhà thuốc trừ khi bác sĩ của bạn cung cấp thông tin đầy đủ rằng việc sử dụng thương hiệu thay thế là cần thiết về mặt y tế. Tất cả các CGM sẽ tiếp tục được chi trả thông qua các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME).	
Sàng lọc EKG EKG sàng lọc, khi được thực hiện theo giới thiệu từ lần khám phòng ngừa *Chào mừng đến Medicare*, chỉ được chi trả một lần trong suốt cuộc đời của người thụ hưởng.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho lần khám sàng lọc EKG.
Chăm sóc khẩn cấp Chăm sóc khẩn cấp đề cập đến các dịch vụ: • Được cung cấp bởi nhà cung cấp có đủ điều kiện để cung cấp dịch vụ khẩn cấp • Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp Tình trạng khẩn cấp y tế là khi bạn, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, tin rằng bạn có các triệu chứng y tế đòi hỏi sự chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa mất mạng (và, nếu bạn là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất chi, hoặc mất chức năng của chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh, chấn thương, đau dữ dội, hoặc một tình trạng y tế đang nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết mà bạn nhận ngoài mạng lưới là giống như khi bạn nhận các dịch vụ này trong mạng lưới. Bạn được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới. Nếu bạn có trường hợp khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, bạn sẽ có trách nhiệm thanh toán trước cho các dịch vụ được cung cấp. Bạn phải nộp bằng chứng thanh toán cho Humana để được hoàn tiền. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 7. Chúng tôi có thể không hoàn tiền cho bạn đối với tất cả các chi phí tự trả. Điều này là do mức giá hợp đồng của chúng tôi có thể thấp hơn mức giá của nhà cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Bạn chịu trách nhiệm cho bất kỳ chi phí nào vượt quá mức giá theo hợp đồng của chúng tôi cũng như bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào áp dụng cho thành viên.	**Trong mạng lưới:** Dịch Vụ Cấp Cứu Khoản đồng thanh toán **$0** – Phòng Cấp Cứu **Ngoài Mạng Lưới:** Phạm vi bảo hiểm toàn thế giới Khoản đồng thanh toán **$0** hoặc **$115** – Phòng Cấp Cứu **Trong mạng lưới:** Dịch vụ Nhà cung cấp và Chuyên nghiệp Khoản đồng thanh toán **$0** – Phòng Cấp Cứu Nếu bạn nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng khẩn cấp của bạn được ổn định, bạn phải chuyển đến một bệnh viện trong mạng lưới để việc chăm sóc của bạn tiếp tục được bảo hiểm HOẶC bạn phải được ủy quyền chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới bởi chương trình của chúng tôi và chi phí của bạn là khoản chia sẻ chi phí mà bạn sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
Dịch vụ thính lực Các đánh giá thính lực và thăng bằng chẩn đoán do nhà cung cấp của bạn thực hiện để xác định xem bạn có cần điều trị y tế hay không được bảo hiểm như chăm sóc ngoại trú khi bạn nhận chúng từ bác sĩ, chuyên gia thính lực, hoặc nhà cung cấp có đủ tiêu chuẩn khác. Ngoài ra, chúng tôi bảo hiểm **Quyền Lợi Thính Giác Bổ Sung Bắt Buộc** bao gồm kiểm tra thính lực định kỳ và bảo hiểm máy trợ thính. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Dịch Vụ Thính Giác Được Medicare Chi Trả Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa **Quyền Lợi Thính Giác Bổ Sung Bắt Buộc** *Bạn được bảo hiểm cho Quyền Lợi Thính Giác Bổ Sung Bắt Buộc. Xem mô tả **Quyền lợi Thính giác Bổ sung Bắt buộc** ở cuối bảng này để biết chi tiết.
Sàng lọc HIV Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc có nguy cơ cao bị nhiễm HIV, chúng tôi chi trả: • Một lần khám sàng lọc mỗi 12 tháng Nếu bạn đang mang thai, chúng tôi chi trả: • Tối đa 3 lần khám sàng lọc trong thai kỳ	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các thành viên đủ điều kiện hưởng sàng lọc HIV phòng ngừa được Medicare chi trả.
Dịch vụ chăm sóc tại nhà từ cơ quan y tế Trước khi bạn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải xác nhận rằng bạn cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và sẽ chỉ định dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được cung cấp bởi một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Bạn phải bị hạn chế tại nhà, có nghĩa là việc ra ngoài là một nỗ lực lớn. Các dịch vụ được chi trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Dịch vụ điều dưỡng có kỹ năng bán thời gian hoặc không liên tục và dịch vụ trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà (để được chi trả theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ điều dưỡng có kỹ năng và dịch vụ trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà của bạn cộng lại phải ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần) • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và liệu pháp ngôn ngữ • Dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật tư y tế Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà Của Thành Viên Thiết bị y tế lâu bền Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà cung cấp Thiết bị y tế lâu bền
Liệu pháp truyền dịch tại nhà Liệu pháp truyền dịch tại nhà bao gồm việc tiêm 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, máy bơm), và vật tư (ví dụ, dây truyền và ống thông). Các dịch vụ được chi trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:	**Trong mạng lưới:** Vật Tư Y Tế Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà Cung Cấp Vật Tư Y Tế Các Thuốc Medicare Phần B Khác Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của chúng tôi • Đào tạo và giáo dục bệnh nhân không được bảo hiểm theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Giám sát từ xa • Các dịch vụ giám sát để cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc truyền dịch tại nhà được cung cấp bởi nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ tiêu chuẩn Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	– Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Nhà thuốc <u>Dịch vụ Nhà cung cấp và Chuyên nghiệp</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính
Chăm sóc cuối đời Bạn đủ điều kiện hưởng quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của bạn và giám đốc y tế của cơ sở chăm sóc cuối đời đã đưa ra tiên lượng bệnh nan y cho bạn, xác nhận rằng bạn bị bệnh nan y và còn 6 tháng hoặc ít hơn để sống nếu bệnh của bạn diễn tiến theo chiều hướng bình thường. Bạn có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi có nghĩa vụ giúp bạn tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, bao gồm các chương trình mà chúng tôi sở hữu, kiểm soát, hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của bạn có thể là nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Thuốc kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc nghỉ ngơi ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà Khi bạn được nhận vào một cơ sở chăm sóc cuối đời (chăm sóc cuối đời), bạn có quyền ở lại trong chương trình của chúng tôi; nếu bạn ở lại trong chương trình của chúng tôi, bạn phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm của chương trình. **Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B chi trả có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của bạn:** Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của bạn về các dịch vụ chăm sóc cuối đời và bất kỳ dịch vụ Phần A và Phần B nào liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của bạn. Trong khi bạn đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp chăm sóc cuối đời của bạn sẽ lập hóa đơn cho Original Medicare đối với các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Bạn sẽ được lập hóa đơn theo mức chia sẻ chi phí của Original Medicare. **Đối với các dịch vụ được Medicare Part A hoặc B chi trả không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị:** Nếu quý vị cần các dịch vụ không khẩn cấp, không cần gấp được chi trả theo Medicare Part A hoặc B mà không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của bạn, chi phí của bạn cho các dịch vụ này phụ thuộc vào việc bạn có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình và tuân theo các quy tắc của chương trình hay không (chẳng hạn như nếu có yêu cầu phải được phê duyệt trước).	Khi bạn đăng ký vào một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời của bạn và các dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng bệnh nan y của bạn sẽ được Original Medicare chi trả, không phải Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Chương trình của chúng tôi chi trả các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho người mắc bệnh nan y chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời. Chia sẻ chi phí của nhà cung cấp có thể áp dụng cho các buổi tư vấn ngoại trú.

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Nếu bạn nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân theo các quy tắc của chương trình để nhận dịch vụ, bạn chỉ trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi đối với các dịch vụ trong mạng lưới • Nếu bạn nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, bạn trả phần chia sẻ chi phí theo Original Medicare **Đối với các dịch vụ được bảo hiểm bởi Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) nhưng không được bảo hiểm bởi Medicare Phần A hoặc B:** Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) sẽ tiếp tục bảo hiểm các dịch vụ được chương trình bao gồm mà không được bảo hiểm theo Phần A hoặc B dù chúng có liên quan hay không đến tiên lượng bệnh nan y của bạn. Bạn trả mức chia sẻ chi phí của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ này. **Đối với các loại thuốc có thể được bảo hiểm theo quyền lợi Phần D trong chương trình của chúng tôi:** Nếu các loại thuốc này không liên quan đến tình trạng bệnh đầu cuối của bạn trong chương trình chăm sóc cuối đời, bạn sẽ chi trả phần chia sẻ chi phí. Nếu chúng liên quan đến tình trạng bệnh đầu cuối của bạn trong chương trình chăm sóc cuối đời, bạn sẽ chi trả phần chia sẻ chi phí theo Original Medicare. Thuốc không bao giờ được bảo hiểm đồng thời bởi cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, hãy xem Chương 5, Phần 9.4. **Lưu ý:** Nếu bạn cần dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc cuối đời (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng bệnh nan y của bạn), hãy liên hệ với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ.	
*** Chương trình bữa ăn Humana Well Dine®** Sau khi bạn nằm viện nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, bạn đủ điều kiện nhận 2 bữa ăn mỗi ngày trong 7 ngày mà không phát sinh thêm chi phí cho bạn. 14 bữa ăn dinh dưỡng sẽ được giao đến tận nhà bạn. Chương trình bữa ăn giới hạn tối đa 4 lần mỗi năm dương lịch. Các bữa ăn phải được yêu cầu trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện nội trú. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ số Chăm sóc Khách hàng ở mặt sau thẻ ID Thành viên Humana của bạn.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0**
Tiêm chủng Các dịch vụ được bảo hiểm theo Medicare Phần B bao gồm: • Vắc-xin phòng viêm phổi • Tiêm vắc-xin cúm/cúm mùa (hoặc vắc-xin), một lần mỗi mùa cúm/cúm mùa vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm vắc-xin cúm/cúm mùa bổ sung (hoặc vắc-xin) nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu bạn chưa từng được tiêm đủ liệu trình, bạn không biết lịch sử tiêm chủng của mình, hoặc bạn có bất kỳ tình trạng nào khác khiến bạn có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc viêm gan B • Vắc-xin COVID-19 • Các vắc-xin khác nếu bạn có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy định bảo hiểm của Medicare Phần B Chúng tôi cũng bảo hiểm hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn khác theo	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho vắc-xin phòng viêm phổi, cúm/cúm mùa, Viêm gan B và COVID-19.

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi. Vui lòng xem Chương 6, Phần 8 để biết thêm thông tin.	
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Bao gồm dịch vụ điều trị nội trú cấp tính, phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu vào ngày bạn được bác sĩ chỉ định nhập viện chính thức. Ngày trước khi bạn xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của bạn. Bạn được bảo hiểm cho số ngày nằm viện nội trú không giới hạn khi có chỉ định y tế cần thiết. Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Phòng nửa riêng tư (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thường xuyên • Chi phí của các đơn vị chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như đơn vị chăm sóc tích cực hoặc đơn vị chăm sóc mạch vành) • Thuốc và dược phẩm • Xét nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác • Vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết • Sử dụng các thiết bị hỗ trợ, chẳng hạn như xe lăn • Chi phí phòng phẫu thuật và phòng hồi sức • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và trị liệu ngôn ngữ • Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện nội trú • Trong một số điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được bảo hiểm: ghép giác mạc, thận, thận-tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Nếu bạn cần ghép tạng, chúng tôi sẽ sắp xếp để trường hợp của bạn được xem xét bởi một trung tâm ghép tạng được Medicare chấp thuận, nơi sẽ quyết định liệu bạn có phải là ứng viên để ghép tạng hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ ghép tạng có thể ở tại địa phương hoặc ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ ghép tạng trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài mô hình chăm sóc thông thường của cộng đồng, bạn có thể chọn đến cơ sở địa phương miễn là các nhà cung cấp dịch vụ ghép tạng tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá Original Medicare. Nếu Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) cung cấp dịch vụ ghép tạng tại một địa điểm nằm ngoài mô hình chăm sóc ghép tạng thông thường trong cộng đồng của bạn và bạn chọn ghép tạng tại địa điểm xa đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc chi trả các chi phí lưu trú và đi lại phù hợp cho bạn và một người đi cùng. Hoàn tiền đi lại và lưu trú yêu cầu tối thiểu 100 dặm một chiều đến trung tâm ghép tạng và được giới hạn ở mức **$10,000** mỗi ca ghép tạng. • Nếu bạn cần ghép tạng đặc hoặc ghép tủy xương/tế bào gốc, vui lòng liên hệ với Phòng Ghép Tạng của chúng tôi theo số 866-421-5663, TTY 711 để biết thông tin quan trọng về việc chăm sóc ghép tạng của bạn. Thông tin chi tiết bổ sung về đi lại và chỗ ở cho việc cấy ghép có thể được tìm thấy tại **https://provider.humana.com/patient-care/transplant-resources/transplant-services-questions**. • Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Quyền lợi bảo hiểm đối với máu toàn phần và hồng cầu khối bắt đầu từ đơn vị máu đầu tiên mà bạn cần.	**Trong mạng lưới:** Chăm Sóc Nội Trú Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi lần nhập viện – Nội trú tại Bệnh viện **Trong Mạng lưới:** Dịch vụ Nhà cung cấp và Chuyên nghiệp Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh viện Nội trú

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Dịch vụ của bác sĩ **Lưu ý:** Để được nhận vào điều trị nội trú, nhà cung cấp dịch vụ của bạn phải viết lệnh nhập viện chính thức với tư cách bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu bạn không chắc mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Nhận thêm thông tin từ tờ thông tin Medicare Medicare Hospital Benefits tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Cần có ủy quyền trước cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện và các dịch vụ cấy ghép. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần yêu cầu nằm viện. • Giới hạn trọn đời 190 ngày cho dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần • Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa • Số ngày hưởng quyền lợi đã sử dụng theo chương trình Original Medicare sẽ được tính vào số ngày dự phòng trọn đời 190 ngày khi đăng ký vào chương trình Medicare Advantage Cần có ủy quyền trước cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú Khoản đồng thanh toán **$0** cho mỗi lần nhập viện – Bệnh viện Nội trú – Cơ sở Tâm thần Nội trú **Trong Mạng lưới:** Dịch vụ Nhà cung cấp và Chuyên nghiệp Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh viện Nội trú – Cơ sở Tâm thần Nội trú
Đợt nội trú: Các dịch vụ được bảo hiểm mà bạn nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong một đợt nội trú không được bảo hiểm Nếu bạn đã sử dụng hết quyền lợi nội trú hoặc nếu việc nằm viện không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không chi trả cho việc nằm viện của bạn. Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ chi trả một số dịch vụ nhất định mà bạn nhận được khi đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF). Các dịch vụ được chi trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Dịch vụ của bác sĩ • Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm phòng thí nghiệm) • Liệu pháp X-quang, radium và đồng vị phóng xạ bao gồm vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên • Băng phẫu thuật • Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để điều trị gãy xương và trật khớp • Thiết bị phục hồi chức năng và chỉnh hình (ngoại trừ nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ quan nội tạng (bao gồm mô liền kề), hoặc toàn bộ hoặc một phần chức năng của cơ quan nội tạng bị mất chức năng vĩnh viễn hoặc hoạt động không bình thường, bao gồm cả việc thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó	Khi việc nằm viện nội trú của bạn không được bảo hiểm, các dịch vụ được chấp thuận đã nhận sẽ tiếp tục được bảo hiểm như được mô tả trong bảng quyền lợi này.

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Nẹp chân, tay, lưng và cổ; đai thoát vị, và chân, tay, mắt giả bao gồm các điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do hỏng hóc, mài mòn, mất mát, hoặc thay đổi trong tình trạng thể chất của bệnh nhân • Vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và hoạt động trị liệu	
Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không chạy thận nhân tạo), hoặc sau khi ghép thận theo chỉ định của bác sĩ. Chúng tôi chi trả 3 giờ tư vấn một-một trong năm đầu tiên bạn nhận được dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác, hoặc Original Medicare), và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, phương pháp điều trị hoặc chẩn đoán của bạn thay đổi, bạn có thể được hưởng thêm giờ điều trị theo chỉ định của bác sĩ. Bác sĩ phải kê đơn các dịch vụ này và gia hạn chỉ định hằng năm nếu việc điều trị của bạn cần tiếp tục sang năm dương lịch tiếp theo.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các thành viên đủ điều kiện hưởng dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế được Medicare chi trả.
Chương trình Phòng ngừa Tiểu đường Medicare (MDPP) **Dịch vụ MDPP được chi trả cho những người 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 đào tạo thực tiễn về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất, và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua các thách thức nhằm duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi MDPP.
Thuốc Medicare Phần B **Các loại thuốc này được bảo hiểm theo Phần B của Original Medicare. Các thành viên của chương trình của chúng tôi được bảo hiểm cho các loại thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi. Các loại thuốc được bảo hiểm bao gồm:** • Các loại thuốc thường không do bệnh nhân tự dùng và được tiêm hoặc truyền trong khi bạn nhận dịch vụ tại phòng khám bác sĩ, bệnh viện ngoại trú, hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú • Insulin được cung cấp thông qua thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc khác bạn dùng bằng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy phun sương) đã được chương trình của chúng tôi phê duyệt • Thuốc điều trị Alzheimer, Leqembi® (tên gốc lecanemab), được dùng theo đường tiêm tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, bạn có thể cần thực hiện thêm các lần chụp chiếu và xét nghiệm trước và/hoặc trong quá trình điều trị, điều này có thể làm tăng tổng chi phí của bạn. Hãy trao đổi với bác sĩ của bạn về những lần chụp chiếu và xét nghiệm mà bạn có thể cần trong quá trình điều trị • Các yếu tố đông máu bạn tự tiêm nếu bạn bị bệnh hemophilia • Thuốc dùng sau ghép tạng/ức chế miễn dịch: Medicare chi trả liệu pháp thuốc dùng sau ghép tạng nếu Medicare đã thanh toán cho ca cấy ghép nội tạng của bạn. Bạn phải có Phần A tại thời điểm cấy ghép được chi trả, và bạn phải có Phần B tại thời điểm bạn nhận thuốc ức chế miễn dịch. Bảo hiểm thuốc Medicare Phần D chi trả thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không chi trả	**Trong mạng lưới:** Thuốc hóa trị Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú Thuốc Insulin Theo Medicare Phần B Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Nhà thuốc Các Thuốc Medicare Phần B Khác Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Nhà thuốc

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Thuốc loãng xương dạng tiêm, nếu bạn bị hạn chế ra ngoài, có gãy xương mà bác sĩ xác nhận là liên quan đến loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự dùng thuốc • Một số kháng nguyên: Medicare bảo hiểm kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị chúng và một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là bạn, bệnh nhân) dùng chúng dưới sự giám sát thích hợp • Một số thuốc kháng ung thư dạng uống: Medicare chi trả một số thuốc điều trị ung thư dạng uống nếu cùng loại thuốc đó có sẵn ở dạng tiêm hoặc thuốc đó là thuốc tiền dược (dạng uống của một loại thuốc mà khi được uống vào, sẽ phân giải thành cùng hoạt chất có trong thuốc dạng tiêm) của thuốc dạng tiêm. Khi các thuốc kháng ung thư dạng uống mới được cung cấp, Phần B có thể chi trả cho chúng. Nếu Phần B không chi trả, Phần D sẽ chi trả • Thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare bảo hiểm thuốc chống buồn nôn dạng uống mà bạn sử dụng như một phần của phác đồ hóa trị liệu chống ung thư nếu chúng được dùng trước, trong, hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một liệu pháp thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn dạng tiêm tĩnh mạch • Một số loại thuốc uống dành cho Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD) được bảo hiểm theo Medicare Phần B • Thuốc calcimimetic và thuốc gắn phosphate trong hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv®, và thuốc uống Sensipar® • Một số loại thuốc dành cho lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin khi cần thiết về mặt y tế và thuốc gây tê tại chỗ • Thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare chi trả erythropoietin dạng tiêm nếu bạn mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD) hoặc bạn cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số tình trạng bệnh lý khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát • Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường ống (truyền tĩnh mạch và nuôi dưỡng qua ống) Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách Thuốc Phần B có thể phải chịu Liệu pháp Từng bước: **Humana.com/PAL** Chúng tôi cũng chi trả một số vắc-xin theo Phần B và hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn theo quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi. Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc Phần D của chúng tôi, bao gồm các quy tắc bạn phải tuân theo để được bảo hiểm đơn thuốc. Những gì bạn phải trả cho thuốc Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích trong Chương 6. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	Một số thuốc Phần B thuộc diện hoàn trả chiết khấu có thể áp dụng mức đồng bảo hiểm thấp hơn. Có thể có chi phí cho việc sử dụng thuốc Phần B, ngoài chi phí cho chính bản thân thuốc đó. Bạn có thể phải thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý chi trả cho loại thuốc bạn đang yêu cầu. Điều này được gọi là "liệu pháp từng bước."

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
Sàng lọc béo phì và liệu pháp hỗ trợ giảm cân bền vững Nếu bạn có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi chi trả cho việc tư vấn chuyên sâu để giúp bạn giảm cân. Việc tư vấn này được chi trả nếu bạn thực hiện tại cơ sở chăm sóc ban đầu, nơi có thể phối hợp với chương trình phòng ngừa toàn diện của bạn. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc người hành nghề y chăm sóc ban đầu của bạn để tìm hiểu thêm.	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho việc sàng lọc béo phì phòng ngừa và liệu pháp.
Dịch vụ chương trình điều trị opioid Các thành viên trong chương trình của chúng tôi mắc rối loạn sử dụng opioid (OUD) có thể được chi trả các dịch vụ điều trị OUD thông qua Chương trình Điều trị Opioid (OTP) bao gồm các dịch vụ sau: • Các thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT) là chất chủ vận và chất đối kháng opioid được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt. • Cấp phát và quản lý thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn sử dụng chất • Liệu pháp cá nhân và nhóm • Xét nghiệm độc chất học • Các hoạt động tiếp nhận • Đánh giá định kỳ Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú
Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ, vật tư điều trị Các dịch vụ được chi trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Chụp X-quang • Liệu pháp bức xạ (radium và đồng vị) bao gồm vật liệu và vật tư của kỹ thuật viên • Vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc • Nẹp, bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để điều trị gãy xương và trật khớp • Xét nghiệm tại phòng thí nghiệm • Máu – bao gồm lưu trữ và truyền máu. Quyền lợi bảo hiểm đối với máu toàn phần và hồng cầu khối bắt đầu từ đơn vị máu đầu tiên mà bạn cần. • Các xét nghiệm chẩn đoán không phải xét nghiệm tại phòng thí nghiệm như chụp CT, chụp MRI, đo điện tâm đồ (EKG) và chụp PET khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của bạn chỉ định để điều trị một vấn đề y tế. • Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Dịch vụ Nhà cung cấp và Chuyên nghiệp Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa Các thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch vụ Chẩn đoán Hình ảnh Nâng cao Khoản đồng thanh toán **$0**

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
	– Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở X-Quang Độc Lập <u>Dịch Vụ X-Quang Cơ Bản</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở X-Quang Độc Lập <u>Chụp nhũ ảnh chẩn đoán</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở X-Quang Độc Lập <u>Liệu pháp Xạ trị</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở X-Quang Độc Lập <u>Dịch Vụ Y Học Hạt Nhân</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở X-Quang Độc Lập <u>Nghiên Cứu Giấc Ngủ Tại Cơ Sở</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú <u>Nghiên Cứu Giấc Ngủ Tại Nhà</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà Của Thành Viên <u>Vật Tư Y Tế</u> Khoản đồng thanh toán **$0**

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
	– Nhà Cung Cấp Vật Tư Y Tế Nội soi đại tràng chẩn đoán Khoản đồng thanh toán **$0** – Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch vụ xét nghiệm Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp – Bệnh Viện Ngoại Trú – Phòng Xét Nghiệm Độc Lập
Theo dõi ngoại trú tại bệnh viện Dịch vụ quan sát là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được cung cấp để xác định xem bạn có cần được nhập viện nội trú hay có thể xuất viện hay không. Để các dịch vụ quan sát ngoại trú tại bệnh viện được chi trả, chúng phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ quan sát chỉ được chi trả khi được cung cấp theo lệnh của bác sĩ hoặc người khác được pháp luật cấp phép của tiểu bang và quy chế nhân viên bệnh viện cho phép nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc chỉ định các xét nghiệm ngoại trú. **Lưu ý:** Trừ khi nhà cung cấp dịch vụ đã viết lệnh nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú, bạn là bệnh nhân ngoại trú và phải trả các khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu bạn không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Nhận thêm thông tin từ tờ thông tin Medicare Medicare Hospital Benefits tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú
Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện Chúng tôi chi trả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà bạn nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc chấn thương. Các dịch vụ được chi trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: • Các dịch vụ tại khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ quan sát hoặc phẫu thuật ngoại trú • Xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng việc điều trị nội trú sẽ được yêu cầu nếu không có chương trình đó	**Trong mạng lưới:** Các thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch vụ Chẩn đoán Hình ảnh Nâng cao Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Dịch vụ chụp X-quang và các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh khác được bệnh viện lập hóa đơn • Vật tư y tế như nẹp và bó bột • Một số thuốc và chế phẩm sinh học mà bạn không thể tự dùng **Lưu ý:** Trừ khi nhà cung cấp dịch vụ đã viết lệnh nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú, bạn là bệnh nhân ngoại trú và phải trả các khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu bạn không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	Dịch Vụ Y Học Hạt Nhân Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch Vụ X-Quang Cơ Bản Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Chụp nhũ ảnh chẩn đoán Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Liệu pháp Xạ trị Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch vụ xét nghiệm Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch vụ phẫu thuật Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Chăm Sóc Vết Thương Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Nghiên Cứu Giấc Ngủ Tại Cơ Sở Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch Vụ Cấp Cứu Khoản đồng thanh toán **$0** – Phòng Cấp Cứu Nội soi đại tràng chẩn đoán Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch vụ Điều trị Ngoại trú Chuyên sâu Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
	Nhập viện Bán phần Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú
Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được chi trả bao gồm: Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ có giấy phép hành nghề của tiểu bang, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng (CSW), chuyên viên điều dưỡng lâm sàng (CNS), cố vấn chuyên nghiệp có giấy phép (LPC), chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình có giấy phép (LMFT), điều dưỡng thực hành (NP), trợ lý bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn Medicare khác theo quy định của luật pháp tiểu bang hiện hành. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và liệu pháp ngôn ngữ lời nói. Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp tại nhiều cơ sở ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như các 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). Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Vật lý trị liệu Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện Liệu pháp ngôn ngữ Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện Hoạt động trị liệu Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú – Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Toàn Diện
Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngoại trú Bạn được bảo hiểm cho việc điều trị lạm dụng chất gây nghiện, theo quy định của Original Medicare. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngoại trú Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở ngoại trú bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật ngoại trú **Lưu ý:** Nếu bạn sắp phẫu thuật tại cơ sở bệnh viện, bạn nên hỏi nhà cung cấp dịch vụ của mình về việc bạn sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp dịch vụ viết lệnh nhập viện cho bạn với tư cách là bệnh nhân nội trú, bạn là bệnh nhân ngoại trú và phải trả các khoản chia sẻ chi phí cho phẫu thuật ngoại trú. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Dịch vụ phẫu thuật Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú – Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú Nội soi đại tràng chẩn đoán Khoản đồng thanh toán **$0** – Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú – Bệnh Viện Ngoại Trú
Dịch vụ nhập viện bán phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu Nhập viện bán phần là chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc được cung cấp dưới hình thức dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có mức độ chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc tại phòng khám của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình có giấy phép (LMFT), hoặc chuyên viên tư vấn chuyên nghiệp có giấy phép của bạn, và là một phương án thay thế cho việc nhập viện nội trú. Dịch vụ ngoại trú tích cực là chương trình có cấu trúc về điều trị liệu pháp sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, Trung tâm Y tế Đủ điều kiện Liên bang, hoặc phòng khám y tế nông thôn có mức độ chuyên sâu hơn so với việc chăm sóc bạn nhận được tại phòng khám của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), hoặc nhà tư vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Nhập viện Bán phần Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú Dịch vụ Điều trị Ngoại trú Chuyên sâu Khoản đồng thanh toán **$0** – Bệnh Viện Ngoại Trú
*** Khám sức khỏe (Định kỳ)** Ngoài Chuyến thăm Sức khỏe Hằng năm hoặc kỳ khám sức khỏe Chào mừng đến với Medicare, bạn được chi trả cho kỳ khám sau đây một lần mỗi năm dương lịch: • Đánh giá và quản lý y tế phòng ngừa toàn diện, bao gồm tiền sử bệnh phù hợp với độ tuổi và giới tính, khám lâm sàng, và tư vấn/hướng dẫn phòng ngừa/can thiệp giảm thiểu yếu tố nguy cơ **Lưu ý:** Các xét nghiệm hoặc thủ thuật chẩn đoán được chỉ định sẽ không được chi trả theo quyền lợi này và bạn phải tự thanh toán phần chia sẻ chi phí theo chương trình của mình cho các dịch vụ đó một cách riêng biệt.	**Trong mạng lưới:** Khám Sức khỏe Định kỳ Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính
Dịch vụ của bác sĩ/người hành nghề y, bao gồm các lần khám tại phòng khám bác sĩ Các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế mà bạn nhận được tại phòng khám bác sĩ, trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận, khoa ngoại trú của bệnh viện, hoặc bất kỳ địa điểm nào khác • Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa	**Trong mạng lưới:** Dịch vụ Nhà cung cấp và Chuyên nghiệp Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Các xét nghiệm thính lực và thăng bằng cơ bản do PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của bạn thực hiện, nếu bác sĩ của bạn yêu cầu để xác định xem bạn có cần điều trị y tế không • Một số dịch vụ sức khỏe từ xa nhất định, bao gồm các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu (PCP) và bác sĩ chuyên khoa; dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần và dịch vụ tâm thần; dịch vụ điều trị lạm dụng chất ngoại trú; và các dịch vụ cần thiết khẩn cấp – Bạn có lựa chọn nhận các dịch vụ này thông qua lần khám trực tiếp hoặc qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu bạn chọn nhận một trong các dịch vụ này qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bạn phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ qua hình thức chăm sóc sức khỏe từ xa sức khỏe từ xa – Bạn có thể sử dụng điện thoại, máy tính, máy tính bảng hoặc công nghệ video khác • Một số dịch vụ sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc người hành nghề y, cho bệnh nhân tại một số khu vực nông thôn hoặc các địa điểm khác được Medicare chấp thuận • Dịch vụ sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối dành cho thành viên lọc máu tại nhà tại trung tâm lọc máu thận có cơ sở bệnh viện hoặc cơ sở bệnh viện tiếp cận quan trọng, cơ sở lọc máu thận, hoặc tại nhà của thành viên • Dịch vụ sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ, bất kể vị trí của bạn • Dịch vụ sức khỏe từ xa dành cho thành viên có rối loạn sử dụng chất hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng xảy ra, bất kể vị trí của họ • Dịch vụ sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần • Dịch vụ sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi Phòng khám Y tế Nông thôn và Trung tâm Y tế Được Liên bang Công nhận • Kiểm tra trực tuyến (ví dụ, qua điện thoại hoặc video chat) với bác sĩ của bạn trong 5-10 phút nếu: – Bạn không phải là bệnh nhân mới **và** – Việc đăng ký không liên quan đến một lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** – Việc đăng ký không dẫn đến một lần khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể • Đánh giá video và/hoặc hình ảnh bạn gửi cho bác sĩ, và giải thích và theo dõi bởi bác sĩ của bạn trong vòng 24 giờ nếu: – Bạn không phải là bệnh nhân mới **và** – Việc đánh giá không liên quan đến một lần khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** – Việc đánh giá không dẫn đến một lần khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể • Tư vấn mà bác sĩ của bạn thực hiện với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet, hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử • Ý kiến thứ hai từ nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới trước khi phẫu thuật	<u>Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Bác Sĩ Chăm Sóc Chính Trực Tuyến – Bác Sĩ Chuyên Khoa Trực Tuyến – Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần và Điều Trị Lạm Dụng Chất Kích Thích Trực Tuyến – Chăm Sóc Khẩn Cấp Trực Tuyến <u>Dịch vụ Chẩn đoán Hình ảnh Nâng cao</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa <u>Dịch vụ phẫu thuật</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa <u>Liệu pháp Xạ trị</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa <u>Dịch vụ cần thiết khẩn cấp</u> Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Chăm sóc nha khoa không thường quy (các dịch vụ được bảo hiểm giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, nắn chỉnh gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị cho điều trị xạ trị bệnh ung thư tân sinh của hàm, hoặc các dịch vụ sẽ được bảo hiểm khi được cung cấp bởi bác sĩ) • Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp do bác sĩ/người hành nghề y cung cấp tại phòng khám Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	
Dịch vụ chăm sóc bàn chân Các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các chấn thương và bệnh về bàn chân (chẳng hạn như ngón chân búa hoặc gai gót chân) • Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các thành viên có một số tình trạng bệnh lý ảnh hưởng đến chi dưới Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Các Dịch Vụ Chăm Sóc Bàn Chân Được Medicare Chi Trả Khoản đồng thanh toán **$0** – Phòng khám Chuyên khoa
Dự phòng phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV Nếu bạn không bị nhiễm HIV, nhưng bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác xác định bạn có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn, chúng tôi chi trả thuốc dự phòng phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan. Nếu bạn đủ điều kiện, các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Thuốc PrEP dạng uống hoặc tiêm được FDA phê duyệt, bao gồm phí tiêm thuốc, nếu có • Tối đa 8 buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ HIV, giảm thiểu nguy cơ HIV và tuân thủ dùng thuốc) mỗi 12 tháng. • Tối đa 8 lần xét nghiệm tầm soát HIV mỗi 12 tháng. • Một lần tầm soát vi-rút viêm gan B	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với quyền lợi PrEP.
Kiểm tra tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được chi trả bao gồm những dịch vụ sau mỗi 12 tháng một lần: • Khám trực tràng bằng ngón tay • Xét nghiệm Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến tiền liệt (PSA)	**Trong mạng lưới:** Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với xét nghiệm PSA hằng năm.
Thiết bị giả và chỉnh hình và các vật tư liên quan Các thiết bị (không phải thiết bị nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ thể hoặc chức năng cơ thể. Bao gồm nhưng không giới hạn ở việc kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo trong việc sử dụng các thiết bị giả chi và chỉnh hình; cũng như túi hậu môn nhân tạo và các vật tư liên quan trực tiếp đến chăm sóc hậu môn nhân tạo, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày chỉnh hình, tay chân giả và vú giả (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau khi cắt bỏ tuyến vú). Bao gồm một số vật tư liên quan đến thiết bị giả chi và chỉnh hình, và việc sửa chữa và/hoặc thay thế các thiết bị giả chi và chỉnh hình. Cũng bao gồm một số quyền lợi sau khi phẫu thuật hoặc cắt bỏ đục thủy tinh thể – vui lòng xem phần *Chăm Sóc Thị Lực ở*	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà Cung Cấp Chân Tay Giả

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
phần sau của bảng này để biết thêm chi tiết. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được chi trả cho các thành viên bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) từ mức độ trung bình đến rất nặng và có chỉ định phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú
Sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu Chúng tôi chi trả một lần sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn (bao gồm phụ nữ mang thai) có hành vi lạm dụng rượu nhưng chưa phụ thuộc vào rượu. Nếu bạn có kết quả sàng lọc dương tính với lạm dụng rượu, bạn có thể được tham gia tối đa 4 buổi tư vấn trực tiếp ngắn mỗi năm (nếu bạn có đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) do bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc người hành nghề y có đủ điều kiện tại cơ sở chăm sóc ban đầu cung cấp.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với quyền lợi phòng ngừa sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu được Medicare chi trả.
Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Đối với những người đủ điều kiện, LDCT được chi trả mỗi 12 tháng một lần. **Thành viên đủ điều kiện bao gồm:** những người trong độ tuổi 50 – 77 không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói-năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc trong vòng 15 năm trở lại đây, những người nhận được chỉ định LDCT trong một buổi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chí Medicare cho các buổi như vậy và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc người hành nghề y không phải bác sĩ có đủ điều kiện. *Đối với việc 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, có thể được cấp trong bất kỳ lần khám phù hợp nào với bác sĩ hoặc người hành nghề y không phải bác sĩ có đủ điều kiện. Nếu bác sĩ hoặc người hành nghề y không phải bác sĩ có đủ điều kiện quyết định cung cấp buổi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và ra quyết định chung cho các lần sàng lọc ung thư phổi tiếp theo bằng LDCT, buổi tư vấn phải đáp ứng các tiêu chí Medicare cho các buổi như vậy.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho buổi tư vấn và ra quyết định chung được Medicare chi trả hoặc cho LDCT.
Sàng lọc nhiễm vi-rút Viêm gan C Chúng tôi chi trả 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 bạn yêu cầu và bạn đáp ứng một trong các điều kiện sau: • Bạn có nguy cơ cao vì bạn đang hoặc đã từng sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp. • Bạn đã được truyền máu trước năm 1992. • Bạn sinh trong khoảng năm 1945-1965. Nếu bạn sinh trong khoảng năm 1945-1965 và không được coi là có nguy cơ	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho việc sàng lọc Vi-rút Viêm gan C được Medicare chi trả.

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
cao, chúng tôi chi trả một lần sàng lọc. Nếu bạn có nguy cơ cao (ví dụ: bạn đã tiếp tục sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp kể từ lần xét nghiệm sàng lọc Viêm gan C âm tính trước đó), chúng tôi chi trả các lần sàng lọc hằng năm.	
Sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) và tư vấn để phòng ngừa STI Chúng tôi chi trả việc sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) đối với bệnh chlamydia, lậu, giang mai và Viêm gan B. Các lần sàng lọc này được chi trả cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ tăng cao mắc STI khi các xét nghiệm được yêu cầu bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính. Chúng tôi chi trả các xét nghiệm này mỗi 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ. Chúng tôi cũng chi trả tối đa 2 buổi tư vấn hành vi cường độ cao trực tiếp, mỗi buổi từ 20 đến 30 phút mỗi năm cho người lớn có hoạt động tình dục có nguy cơ tăng cao mắc STI. Chúng tôi chỉ chi trả 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 cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng khám bác sĩ.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa sàng lọc STI và tư vấn STI được Medicare chi trả.
Dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ bệnh thận và thẩm phân bao gồm: • Dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn cách chăm sóc thận và giúp thành viên đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc sức khỏe của họ. Đối với các thành viên mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ giới thiệu, chúng tôi chi trả tối đa 6 buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận trong suốt cuộc đời • Các đợt điều trị thẩm phân ngoại trú (bao gồm các đợt điều trị thẩm phân khi tạm thời ra ngoài khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của bạn tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận) • Các đợt điều trị thẩm phân nội trú (nếu bạn được nhận vào bệnh viện với tư cách bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt) • Đào tạo tự thẩm phân (bao gồm đào tạo cho bạn và bất kỳ ai hỗ trợ bạn trong các đợt điều trị thẩm phân tại nhà) • Thiết bị và vật tư thẩm phân tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà nhất định (ví dụ, khi cần thiết, các lần thăm viếng của nhân viên chạy thận được đào tạo để kiểm tra việc chạy thận tại nhà của bạn, hỗ trợ trong các trường hợp khẩn cấp, và kiểm tra thiết bị thẩm phân cũng như nguồn nước của bạn) Một số thuốc dùng cho chạy thận được chi trả theo Medicare Phần B. Để biết thông tin về phạm vi chi trả cho Thuốc Phần B, hãy xem **Thuốc Medicare Phần B** trong bảng này. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	**Trong mạng lưới:** Dịch vụ Giáo dục về Bệnh Thận Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chăm Sóc Chính – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa Dịch vụ Thẩm Phân Khoản đồng thanh toán **$0** – Trung tâm Thẩm Phân – Bệnh Viện Ngoại Trú Thiết bị y tế lâu bền Khoản đồng thanh toán **$0** – Nhà cung cấp Thiết bị y tế lâu bền
*** Chương trình thể dục SilverSneakers®** SilverSneakers® là chương trình thể dục dành cho người cao tuổi được bao gồm miễn phí với các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare đủ điều kiện. Các thành viên có quyền truy cập vào các địa điểm thể dục tham gia trên toàn quốc, có thể bao gồm tạ và máy tập cùng các lớp tập thể dục nhóm do huấn luyện viên được đào tạo hướng dẫn tại các địa điểm được chọn. Truy cập giáo	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0**

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
dục trực tuyến tại **SilverSneakers.com**, xem video bài tập trên SilverSneakers On-Demand™ hoặc tải xuống ứng dụng thể dục SilverSneakers GO™ để có thêm ý tưởng tập luyện. Chương trình cung cấp quyền lợi thể dục bao gồm quyền truy cập vào cấp thành viên chi phí thấp nhất tại các phòng gym và trung tâm thể dục tham gia trên toàn quốc, cũng như các lớp thể dục nhóm có huấn luyện viên trực tiếp được thiết kế dành cho người cao tuổi. Bất kỳ dịch vụ nào tại trung tâm thể dục thường có phí phụ thêm đều không được bao gồm trong tư cách thành viên của bạn.	
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng có chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên biệt, hãy xem Chương 12. Cơ sở điều dưỡng chuyên biệt đôi khi được gọi là SNF.) Bạn được bảo hiểm tối đa 100 ngày cần thiết về mặt y tế mỗi giai đoạn quyền lợi. Không yêu cầu phải nhập viện trước. Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở: • Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng tư nếu cần thiết về mặt y tế) • Bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng chuyên nghiệp • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và liệu pháp ngôn ngữ • Thuốc được dùng cho bạn như một phần trong kế hoạch chăm sóc của chúng tôi (bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.) • Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu đóng gói bắt đầu từ đơn vị máu đầu tiên bạn cần. • Vật tư y tế và phẫu thuật thường được cung cấp bởi các SNF • Xét nghiệm phòng thí nghiệm thường được cung cấp bởi các SNF • Chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác thường được cung cấp bởi các SNF • Sử dụng các thiết bị hỗ trợ như xe lăn thường được cung cấp bởi các SNF • Dịch vụ của Bác sĩ/Người hành nghề y Thông thường, bạn nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Trong một số điều kiện được liệt kê dưới đây, bạn có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận mức thanh toán của chương trình chúng tôi. • Một viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi bạn đang sinh sống ngay trước khi nhập viện (miễn là nơi đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên nghiệp) • Một SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn đang sinh sống tại thời điểm bạn xuất viện Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	Một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên khi bạn lần đầu tiên đăng ký tham gia chương trình Medicare Advantage, hoặc khi bạn đã được xuất viện khỏi dịch vụ chăm sóc chuyên nghiệp tại cơ sở điều dưỡng chuyên nghiệp trong **60 ngày liên tiếp**. Mỗi Giai đoạn Quyền lợi, bạn trả: **Trong Mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0** mỗi ngày, từ ngày 1 đến ngày 100 – Cơ sở Điều dưỡng Chuyên nghiệp

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
Cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá (tư vấn để ngừng hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá) Tư vấn cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá được chi trả cho bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nội trú đáp ứng các tiêu chí sau: • Sử dụng thuốc lá, bất kể họ có biểu hiện dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không • Có đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn • Được tư vấn bởi bác sĩ có đủ năng lực hoặc người hành nghề y khác được Medicare công nhận Chúng tôi chi trả 2 lần cai thuốc mỗi năm (mỗi lần cai có thể bao gồm tối đa 4 buổi trung gian hoặc chuyên sâu, với bệnh nhân được tham dự tối đa 8 buổi mỗi năm.)	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá được Medicare chi trả.
*** Chương trình cai thuốc lá** Ngoài 2 quyền lợi phòng ngừa cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá được Medicare chi trả, chúng tôi sẽ chi trả thêm một lần tư vấn cai thuốc bổ sung trong vòng 12 tháng như một dịch vụ miễn phí cho bạn. Lần tư vấn bổ sung này bao gồm tối đa bốn buổi gặp mặt trực tiếp. Dịch vụ này có thể được sử dụng cho các biện pháp phòng ngừa hoặc chẩn đoán bệnh liên quan đến thuốc lá.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0**
*** Quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính** **Quyền lợi Điện thoại di động Humana** Chương trình bảo hiểm này cung cấp Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người mắc Bệnh mạn tính (SSBCI). Để đủ điều kiện hưởng SSBCI, bạn phải đáp ứng **TẤT CẢ** các yêu cầu sau đây: 1. Được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều Tình Trạng Bệnh Mạn Tính Đủ Điều Kiện được liệt kê dưới đây. 2. Có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc các kết quả sức khỏe bất lợi nghiêm trọng khác. 3. Cần được phối hợp chăm sóc chuyên sâu. Các bệnh mạn tính đủ điều kiện: • Rối loạn tự miễn dịch • Ung thư • Rối loạn tim mạch • Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất khác • Các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây khuyết tật • Bệnh tiêu hóa mạn tính • Suy tim mạn tính • Tăng lipid máu mạn tính • Tăng huyết áp mạn tính • Bệnh thận mạn tính • Rối loạn phổi mạn tính • Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức • Các tình trạng có thách thức về chức năng • Chứng mất trí nhớ • Đái tháo đường • HIV/AIDS • Rối loạn thần kinh	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0**

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Sau ghép tạng • Rối loạn huyết học nghiêm trọng • Đột quỵ Humana có thể xác định xem bạn có tình trạng mạn tính đủ điều kiện hay không theo một hoặc nhiều cách sau: • **Yêu cầu Bồi thường Y tế:** Humana có hồ sơ yêu cầu bồi thường y tế bao gồm chẩn đoán về một hoặc nhiều Tình trạng Bệnh mạn tính Đủ điều kiện. Yêu cầu bồi thường y tế phải có ngày dịch vụ vào hoặc sau ngày 1/1/2022. **HOẶC** • **Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA):** Chỉ định trong Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA) rằng quý vị đã được chẩn đoán mắc ít nhất một trong các Bệnh Mạn Tính Đủ Điều Kiện. HRA phải được hoàn thành vào hoặc sau ngày 1/1/2022. HRA có thể được tìm thấy bằng cách thiết lập và đăng nhập vào tài khoản MyHumana của bạn. Sau khi Humana xác nhận rằng bạn đã đáp ứng yêu cầu về tình trạng bệnh mạn tính thông qua một trong các phương pháp trên, Humana sẽ xem xét hồ sơ thành viên của bạn để xác định xem bạn có đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện còn lại hay không. Đợt xem xét này sẽ xác định xem bạn có đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung thông qua Quyền lợi Điện thoại Di động Humana hay không. Bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin và hỗ trợ. Chương trình này cung cấp các SSBCI sau: **Quyền lợi Điện thoại di động Humana** Nếu bạn đủ điều kiện cho SSBCI, bạn **CÓ THỂ** đủ điều kiện nhận một điện thoại di động trong suốt cuộc đời với thoại, nhắn tin và dữ liệu không giới hạn mà không tốn thêm chi phí. Bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin và hỗ trợ. Sau khi chúng tôi xác định rằng bạn đủ điều kiện cho Quyền lợi Điện thoại Di động Humana, bạn phải đăng ký với Thrive Mobile để nhận điện thoại di động bằng cách gọi cho Thrive Mobile theo số 866-281-6372 (TTY: 711). Bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng Humana để xác minh tình trạng đủ điều kiện của bạn. Tất cả các điện thoại di động đều được cài sẵn các ứng dụng Humana sẵn sàng để bạn sử dụng. Chương trình không chịu trách nhiệm đối với điện thoại bị mất, hư hỏng hoặc bị đánh cắp. Nếu điện thoại cần được thay thế, bạn có thể nhận được thiết bị thay thế. Bạn sẽ chịu trách nhiệm về chi phí của thiết bị thay thế. Vui lòng gọi cho Thrive Mobile theo số 866-281-6372 (TTY: 711) để được hỗ trợ về thiết bị thay thế. **Quyền lợi Điện thoại Di động Humana là chương trình quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho các thành viên mắc các tình trạng bệnh mạn tính cụ thể, những người cần điều phối chăm sóc chuyên sâu và có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc gặp các kết quả sức khỏe bất lợi khác. Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm đái tháo đường, rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và khuyết tật, rối loạn phổi mạn tính hoặc suy tim mạn tính, cùng với một số tình trạng khác.*	

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
*** Quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mạn tính** **Trợ Cấp Lựa Chọn Lành Mạnh Humana®** **Không cần kê đơn (OTC)** Tất cả các thành viên đăng ký chương trình sẽ nhận được khoản trợ cấp hàng tháng **$250** được tự động nạp vào thẻ ghi nợ trả trước sử dụng có giới hạn để sử dụng tại các địa điểm bán lẻ tham gia nhằm mua các sản phẩm đủ điều kiện thuộc các danh mục không cần kê đơn (OTC) sau: • Thuốc cảm, cúm và dị ứng • Sản phẩm chăm sóc răng và nha khoa • Sản phẩm dạ dày và tiêu hóa • Vật dụng sơ cứu và dụng cụ y tế • Vật tư kiểm soát bàng quang • Máy trợ thính bạn có thể mua mà không cần đơn thuốc • Thuốc giảm đau • Sản phẩm chăm sóc da • Thuốc hỗ trợ giấc ngủ • Sản phẩm giúp bạn bỏ thuốc lá • Vitamin và thực phẩm bổ sung, và nhiều hơn nữa Nếu bạn đã có Thẻ Tài Khoản Chi Tiêu Humana từ chương trình hiện tại của bạn, vui lòng giữ lại thẻ đó vì khoản trợ cấp của bạn sẽ được nạp vào thẻ này. Thành viên mới sẽ nhận được thẻ qua đường bưu điện. Vui lòng bật, hay kích hoạt, thẻ của bạn ngay khi bạn nhận được. Sử dụng thẻ này để chi tiêu khoản trợ cấp của bạn. • Khoản trợ cấp của bạn được nạp vào thẻ vào ngày đầu tiên của mỗi tháng. • Nếu bạn không sử dụng hết số tiền của mình, số tiền còn lại sẽ được chuyển, hay còn gọi là cộng dồn, sang tháng tiếp theo. • Bất kỳ số tiền nào còn lại trên thẻ sẽ hết hạn vào cuối năm. Thẻ cũng có thể hết hạn sớm hơn nếu bạn rời khỏi chương trình này. • Chương trình của chúng tôi không chịu trách nhiệm nếu ai đó sử dụng khoản trợ cấp của bạn mà không được phép vì thẻ của bạn bị mất hoặc bị đánh cắp. • Hãy giữ thẻ này ở nơi an toàn, giống như cách bạn giữ bất kỳ thẻ ghi nợ nào. • Hãy giữ thẻ này ngay cả sau khi bạn đã tiêu hết tiền. Có thể sẽ được thêm tiền vào sau nếu bạn tiếp tục tham gia chương trình. • Có thể áp dụng các giới hạn và hạn chế. Bạn có thể sử dụng ứng dụng di động MyHumana® miễn phí để tìm cửa hàng hoặc kiểm tra số dư của mình. Ứng dụng có sẵn trên App Store® và Google Play®. Bạn cũng có thể truy cập MyHumana.com hoặc xem mặt sau của thẻ tài khoản chi tiêu để biết thêm thông tin. **Ngoài ra**, chương trình này cung cấp Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người mắc Bệnh mạn tính (SSBCI). Để đủ điều kiện hưởng SSBCI, bạn phải đáp ứng **TẤT CẢ** các yêu cầu sau: 1. Được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều Bệnh mạn tính đủ điều kiện được liệt kê dưới đây. 2. Có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc các kết quả sức khỏe bất lợi nghiêm	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nào để tham gia.

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả

trọng khác.
3. Cần được phối hợp chăm sóc chuyên sâu.

Các bệnh mạn tính đủ điều kiện:
- Rối loạn tự miễn dịch
- Ung thư
- Rối loạn tim mạch
- Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất khác
- Các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây khuyết tật
- Bệnh tiêu hóa mạn tính
- Suy tim mạn tính
- Tăng lipid máu mạn tính
- Tăng huyết áp mạn tính
- Bệnh thận mạn tính
- Rối loạn phổi mạn tính
- Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức
- Các tình trạng có thách thức về chức năng
- Chứng mất trí nhớ
- Đái tháo đường
- HIV/AIDS
- Rối loạn thần kinh
- Sau ghép tạng
- Rối loạn huyết học nghiêm trọng
- Đột quỵ

Humana có thể xác định xem bạn có tình trạng mạn tính đủ điều kiện hay không theo một hoặc nhiều cách sau:
- **Yêu cầu Bồi thường Y tế:** Humana có hồ sơ yêu cầu bồi thường y tế bao gồm chẩn đoán về một hoặc nhiều Tình trạng Bệnh mạn tính Đủ điều kiện. Yêu cầu bồi thường y tế phải có ngày dịch vụ vào hoặc sau ngày 1/1/2022.

HOẶC

- **Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA):** Chỉ định trong Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA) rằng quý vị đã được chẩn đoán mắc ít nhất một trong các Bệnh Mạn Tính Đủ Điều Kiện. HRA phải được hoàn thành vào hoặc sau ngày 1/1/2022. HRA có thể được tìm thấy bằng cách thiết lập và đăng nhập vào tài khoản MyHumana của bạn.

Sau khi Humana xác nhận rằng bạn đã đáp ứng yêu cầu về tình trạng bệnh mạn tính thông qua một trong các phương pháp trên, Humana sẽ xem xét hồ sơ thành viên của bạn để xác định xem bạn có đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện còn lại hay không. Đợt xem xét này sẽ xác định xem bạn có đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung thông qua Trợ Cấp Lựa Chọn Lành Mạnh Humana® hay không.

Bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin và hỗ trợ. Chương trình này cung cấp các SSBCI sau:
Trợ Cấp Lựa Chọn Lành Mạnh Humana®

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
Nếu bạn đủ điều kiện nhận SSBCI này, bạn có thể mua các sản phẩm <u>đủ điều kiện</u> tại các địa điểm bán lẻ tham gia bằng cùng một khoản tiền, với cùng một thẻ, chẳng hạn như: • Thực phẩm (rau củ, trái cây, bánh mì, thịt, sữa, v.v.) • Các sản phẩm chăm sóc cá nhân (kem đánh răng, dầu gội, xà phòng tắm, khử mùi, v.v.) • Đồ dùng gia đình (giấy vệ sinh, khăn giấy, chất tẩy rửa phòng tắm, bột giặt, v.v.) • Thiết bị hỗ trợ trong nhà (thanh vịn, chỗ ngồi bồn cầu nâng cao, dụng cụ với tầm xa, v.v.) • Vật dụng cho thú cưng (thức ăn thú cưng, cát vệ sinh, dầu gội trị bọ chét, v.v.; <u>không bao gồm</u> dịch vụ chải lông, hóa đơn thú y và đơn thuốc cho thú cưng) Khoản trợ cấp này có thể được sử dụng để thanh toán cho các dịch vụ được phê duyệt **nếu nhà cung cấp dịch vụ có thể xử lý thanh toán,** chẳng hạn như: • Chi phí sinh hoạt hàng tháng (tiền thuê nhà/thế chấp, tiện ích, điện thoại, internet, v.v.) • Chi phí đi lại không liên quan đến y tế (phương tiện giao thông công cộng, taxi, Uber, Lyft, v.v.) • Dịch vụ ứng phó khẩn cấp cá nhân thông qua nhà cung cấp được chấp thuận của chương trình • Dịch vụ kiểm soát dịch hại • Dịch vụ chăm sóc bạn đồng hành thông qua nhà cung cấp được chấp thuận của chương trình • Dịch vụ thiết bị cải thiện chất lượng không khí trong nhà Sự tham gia của người bán có thể thay đổi và không đảm bảo việc chấp nhận thẻ tài khoản chi tiêu. Một số công ty cho thuê nhà và tiện ích có thể không chấp nhận hình thức thanh toán này. *Khoản trợ cấp chi tiêu này là chương trình quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho các thành viên có tình trạng bệnh mạn tính cụ thể cần được phối hợp chăm sóc chuyên sâu và có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc có các kết quả sức khỏe bất lợi khác. Các tình trạng đủ điều kiện bao gồm đái tháo đường, rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và khuyết tật, rối loạn phổi mạn tính hoặc suy tim mạn tính, cùng với một số tình trạng khác. Một số chương trình bảo hiểm yêu cầu ít nhất hai bệnh lý. Nếu bạn sử dụng chương trình này để trả tiền thuê hoặc hóa đơn tiện ích, Bộ Gia cư và Phát triển Đô thị Hoa Kỳ (Housing and Urban Development, HUD) sẽ tính đó là thu nhập khi bạn xin hỗ trợ. Liên hệ văn phòng HUD địa phương của bạn nếu có câu hỏi.	
Liệu pháp Tập thể dục có Giám sát (SET) SET được chi trả cho các thành viên bị bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD). Tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần được chi trả nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET. Chương trình SET phải: • Bao gồm các buổi kéo dài 30-60 phút, bao gồm chương trình tập luyện trị liệu cho PAD ở bệnh nhân bị đau cách hồi	**<u>Trong mạng lưới:</u>** Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa – Bệnh Viện Ngoại Trú

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
• Được thực hiện tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc phòng khám của bác sĩ • Được thực hiện bởi nhân viên hỗ trợ có chuyên môn cần thiết để đảm bảo lợi ích vượt trội hơn rủi ro, và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Được thực hiện dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA), hoặc y tá hành nghề (NP)/chuyên viên y tá lâm sàng (CNS), những người phải được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ sự sống cơ bản và nâng cao SET có thể được chi trả vượt quá 36 buổi trong 12 tuần cho thêm 36 buổi trong khoảng thời gian kéo dài nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác định là cần thiết về mặt y tế. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	
*** Vận chuyển** Bạn được chi trả cho 24 chuyến đi một chiều, không khẩn cấp đến các địa điểm được chương trình chấp thuận trong khu vực dịch vụ của chương trình mỗi năm dương lịch. Khoảng cách di chuyển tối đa được phép là 50 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều. Các địa điểm được chương trình chấp thuận bao gồm các cơ sở y tế, phòng khám y tế và nha khoa, nhà thuốc và trung tâm thể dục. Các thành viên phải đặt lịch chuyến đi với nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển trong mạng lưới ít nhất 3 ngày làm việc trước cuộc hẹn của họ. Một số chuyến đi có thể yêu cầu phê duyệt trước. Nếu bạn sử dụng xe lăn, có bất kỳ nhu cầu đặc biệt nào khác, hoặc muốn đem theo tối đa 1 người đồng hành trong chuyến đi, vui lòng thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ khi bạn đặt lịch chuyến đi. Bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin về các địa điểm được chương trình chấp thuận, các nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển trong mạng lưới, và các yêu cầu phê duyệt trước. Nếu bạn muốn đặt lịch chuyến đi, Bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ xác nhận quyền lợi của bạn và hướng dẫn bạn đến nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển để lên chương trình cho chuyến đi của bạn.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0**
Vận Chuyển Y Tế Không Khẩn Cấp theo Tính Linh Hoạt Đồng Nhất Nếu bạn được chẩn đoán mắc bất kỳ bệnh mạn tính nào được xác định dưới đây, bạn đủ điều kiện nhận quyền lợi Vận chuyển Y tế Không Khẩn cấp theo Tính linh hoạt Đồng nhất. • Ung thư • Bệnh thận mạn tính (CKD) • Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) Nếu đủ điều kiện, bạn được bảo hiểm cho các chuyến đi một chiều không giới hạn, không khẩn cấp đến các địa điểm được chương trình chấp thuận trong khu vực dịch vụ của chương trình mỗi năm dương lịch. Khoảng cách di chuyển tối đa được phép là 50 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều. Các địa điểm được chương trình chấp thuận bao gồm các cơ sở y tế, phòng khám y tế và nha khoa, nhà thuốc và trung tâm thể dục.	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0**

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
Các thành viên phải đặt lịch chuyến đi với nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển trong mạng lưới ít nhất 3 ngày làm việc trước cuộc hẹn của họ. Một số chuyến đi có thể yêu cầu phê duyệt trước. Nếu bạn sử dụng xe lăn, có bất kỳ nhu cầu đặc biệt nào khác, hoặc muốn đem theo tối đa 1 người đồng hành trong chuyến đi, vui lòng thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ khi bạn đặt lịch chuyến đi. Bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin về các địa điểm được chương trình chấp thuận, các nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển trong mạng lưới, và các yêu cầu phê duyệt trước. Nếu bạn muốn đặt lịch chuyến đi, Bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ xác nhận quyền lợi của bạn và hướng dẫn bạn đến nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển để lên chương trình cho chuyến đi của bạn.	
Dịch vụ cần thiết khẩn cấp Một dịch vụ được chương trình chi trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là trường hợp khẩn cấp là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu bạn đang tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, hoặc, ngay cả khi bạn đang ở trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của bạn. Chương trình của chúng tôi phải chi trả các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới đối với bạn. Ví dụ về dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh tật và chấn thương y tế không lường trước được, hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện có. Các lần khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hằng năm) không được coi là khẩn cấp ngay cả khi bạn đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không có sẵn. Bạn được bảo hiểm cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp trên toàn thế giới. Nếu bạn có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp khi ở ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ, bạn sẽ có trách nhiệm thanh toán trước cho các dịch vụ được cung cấp. Bạn phải nộp bằng chứng thanh toán cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được hoàn trả. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 7. Chúng tôi có thể không hoàn tiền cho bạn đối với tất cả các chi phí tự trả. Điều này là do mức giá hợp đồng của chúng tôi có thể thấp hơn mức giá của nhà cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Bạn chịu trách nhiệm cho bất kỳ chi phí nào vượt quá mức giá hợp đồng của chúng tôi cũng như bất kỳ khoản chia sẻ chi phí thành viên nào áp dụng. Xem **Dịch vụ của bác sĩ/người hành nghề y, bao gồm các lần khám tại phòng khám bác sĩ** để biết thêm thông tin về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp tại phòng khám bác sĩ.	**Trong mạng lưới:** Dịch vụ cần thiết khẩn cấp Khoản đồng thanh toán **$0** – Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp **Ngoài Mạng Lưới:** Phạm vi bảo hiểm toàn thế giới **$0** hoặc **20%** đồng bảo hiểm – Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp
Chương Trình Phục Hồi Tim Mạch Trực Tuyến (Quyền Lợi Linh Hoạt Đồng Nhất) **Điều kiện và Mô tả** Các thành viên đủ điều kiện phải đã được nhập viện nội trú hoặc theo dõi trong vòng 30 ngày qua có liên quan đến chẩn đoán suy tim, dựa trên tiêu chí mã hóa ICD-10 do chương trình quy định. Các thành viên cũng phải đáp ứng một trong các điều kiện sau: (a) suy tim với phân suất tống máu giảm (HFrEF) hoặc	**Trong mạng lưới:** Khoản đồng thanh toán **$0**

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
(b) suy tim với ít nhất một tình trạng bổ sung (tăng huyết áp có biến chứng, viêm phổi không bao gồm lao, hoặc các dấu hiệu và triệu chứng hô hấp). Các tình trạng bổ sung phải đang hoạt động trong cùng khoảng thời gian xem xét. Trong trường hợp phân suất tống máu không có sẵn trực tiếp, các tiêu chí đại diện được xác nhận lâm sàng sẽ được sử dụng. Tất cả các thành viên đủ điều kiện đều nhận được quyền tiếp cận như nhau. **Mô tả Quyền lợi** Chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc phối hợp thông qua tập luyện có giám sát, theo dõi dinh dưỡng và dùng thuốc, và đánh giá chức năng thông qua các kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa được thực hiện qua hình thức sức khỏe từ xa. Bao gồm tối đa 36 buổi mỗi giai đoạn sau khi nhập viện đủ điều kiện với khoản đồng thanh toán $0. Có thể bao gồm theo dõi từ xa, huấn luyện hành vi, giáo dục và các buổi khám với nhà cung cấp dịch vụ. Quyền lợi này bổ sung, và không thay thế, chương trình phục hồi tim mạch được Medicare chi trả. **Phạm vi và Giới hạn** • Các dịch vụ phải cần thiết về mặt y tế và liên quan đến tình trạng đủ điều kiện. • Một đợt cho mỗi lần nhập viện đủ điều kiện; mỗi lần nhập viện có thể kích hoạt một đợt mới nếu các tiêu chí được đáp ứng. • Có thể cần ủy quyền trước dựa trên xác nhận đủ điều kiện và sự cần thiết về mặt y tế. • Các dịch vụ phải được cung cấp bởi các nhà cung cấp được chấp thuận bởi chương trình. **Xác định Phạm vi Bảo hiểm và Kháng cáo** Các yêu cầu được xử lý như các quyết định của tổ chức Medicare Advantage. Các thành viên có thể yêu cầu quyết định về phạm vi bảo hiểm và nộp đơn kháng cáo.	
Chăm sóc thị lực Các dịch vụ được chi trả bao gồm: • Dịch vụ của bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chấn thương về mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. Original Medicare không chi trả cho các cuộc khám mắt định kỳ (kiểm tra khúc xạ mắt) để đeo kính mắt/kính áp tròng • Đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi chi trả một lần sàng lọc tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên • Đối với người mắc bệnh tiểu đường, sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường được chi trả mỗi năm một lần • Một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể có kèm theo đặt thủy tinh thể nhân tạo nội nhãn. Nếu bạn thực hiện 2 ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, bạn không thể để dành quyền lợi sau ca phẫu thuật đầu tiên và mua 2 cặp kính mắt sau ca phẫu thuật thứ hai	**Trong mạng lưới:** Dịch vụ Thị lực được Medicare Chi trả Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa Sàng lọc Tăng nhãn áp Khoản đồng thanh toán **$0** – Văn Phòng Bác Sĩ Chuyên Khoa Khám Mắt do Tiểu đường Khoản đồng thanh toán **$0** – Tất cả các Địa điểm Điều trị

Dịch vụ được bảo hiểm	Số tiền bạn phải trả
Kính mắt được chi trả sau phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm gọng kính và tròng kính tiêu chuẩn theo quy định của Medicare; mọi nâng cấp đều không được chi trả (bao gồm, nhưng không giới hạn ở, gọng kính cao cấp, tráng màu, tròng kính lũy tiến hoặc tráng chống phản chiếu). Ngoài ra, chúng tôi chi trả **Quyền Lợi Thị Lực Bổ Sung Bắt Buộc**, bao gồm khám mắt định kỳ và khoản trợ cấp mua kính. (Dịch vụ phòng ngừa) chỉ áp dụng cho Sàng lọc Tăng nhãn áp. Chương trình của chúng tôi yêu cầu phê duyệt trước đối với một số hạng mục và dịch vụ nhất định. Liên kết sau đây sẽ đưa bạn đến danh sách các hạng mục và dịch vụ có thể phải chịu phê duyệt trước: **Humana.com/PAL**.	Kính mắt (sau phẫu thuật đục thủy tinh thể) Khoản đồng thanh toán **$0** – Tất cả Cơ sở Điều trị **Quyền lợi Thị lực Bổ sung Bắt buộc** *Bạn được chi trả cho Bắt buộc Quyền lợi Thị lực Bổ sung. Xem phần mô tả **Quyền lợi Thị lực Bổ sung Bắt buộc** ở cuối bảng này để biết chi tiết. **Xin lưu ý:** mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ cho quyền lợi thị lực bổ sung của bạn có thể khác với mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ cho quyền lợi thị lực Original Medicare được liệt kê ở trên.
Chuyến thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare Chương trình của chúng tôi chi trả cho chuyến thăm phòng ngừa *Chào mừng đến với Medicare* một lần duy nhất. Chuyến thăm bao gồm việc xem xét sức khỏe của bạn, cũng như hướng dẫn và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa bạn cần (bao gồm một số xét nghiệm sàng lọc và tiêm chủng (hoặc vắc-xin)), và giới thiệu đến các dịch vụ chăm sóc khác nếu cần. **Quan trọng:** Chúng tôi chỉ bảo hiểm lần khám phòng ngừa Welcome to Medicare trong vòng 12 tháng đầu tiên bạn có Medicare Phần B. Khi đặt lịch hẹn, hãy cho biết với văn phòng bác sĩ rằng bạn muốn đặt lịch lần khám phòng ngừa Welcome to Medicare của mình.	**Trong mạng lưới:** Không có đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho chuyến thăm phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare.

Quyền lợi Nha khoa Bổ sung Bắt buộc DEN288

Mô tả Phạm vi Bảo hiểm
Bạn có thể nhận các dịch vụ nha khoa thông thường không được Medicare bảo hiểm sau đây:

Tổng quan về Chương trình

- **Mức Tối Đa Hằng Năm: $2,500**
- **Khoản khấu trừ: $0**

Thông tin Chương trình

Thông tin sau đây bao gồm các thông tin quan trọng về giới hạn quyền lợi và chi tiết chi phí đối với các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới. Thông tin thêm về chương trình bảo hiểm của bạn được trình bày bên dưới phần chi tiết bảo hiểm.

Nhà cung cấp trong mạng lưới

- Quyền lợi Nha khoa Bổ sung Bắt buộc được cung cấp thông qua Mạng lưới Medicare HumanaDental. Công cụ tìm kiếm nhà cung cấp cho mạng lưới toàn quốc của chúng tôi có thể được tìm thấy tại **Humana.com/FindCare**.
- Các nha sĩ trong mạng lưới đã đồng ý cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm theo mức phí hợp đồng (theo bảng phí trong mạng lưới, hay INFS).
- Nếu thành viên đến gặp nha sĩ trong mạng lưới tham gia, thành viên đó không thể bị tính phí vượt quá bảng phí đã thương lượng (nhưng khoản thanh toán đồng bảo hiểm áp dụng vẫn còn hiệu lực).

Mô tả quyền lợi	Chi phí bạn trả trong mạng lưới	Chi phí bạn trả ngoài mạng lưới
Dịch vụ Phòng ngừa		
Khám Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Khám răng miệng định kỳ – D0120	**0%**	**100%**
Khám Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Khám chẩn đoán khẩn cấp – D0140	**0%**	**100%**
Vệ sinh răng miệng (Làm sạch) Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Vệ sinh răng miệng (làm sạch) – D1110	**0%**	**100%**
X-quang cánh cắn Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Chụp X-quang cánh cắn – D0270, D0272, D0273, D0274	**0%**	**100%**
X-quang nội khẩu (bên trong miệng) Tần suất/Giới hạn – 6 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Chụp X-quang quanh chóp – D0220, D0230	**0%**	**100%**
X-quang Toàn Hàm hoặc Toàn Cảnh Tần Suất/Giới Hạn – 1 mã thủ thuật mỗi 5 năm dương lịch		
Chụp X-quang toàn bộ – D0210	**0%**	**100%**
Phim toàn cảnh – D0330	**0%**	**100%**
Dịch vụ Chẩn đoán Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi 3 năm dương lịch		
Khám nha chu – D0180	**0%**	**100%**
Khám toàn diện – D0150	**0%**	**100%**
Dịch Vụ Toàn Diện		
Bảo trì Nha chu Tần suất/Giới hạn – 4 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Bảo trì nha chu sau điều trị nha chu – D4910	**0%**	**100%**

Mô tả quyền lợi	Chi phí bạn trả trong mạng lưới	Chi phí bạn trả ngoài mạng lưới
Phục Hồi Răng (Trám Răng) – **Amalgam và/hoặc Composite** Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi răng mỗi mặt răng mỗi 2 năm dương lịch		
Amalgam (bạc) – răng sữa hoặc răng vĩnh viễn – D2140, D2150, D2160, D2161	**0%**	**100%**
Composite nhựa (trắng) – răng trước (mặt trước) hoặc răng sau (mặt sau) – D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394	**0%**	**100%**
Nhổ Răng Tần Suất/Giới Hạn – 1 mã thủ thuật mỗi răng trong suốt cuộc đời		
Nhổ răng đã mọc hoặc chân răng lộ ra – D7140, D7210	**0%**	**100%**
Nhổ răng ngầm – D7220, D7230, D7240	**0%**	**100%**
Phẫu thuật lấy chân răng còn sót lại – D7250	**0%**	**100%**
Phục Hồi (Các Dịch Vụ Khác) – Đắp Lõi hoặc Chốt và Lõi Đúc Sẵn Tần Suất/Giới Hạn – 1 mã thủ thuật mỗi răng mỗi 5 năm		
Xây dựng lõi răng – D2950	**0%**	**100%**
Chốt và lõi đúc sẵn – D2952, D2953, D2954, D2957	**0%**	**100%**
Lấy Cao Răng – Viêm Toàn Diện Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Cạo vôi – viêm nướu vừa hoặc nặng - D4346	**0%**	**100%**
Lấy Cao Răng và Xử Lý Bề Mặt Chân Răng Tần Suất/Giới Hạn – 1 mã thủ thuật mỗi 3 năm dương lịch, mỗi góc phần tư hàm		
Cạo vôi nha chu và làm phẳng chân răng – D4341, D4342	**0%**	**100%**
Các Dịch Vụ Nội Nha Tần Suất/Giới Hạn – 1 mã thủ thuật mỗi răng trong suốt cuộc đời		
Điều trị tủy răng – D3310, D3320, D3330	**0%**	**100%**
Điều Trị Lại Nội Nha Tần Suất/Giới Hạn – 1 mã thủ thuật mỗi răng trong suốt cuộc đời		
Điều trị lại tủy răng đã được điều trị trước đó – D3346, D3347, D3348	**0%**	**100%**
Mão Răng Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi răng mỗi 5 năm dương lịch		
Mão răng (không phải mão răng giữ) – D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794	**0%**	**100%**
Inlay phủ đỉnh múi – D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2662, D2663, D2664	**0%**	**100%**
Gắn Lại Mão Răng Tần Suất/Giới Hạn – 1 mã thủ thuật mỗi 2 năm dương lịch		
Gắn lại inlay, inlay phủ đỉnh múi hoặc phục hồi che phủ một phần – D2910	**0%**	**100%**
Gắn lại trụ và lõi được chế tác gián tiếp hoặc được chế tạo sẵn – D2915	**0%**	**100%**

Mô tả quyền lợi	Chi phí bạn trả trong mạng lưới	Chi phí bạn trả ngoài mạng lưới
Gắn lại mão răng – D2920	**0%**	**100%**
Hàm Giả Toàn Phần Tần Suất/Giới Hạn – 1 hàm giả toàn phần trên và dưới hoặc 1 hàm giả tức thì trên và dưới mỗi 5 năm dương lịch, bao gồm chăm sóc theo thường lệ sau khi lắp hàm		
Hàm giả toàn phần – hàm trên (maxillary) hoặc hàm dưới (mandibular) – D5110, D5120	**0%**	**100%**
Hàm giả tức thì – hàm trên (maxillary) hoặc hàm dưới (mandibular) – D5130, D5140	**0%**	**100%**
Hàm Giả Tháo Lắp Từng Phần (bao gồm chăm sóc định kỳ sau khi lắp) Tần suất/Giới hạn – 1 hàm giả từng phần trên và dưới mỗi 5 năm dương lịch		
Hàm giả từng phần – nhựa hoặc kim loại, hàm trên (maxillary) hoặc hàm dưới (mandibular) – D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227, D5228	**0%**	**100%**
Hàm giả một phần một bên – D5282, D5283	**0%**	**100%**
Hàm giả một phần một bên có thể tháo lắp theo góc phần tư - D5284, D5286	**0%**	**100%**
Điều Chỉnh Hàm Giả (không được bảo hiểm nếu trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Điều chỉnh hàm giả toàn bộ – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5410, D5411	**0%**	**100%**
Điều chỉnh hàm giả một phần – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5421, D5422	**0%**	**100%**
Lót lại hàm giả (không áp dụng cho hàm giả dự phòng hoặc trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Lót lại hàm giả toàn bộ – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5730, D5731, D5750, D5751	**0%**	**100%**
Lót lại hàm giả một phần – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5740, D5741, D5760, D5761	**0%**	**100%**
Sửa chữa hàm giả – Nền và Khung (không được bảo hiểm nếu trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật hàm trên và 1 mã thủ thuật hàm dưới mỗi năm dương lịch		
Sửa chữa nền hàm giả toàn bộ – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5511, D5512	**0%**	**100%**
Sửa chữa nền hàm giả tháo lắp một phần – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5611, D5612	**0%**	**100%**
Sửa chữa khung hàm giả tháo lắp một phần – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5621, D5622	**0%**	**100%**
Thay thế toàn bộ răng/acrylic – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5670, D5671	**0%**	**100%**

Mô tả quyền lợi	Chi phí bạn trả trong mạng lưới	Chi phí bạn trả ngoài mạng lưới
Sửa Chữa Hàm Giả – Răng Gãy (không được bảo hiểm nếu trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi răng mỗi năm dương lịch		
Thay thế răng bị mất hoặc gãy – hàm giả toàn phần – mỗi răng – D5520	**0%**	**100%**
Thay thế toàn bộ răng trên hàm giả toàn phần – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5521, D5522	**0%**	**100%**
Sửa chữa hoặc thay thế vật liệu lưu giữ/móc bị gãy – mỗi răng – D5630	**0%**	**100%**
Thay thế răng bị mất hoặc gãy – hàm giả tháo lắp một phần – mỗi răng – D5640	**0%**	**100%**
Sửa Chữa Hàm Giả – Bổ Sung (không được bảo hiểm nếu trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi răng mỗi 5 năm dương lịch		
Thêm răng hoặc móc vào hàm giả tháo lắp một phần hiện có – mỗi răng – D5650, D5660	**0%**	**100%**
Làm Lại Nền Hàm Giả (không được bảo hiểm nếu trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Tái nền hàm giả toàn phần – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5710, D5711	**0%**	**100%**
Tái nền hàm giả một phần – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5720, D5721	**0%**	**100%**
Phẫu Thuật Răng Miệng Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Phẫu thuật miệng - D7284, D7285, D7286, D7287, D7288, D7310, D7311, D7320, D7321, D7450, D7451, D7509, D7510, D7961, D7962, D7963	**0%**	**100%**
Điều Hòa Mô (không được bảo hiểm nếu trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Điều hòa mô – hàm trên (trên) hoặc hàm dưới (dưới) – D5850, D5851	**0%**	**100%**
Điều Chỉnh Khớp Cắn (không được bảo hiểm nếu trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp ban đầu) Tần suất/Giới hạn – 1 mã thủ thuật mỗi 3 năm dương lịch		
Điều chỉnh khớp cắn – giới hạn – D9951	**0%**	**100%**
Kiểm Soát Đau Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch		
Điều trị giảm đau răng tạm thời – D9110	**0%**	**100%**
Gây Tê – Tăng Dần Tần suất/Giới hạn – Theo nhu cầu với các mã được bảo hiểm mỗi năm dương lịch (kết hợp với các thủ thuật phức tạp và/hoặc toàn diện, tùy theo giới hạn và loại trừ của chương trình, tùy theo xem xét lâm sàng)		
Thực hiện gây mê sâu/gây mê toàn thân – D9223	**0%**	**100%**
Thực hiện an thần vừa phải – D9243, D9247	**0%**	**100%**

Mô tả quyền lợi	Chi phí bạn trả trong mạng lưới	Chi phí bạn trả ngoài mạng lưới
Gây Mê – Toàn Thân Tần suất/Giới hạn – 2 mã thủ thuật mỗi năm dương lịch (kết hợp với các thủ thuật phức tạp và/hoặc toàn diện, tùy theo giới hạn và loại trừ của chương trình, tùy theo xem xét lâm sàng)		
Quản lý gây mê sâu/gây mê toàn thân – D9222	**0%**	**100%**
Quản lý an thần vừa phải – D9239, D9246	**0%**	**100%**
Gây Tê – Nitơ oxit/Giảm Đau Tần suất/Giới hạn – 1 đơn vị mỗi lần khám, chỉ được bảo hiểm nếu thủ thuật chính được bảo hiểm (kết hợp với các thủ thuật phức tạp và/hoặc toàn diện, tùy theo giới hạn và loại trừ của chương trình, tùy theo xem xét lâm sàng)		
Quản lý Nitơ oxit – D9230	**0%**	**100%**

Giới hạn Quyền lợi

- Có thể áp dụng các giới hạn và điều khoản loại trừ.
- Các yêu cầu bồi thường đã nộp sẽ được xem xét, có thể bao gồm đánh giá lâm sàng và lịch sử nha khoa để phê duyệt bảo hiểm.
- Quyền lợi nha khoa theo chương trình này có thể không bao gồm tất cả các mã thủ thuật ADA. Bất kỳ dịch vụ nào được nhận mà không có trong danh sách sẽ không được chương trình chi trả và sẽ thuộc trách nhiệm của thành viên.
- Thành viên chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ khoản nào vượt quá mức quyền lợi bảo hiểm tối đa hằng năm.
- Quyền lợi được cung cấp trên cơ sở năm dương lịch. Bất kỳ khoản nào chưa sử dụng vào cuối năm sẽ hết hạn. Thông tin về từng chương trình có tại **Humana.com/sb**.

Ước tính chi phí nha khoa

Nếu dịch vụ chăm sóc nha khoa bạn cần dự kiến vượt quá **$300**, chúng tôi khuyên bạn hoặc nha sĩ của bạn gửi kế hoạch điều trị nha khoa để chúng tôi xem xét trước, để chúng tôi có thể cung cấp cho bạn ước tính chi phí dịch vụ. Kế hoạch điều trị trước nên bao gồm:

1. Danh sách các dịch vụ bạn sẽ nhận, sử dụng thuật ngữ và mã của Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ.
2. Mô tả bằng văn bản của nha sĩ về phương pháp điều trị được đề xuất.
3. Phim X-quang thể hiện nhu cầu nha khoa của bạn.
4. Chi phí chi tiết của phương pháp điều trị được đề xuất.
5. Bất kỳ tài liệu chẩn đoán nào khác mà chúng tôi yêu cầu.

Cách tính toán các khoản thanh toán

Đối với các dịch vụ nha khoa được bảo hiểm, chúng tôi sẽ thanh toán như sau:

- Chúng tôi sẽ xác định tổng chi phí được bảo hiểm.
- Chúng tôi sẽ xem xét chi phí được bảo hiểm so với mức quyền lợi tối đa được phép.
- Chúng tôi sẽ thanh toán phần chi phí còn lại cho bạn hoặc nha sĩ của bạn, sau khi trừ đi bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào bạn phải trả (thủ thuật bạn đã nhận có thể yêu cầu bạn thanh toán một tỷ lệ phần trăm của chi phí).

Định nghĩa ngày dịch vụ

Đối với mục đích thanh toán yêu cầu nha khoa, "Ngày Dịch Vụ" (DOS) được định nghĩa như sau:

- Ngày răng được chuẩn bị cho cầu răng cố định, mão răng, miếng trám inlay hoặc onlay
- Ngày lấy dấu hoặc quét kỹ thuật số để làm răng giả toàn hàm hoặc một phần hàm
- Ngày lấy dấu hoặc quét kỹ thuật số của trụ cấy ghép/implant để làm mão răng trên implant
- Ngày buồng tủy của một chiếc răng được mở để điều trị tủy răng
- Ngày phẫu thuật nha chu được thực hiện
- Ngày dịch vụ được thực hiện đối với các dịch vụ không được liệt kê ở trên

Các lựa chọn điều trị

- Đối với các tình trạng răng miệng có từ hai phương pháp điều trị trở lên, Humana sẽ chi trả cho phương pháp điều trị có chi phí thấp nhất, miễn là phương pháp đó được chứng minh là mang lại kết quả đạt yêu cầu.

- Nếu bạn chọn nhận phương pháp điều trị có chi phí cao hơn, bạn sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch.

Quyền lợi thính lực bổ sung bắt buộc HER101

Mô tả Phạm vi Bảo hiểm

Để sử dụng quyền lợi của bạn, bạn phải gọi cho NationsHearing theo số 888-742-8063 để đặt lịch hẹn.

Mô tả quyền lợi	Trong Mạng lưới Bạn Trả
Kiểm tra thính lực định kỳ (1 lần mỗi năm)	**$0**
Tối đa 2 máy trợ thính theo toa mỗi năm (1 chiếc mỗi tai mỗi năm). Quyền lợi trong mạng lưới được giới hạn ở máy trợ thính theo toa Cấp độ 2 của NationsHearing, có nhiều thương hiệu và tùy chọn khác nhau. Một số máy trợ thính theo toa Cấp độ 2 được cung cấp với các tùy chọn kiểu dáng có thể sạc lại. **Để sử dụng quyền lợi trong mạng lưới của bạn, bạn phải gọi cho NationsHearing theo số 888-742-8063 (TTY: 711) để đặt lịch hẹn.** Việc mua máy trợ thính trong mạng lưới bao gồm: – 1 cuộc hẹn lắp đặt trong năm đầu tiên sau khi mua máy trợ thính với nhà cung cấp ban đầu – 3 lần khám theo dõi với nhà cung cấp trong năm đầu tiên sau khi mua máy trợ thính với nhà cung cấp ban đầu – Thời gian dùng thử 60 ngày – Bảo hành mở rộng 3 năm – Pin dùng trong 3 năm cho mỗi máy không sạc điện được (tối đa 60 viên pin mỗi tai mỗi năm) Quyền lợi không bao gồm hoặc không chi trả cho bất kỳ điều nào sau đây: – Máy trợ thính OTC – Phụ kiện máy trợ thính – Các lần khám bổ sung với nhà cung cấp – Pin bổ sung (hoặc pin khi mua máy trợ thính có thể sạc điện) – Chi phí liên quan đến các khiếu nại bảo hành mất mát & hư hỏng	**$0** mỗi Thiết bị trợ thính Cấp 2

Mô tả quyền lợi	Trong Mạng lưới Bạn Trả
Chi phí liên quan đến các mục bị loại trừ là trách nhiệm của thành viên và không được chương trình chi trả.	

Các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ được thanh toán cho các quyền lợi bổ sung không được tính vào số tiền tự trả tối đa của bạn.

Các quyền lợi này được cung cấp trên cơ sở năm dương lịch. Bất kỳ khoản nào chưa sử dụng vào cuối năm sẽ hết hạn.

Quyền lợi thị lực bổ sung bắt buộc VIS735

Mô tả Phạm vi Bảo hiểm
Quyền lợi thị lực thông qua Mạng lưới Humana Medicare Insight
Bạn có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc thị lực thông thường không được Medicare chi trả sau đây:

Mô tả quyền lợi	Chi phí bạn trả trong mạng lưới
• Khám mắt định kỳ bao gồm kiểm tra khúc xạ (1 lần mỗi năm dương lịch) bởi một nhà cung cấp quang học thuộc **Mạng lưới Humana Medicare Insight**	**$0***
HOẶC • Khám khúc xạ (1 lần mỗi năm dương lịch), thay vì khám mắt định kỳ, khi được thực hiện trong cùng một lần hẹn khám với cuộc khám mắt toàn diện được Medicare bảo hiểm bởi nhà cung cấp quang học y tế trong mạng lưới của Humana.	**HOẶC** **$0** cho khám khúc xạ ngoài khoản chia sẻ chi phí cho Chuyên gia Y tế đối với cuộc khám y tế
• Quyền lợi Kính mắt (1 lần mỗi năm dương lịch) tại nhà cung cấp quang học thuộc Mạng lưới Humana Medicare Insight Bạn có trách nhiệm thanh toán: – Bất kỳ số tiền bán lẻ nào vượt quá **$150** cho việc mua gọng kính và một cặp tròng kính HOẶC cho việc mua kính áp tròng (thông thường hoặc dùng một lần) **HOẶC** – Bất kỳ khoản tiền lẻ nào vượt quá **$250** theo giá bán lẻ để mua gọng kính và cặp tròng kính **HOẶC** để mua kính áp tròng (thông thường hoặc dùng một lần) **từ Nhà cung cấp PLUS**** Quyền lợi không bao gồm việc đo và lắp kính áp tròng. Bảo vệ tia cực tím, lớp phủ chống xước và các tùy chọn tròng kính khác có thể được áp dụng vào quyền lợi kính mắt. Quyền lợi được áp dụng theo giá bán lẻ. Thành viên chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí vượt quá số tiền được chương trình chấp thuận.	Bất kỳ số tiền bán lẻ nào vượt quá **$150** **HOẶC** Bất kỳ khoản tiền lẻ nào vượt quá **$250** từ một **Nhà cung cấp PLUS****

Mô tả quyền lợi	Chi phí bạn trả trong mạng lưới
Quyền lợi chỉ có thể được sử dụng một lần. Bất kỳ số tiền quyền lợi còn lại sẽ không được "chuyển sang" lần mua tiếp theo.	

*Phí khám định kỳ của bạn sẽ không vượt quá $0 tại một nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa thuộc Mạng lưới Humana Medicare Insight Network. Vui lòng thông báo cho nhà cung cấp trong mạng lưới rằng bạn là thành viên của Humana Medicare Insight Network. **LƯU Ý**: Mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ cho quyền lợi thị lực bổ sung của bạn thông qua Humana Medicare Insight Network có thể khác với mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ cho quyền lợi thị lực được Medicare chi trả.

Các Nhà cung cấp PLUS là một phần của **Mạng lưới Humana Medicare Insight và sẽ hiển thị chỉ báo Nhà cung cấp PLUS trong kết quả tìm kiếm công cụ định vị nhà cung cấp tại **Humana.com/FindCare**.

Các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ được thanh toán cho các quyền lợi bổ sung không được tính vào số tiền tự trả tối đa của bạn.

Các quyền lợi này được cung cấp trên cơ sở năm dương lịch. Bất kỳ khoản nào chưa sử dụng vào cuối năm sẽ hết hạn.

Phần 2.1 Nhận dịch vụ chăm sóc bằng cách sử dụng quyền lợi khách thăm/người đi du lịch tùy chọn của chương trình bảo hiểm

Quyền lợi Du lịch HMO dành cho bạn với tư cách là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Bạn đã có thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết gấp khi ở ngoài khu vực dịch vụ. Tuy nhiên, khi đi lại trong phạm vi Hoa Kỳ, Quyền lợi Du lịch HMO cho phép bạn nhận các dịch vụ được chương trình bảo hiểm chi trả, bao gồm cả dịch vụ chăm sóc phòng ngừa. Các dịch vụ được chi trả phải được cung cấp bởi các nhà cung cấp trong mạng lưới National Medicare HMO/SNP. Bạn có thể truy cập **Humana.com/FindCare** hoặc liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được hỗ trợ tìm kiếm nhà cung cấp trong mạng lưới khi sử dụng Quyền lợi Du lịch HMO. Nếu bạn nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới National Medicare HMO/SNP, bạn sẽ trả cùng mức đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm trong mạng lưới như khi bạn nhận dịch vụ trong khu vực dịch vụ chính của mình.

Nếu bạn dự định đi lại bên ngoài khu vực dịch vụ của mình và dự đoán sẽ cần sử dụng Quyền lợi Du lịch HMO, bạn nên thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu của mình. Bạn cũng nên kiểm tra xem nhà cung cấp hoặc các nhà cung cấp mà bạn muốn gặp trong khi đi lại có trong mạng lưới National Medicare HMO/SNP hay không bằng cách sử dụng **Humana.com/FindCare** hoặc liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được hỗ trợ.

PHẦN 3 Các dịch vụ được chi trả ngoài Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Tất cả các dịch vụ được chi trả bởi Original Medicare cũng được chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả. Nếu bạn có câu hỏi về các dịch vụ không được Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) chi trả nhưng có sẵn thông qua Apple Health (Medicaid), vui lòng xem Sổ tay Thành viên Medicaid của bạn hoặc liên hệ với Medicaid. Thông tin liên hệ cho Apple Health (Medicaid) có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

PHẦN 4 Các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả HOẶC Medicare

Phần này cho bạn biết những dịch vụ nào bị Medicare loại trừ.
Bảng dưới đây liệt kê các dịch vụ và mục không được chương trình bảo hiểm của chúng tôi HOẶC Medicare chi trả trong bất kỳ điều kiện nào hoặc chỉ được chương trình bảo hiểm của chúng tôi HOẶC Medicare chi trả trong các điều kiện cụ thể.

Nếu bạn nhận các dịch vụ bị loại trừ (không được chi trả), bạn phải tự trả cho chúng ngoại trừ trong các điều kiện cụ thể được liệt kê dưới đây. Ngay cả khi bạn nhận các dịch vụ bị loại trừ tại một cơ sở khẩn cấp, các dịch vụ bị loại trừ vẫn không được chi trả, và chương trình bảo hiểm của chúng tôi sẽ không thanh toán cho chúng. Ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ được kháng cáo và quyết định: sau khi kháng cáo được xác định là một dịch vụ y tế mà chúng tôi đáng lẽ phải thanh toán hoặc chi trả do tình huống cụ thể của bạn. (Để biết thông tin về việc kháng cáo quyết định của chúng tôi về việc không chi trả một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 6.3)

Các dịch vụ không được Medicare chi trả	Chỉ được chi trả trong các điều kiện cụ thể
Phí tổn cho thiết bị chủ yếu và thông thường được sử dụng cho mục đích phi y tế, ngay cả khi mặt hàng đó có một số công dụng liên quan đến y tế không đáng kể	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc các thủ thuật thẩm mỹ	Được chi trả trong trường hợp bị thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng của một bộ phận cơ thể bị dị dạng Được chi trả cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau khi cắt bỏ tuyến vú, cũng như đối với bên vú không bị ảnh hưởng để tạo ra vẻ ngoài cân xứng
Chăm sóc giám hộ Chăm sóc giám hộ là chăm sóc cá nhân không đòi hỏi sự chú ý liên tục của nhân viên y tế hoặc y tế phụ trợ được đào tạo, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc giúp bạn thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, như tắm rửa hoặc mặc quần áo	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Các thủ thuật y tế và phẫu thuật mang tính thực nghiệm, thiết bị và thuốc Các thủ thuật và mặt hàng thực nghiệm là những mặt hàng và thủ thuật được Original Medicare xác định là chưa được cộng đồng y tế chấp nhận rộng rãi	Có thể được chi trả bởi Original Medicare trong một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc bởi chương trình của chúng tôi (Truy cập Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng)
Phí tính cho dịch vụ chăm sóc bởi người thân hoặc thành viên trong hộ gia đình của bạn	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Dịch vụ điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của bạn	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào

Các dịch vụ không được Medicare chi trả	Chỉ được chi trả trong các điều kiện cụ thể
Xét nghiệm di truyền/phân tử mà không có việc hoàn thành thành công chương trình dịch vụ chẩn đoán phân tử (MolDX®) đánh giá kỹ thuật Xét nghiệm Gen/Phân tử phân tích các yếu tố như DNA, RNA, protein hoặc các dấu ấn sinh học khác trong cơ thể. Nếu bác sĩ của bạn đề cập đến một trong những xét nghiệm này, hãy đảm bảo bạn hiểu xét nghiệm đó có được chi trả bởi chương trình của bạn hay không. Các xét nghiệm gen/phân tử chưa được FDA phê duyệt phải được đánh giá và phê duyệt với đánh giá kỹ thuật (TA) bởi Palmetto GBA như một phần của chương trình MolDX, để được Humana và Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) chi trả. CMS yêu cầu rằng TA phải chứng minh tính hữu ích lâm sàng của xét nghiệm theo nghĩa nó cải thiện kết quả điều trị của bệnh nhân hoặc thay đổi quyết định quản lý của bác sĩ, đồng thời cũng là một xét nghiệm hợp lệ với tính hợp lệ lâm sàng và tính hợp lệ phân tích đã được chứng minh. **Chỉ những xét nghiệm gen/phân tử đã hoàn thành thành công TA mới được xem xét để chi trả. Danh sách đầy đủ có** sẵn trên Sổ đăng ký DEX® Diagnostics Exchange. Bạn có thể tìm hiểu thêm về các yêu cầu về sự cần thiết y tế đối với xét nghiệm gen/phân tử có thể được chi trả tại CMS.gov và Humana.com/coveragepolicies. Vui lòng xác nhận với nhà cung cấp của bạn xem xét nghiệm gen/phân tử được đề cập có trong Sổ đăng ký DEX® Diagnostics Exchange hay không.	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà	Medicare chi trả dịch vụ điều dưỡng lành nghề bán thời gian hoặc gián đoạn được y tế chỉ định.
Các dịch vụ quản gia bao gồm các công việc hỗ trợ hộ gia đình cơ bản, bao gồm dọn dẹp nhẹ hoặc chuẩn bị bữa ăn đơn giản.	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Dịch vụ của bác sĩ trị liệu tự nhiên (sử dụng các phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Thấu kính nội nhãn (IOL) không thông thường sau phẫu thuật đục thủy tinh thể, bao gồm:	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào

Các dịch vụ không được Medicare chi trả	Chỉ được chi trả trong các điều kiện cụ thể
• **chức năng chỉnh loạn thị của thấu kính nội nhãn** • **chức năng chỉnh lão thị của thấu kính nội nhãn**	
Chăm sóc nha khoa không thường quy	Chăm sóc nha khoa cần thiết để điều trị bệnh hoặc chấn thương có thể được chi trả như chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.
Giày chỉnh hình hoặc các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân	Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu cho những người mắc bệnh bàn chân do tiểu đường.
Đồ dùng cá nhân trong phòng của bạn tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng có kỹ năng, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Phòng riêng tại bệnh viện	Chỉ được chi trả khi cần thiết về mặt y tế
Mua, thay vì thuê, thiết bị y tế lâu bền mà Original Medicare không cho phép mua trực tiếp	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Đảo ngược các thủ thuật triệt sản và/hoặc các vật dụng tránh thai không kê đơn	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào
Chăm sóc xương khớp thường quy	Thao tác nắn chỉnh cột sống thủ công để điều trị lệch khớp được chi trả
Chăm sóc bàn chân thường quy	Một số phạm vi bảo hiểm hạn chế được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare (ví dụ: nếu bạn mắc bệnh tiểu đường).
Các dịch vụ được xem là không hợp lý và không cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được chi trả trong bất kỳ trường hợp nào

Ngoài bất kỳ điều khoản loại trừ hoặc giới hạn nào được mô tả trong Bảng Quyền Lợi Y Tế, hoặc bất kỳ nơi nào khác trong Chứng Từ Bảo Hiểm này, **các mục và dịch vụ sau đây không được chi trả theo Original Medicare hoặc theo chương trình của chúng tôi:**

- Phẫu thuật cắt giác mạc hướng tâm, phẫu thuật LASIK, và các thiết bị trợ thị lực thấp và dịch vụ khác.
- Các dịch vụ cung cấp cho cựu chiến binh tại các cơ sở của Cục Cựu Chiến Binh (VA).
- Chi phí phát sinh trong khi bạn đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản bồi thường nào của người lao động hoặc đạo luật hay luật về bệnh nghề nghiệp, dù bạn có đăng ký bảo hiểm hay không.
- Các dịch vụ:
  - Miễn phí hoặc mà bạn sẽ không phải trả nếu bạn không có bảo hiểm này, trừ khi các khoản phí được nhận từ và được hoàn trả cho chính phủ Hoa Kỳ hoặc bất kỳ cơ quan nào của chính phủ theo quy định của pháp luật.
  - Được cung cấp bởi, hoặc được chi trả theo, bất kỳ chương trình hay luật nào thông qua bất kỳ cơ quan chính phủ hoặc bất kỳ đơn vị hành chính nào
  - không bao gồm Medicare hoặc Medicaid.

- Được cung cấp bởi bất kỳ bệnh viện/cơ sở/cơ quan nào thuộc sở hữu hoặc vận hành bởi chính phủ Hoa Kỳ đối với bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến bệnh tật hoặc thương tích cơ thể.

- Bất kỳ tổn thất nào gây ra hoặc có liên quan đến chiến tranh hoặc bất kỳ hành động chiến tranh nào, dù đã được tuyên bố hay chưa; bất kỳ hành động xung đột vũ trang quốc tế nào; hoặc bất kỳ xung đột nào có sự tham gia của lực lượng vũ trang thuộc bất kỳ cơ quan quốc tế nào.

- Bất kỳ chi phí nào phát sinh từ việc hoàn thành các biểu mẫu.

Các Loại Trừ Quyền Lợi Bổ Sung Bắt Buộc về Nha Khoa
Các loại trừ về nha khoa bao gồm, nhưng **không giới hạn ở**, những điều sau:

- Các nha sĩ trong mạng lưới đã đồng ý cung cấp dịch vụ theo mức phí hợp đồng (bảng phí trong mạng lưới, hay INFS).

Nếu một thành viên đến khám tại nha sĩ thuộc mạng lưới tham gia, thành viên đó sẽ không nhận được hóa đơn tính phí vượt quá biểu phí đã thỏa thuận đối với các dịch vụ được bảo hiểm (khoản thanh toán đồng bảo hiểm vẫn áp dụng).

- Các dịch vụ nhận được từ nha sĩ ngoài mạng lưới không phải là quyền lợi được chi trả.
- Lắp đặt ban đầu hoặc thay thế hàm giả cũ không còn sử dụng được và không thể phục hồi để sử dụng được.

Răng giả dự phòng không được chi trả.

- Lót lại răng giả có thể không được chi trả trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp hàm giả ban đầu hoặc đối với hàm giả dự phòng.
- Các điều chỉnh răng giả có thể không được chi trả trong vòng sáu tháng kể từ khi lắp hàm giả ban đầu hoặc đối với hàm giả dự phòng.
- Chi phí phát sinh trong khi bạn đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản bồi thường nào của người lao động hoặc đạo luật hay luật về bệnh nghề nghiệp, dù bạn có đăng ký bảo hiểm hay không.

- Các dịch vụ:

  - Miễn phí hoặc mà bạn sẽ không phải trả nếu bạn không có bảo hiểm này, trừ khi các khoản phí được nhận từ và được hoàn trả cho chính phủ Hoa Kỳ hoặc bất kỳ cơ quan nào của chính phủ theo quy định của pháp luật.
  - Được cung cấp bởi, hoặc được chi trả theo, bất kỳ chương trình hay luật nào thông qua bất kỳ cơ quan chính phủ hoặc bất kỳ đơn vị hành chính nào – không bao gồm Medicare hoặc Medicaid.
  - Được cung cấp bởi bất kỳ bệnh viện/cơ sở/cơ quan nào thuộc sở hữu hoặc do chính phủ Hoa Kỳ vận hành đối với bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến bệnh tật hoặc thương tích thể chất.
- Bất kỳ chi phí nào phát sinh từ việc hoàn thành các mẫu đơn.
- Việc bạn không giữ lịch hẹn với nha sĩ.
- Bất kỳ dịch vụ nào chúng tôi coi là nha khoa thẩm mỹ trừ khi dịch vụ đó là cần thiết do hậu quả của một chấn thương do tai nạn xảy ra trong khi bạn được bảo hiểm theo hợp đồng này. Chúng tôi xem xét các thủ thuật nha khoa thẩm mỹ sau đây bao gồm, nhưng không giới hạn ở:
  - Mặt dán trên mão răng hoặc nhịp cầu răng – phần của cầu răng cố định nằm giữa các răng trụ – phía sau răng tiền hàm thứ hai;
  - Bất kỳ dịch vụ nào để điều chỉnh dị tật bẩm sinh;
  - Bất kỳ dịch vụ nào được thực hiện chủ yếu để cải thiện ngoại hình;
  - Đặc trưng hóa và cá nhân hóa các thiết bị phục hình; hoặc
  - Bất kỳ thủ thuật nào để thay đổi khoảng cách và/hoặc hình dạng của răng;

- Chi phí cho:
  - Bất kỳ loại cấy ghép nào và tất cả các dịch vụ liên quan, bao gồm mão răng hoặc thiết bị phục hình gắn vào đó;
  - Khớp nối chính xác hoặc bán chính xác;
  - Các khớp nối tùy chỉnh khác;
  - Dịch vụ nha khoa tạm thời hoặc trung gian;
  - Các khoản phí bổ sung liên quan đến vật liệu hoặc thiết bị được sử dụng trong quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc răng miệng;
  - Việc tháo bỏ bất kỳ bộ phận cấy ghép nào trừ khi đó là dịch vụ được bảo hiểm.
  - Bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến:
    - Thay đổi chiều cao dọc của răng.
    - Phục hồi hoặc duy trì khớp cắn.
    - Nẹp răng, bao gồm nhiều trụ cầu, hoặc bất kỳ dịch vụ nào để ổn định răng bị yếu do bệnh nha chu.
    - Thay thế cấu trúc răng bị mất do mài mòn, hao mòn, ăn mòn hoặc tiêu cổ răng.
    - Đăng ký khớp cắn hoặc phân tích khớp cắn.
    - Ghép xương tại (các) vị trí mà tài liệu không hỗ trợ việc phục hồi trong tương lai
- Kiểm soát nhiễm khuẩn, bao gồm nhưng không giới hạn ở các kỹ thuật tiệt trùng.
- Phí cho việc điều trị được thực hiện bởi người không phải là nha sĩ, ngoại trừ việc lấy cao răng, làm sạch răng và bôi fluoride tại chỗ, có thể được thực hiện bởi chuyên viên vệ sinh răng miệng được cấp phép. Việc điều trị phải được thực hiện dưới sự giám sát của nha sĩ theo các tiêu chuẩn nha khoa được chấp nhận chung.
- Bất kỳ bệnh viện, cơ sở phẫu thuật hoặc cơ sở điều trị nào, hoặc đối với dịch vụ của bác sĩ gây mê hoặc chuyên viên gây mê.
- Thuốc theo toa hoặc thuốc dùng trước, dù đã được cấp phát hay kê toa.
- Bất kỳ dịch vụ nào không được liệt kê cụ thể trong Thông tin Bảo hiểm.
- Bất kỳ dịch vụ nào không đủ điều kiện hưởng quyền lợi dựa trên đánh giá lâm sàng; không mang lại tiên lượng thuận lợi;

không có sự chứng thực chuyên môn thống nhất; hoặc được xem là mang tính thực nghiệm hoặc điều tra theo bản chất.

- Dịch vụ chỉnh nha.
- Dịch vụ Mão Răng Trụ khi quyền lợi cầu răng không được bao gồm trong gói quyền lợi.
- Bất kỳ chi phí nào phát sinh trước ngày có hiệu lực của bạn hoặc sau ngày quyền lợi bổ sung này chấm dứt.
- Các dịch vụ được cung cấp bởi người thường sống trong nhà bạn hoặc là thành viên gia đình.
- Các khoản phí vượt quá giới hạn hoàn trả cho dịch vụ.
- Điều trị xuất phát từ bất kỳ thương tích tự gây ra có chủ ý hoặc bệnh thể chất.
- Thuốc gây tê cục bộ, dung dịch rửa, chất nền, băng bịt tủy, dịch vụ nha khoa tạm thời, mẫu nghiên cứu/khuôn mẫu chẩn đoán, kế hoạch điều trị, điều chỉnh mặt nhai (bề mặt cắn hoặc nghiền của răng hàm và răng tiền hàm), hoặc chuẩn bị mô liên quan đến việc lấy dấu hoặc đặt phục hồi khi được tính phí như một dịch vụ riêng biệt. Những dịch vụ này được coi là một phần không thể thiếu của toàn bộ dịch vụ nha khoa.
- Khi (các) dịch vụ chính bị từ chối, tất cả (các) dịch vụ liên quan kết hợp với dịch vụ đó cũng bị từ chối theo.
- Bất kỳ xét nghiệm, trong phẫu thuật, chụp X-quang, xét nghiệm phòng thí nghiệm, tháo bỏ chốt hiện có, vật liệu trám, ống dẫn Thermafill, và bất kỳ dịch vụ chăm sóc theo dõi nào khác đều được coi là một phần không thể thiếu của liệu pháp điều trị tủy răng. Một khoản phí riêng cho các dịch vụ này không được coi là chi phí được chi trả.
- Sửa chữa và thay thế các thiết bị chỉnh nha.
- Bất kỳ phương pháp điều trị phẫu thuật hoặc không phẫu thuật nào đối với các vấn đề về khớp hàm, bao gồm bất kỳ rối loạn khớp thái dương hàm, rối loạn sọ hàm trên, rối loạn sọ hàm dưới, hoặc các tình trạng khác của khớp nối xương hàm và hộp sọ; hoặc điều trị các cơ mặt được sử dụng trong biểu cảm và chức năng nhai, đối với các triệu chứng bao gồm nhưng không giới hạn ở đau đầu.

- Quyền lợi phẫu thuật răng miệng theo chương trình này không bao gồm:
  - Bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến phẫu thuật chỉnh hàm;
  - Bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến phá hủy tổn thương bằng bất kỳ phương pháp nào;
  - Bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến cấy ghép răng;
  - Bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến lấy dị vật ra khỏi mô miệng hoặc xương;
  - Bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến tái tạo các khiếm khuyết do phẫu thuật, chấn thương hoặc bẩm sinh của xương mặt;
  - Bất kỳ khoản phí riêng biệt nào cho việc chăm sóc trước và sau phẫu thuật.
  - Gây mê toàn thân hoặc an thần có ý thức không phải là dịch vụ được chi trả trừ khi dựa trên đánh giá lâm sàng tài liệu được cung cấp và được thực hiện bởi nha sĩ hoặc người hành nghề y kết hợp với các thủ thuật phẫu thuật miệng được chi trả, các thủ thuật phẫu thuật nha chu và xương, hoặc các thủ thuật phẫu thuật quanh chóp răng cho các dịch vụ được chi trả.
- Gây mê toàn thân hoặc an thần có ý thức được thực hiện vì những lý do sau, nhưng không giới hạn ở những lý do này, sẽ không được chi trả:
  - Kiểm soát đau trừ khi có tài liệu ghi nhận dị ứng với thuốc gây tê cục bộ;
  - Lo lắng;
  - Sợ đau;
  - Quản lý đau;
  - Không có khả năng chịu đựng phẫu thuật về mặt cảm xúc.
- Các chương trình kiểm soát phòng ngừa bao gồm, nhưng không giới hạn ở, hướng dẫn vệ sinh răng miệng, kiểm soát mảng bám, vật phẩm sử dụng tại nhà, đơn thuốc và lập kế hoạch chế độ ăn uống.
- Thay thế bất kỳ phục hình lớn, hàm giả hoặc thiết bị nào bị mất, bị đánh cắp, bị hư hỏng, bị thất lạc hoặc bị trùng lặp.
- Bất kỳ xét nghiệm nhạy cảm với sâu răng, xét nghiệm phòng thí nghiệm, mẫu nước bọt, cấy kỵ khí, xét nghiệm độ nhạy cảm hoặc chi phí cho các thủ thuật giải phẫu bệnh lý răng miệng nào.
- Các khoản phí riêng cho chăm sóc trước và sau phẫu thuật cũng như tái đánh giá trong vòng 12 tháng không được coi là dịch vụ được bảo hiểm theo các dịch vụ nha chu phẫu thuật trong chương trình này.
- Chúng tôi không chi trả cho các dịch vụ thường được coi là dịch vụ y tế, ngoại trừ những dịch vụ được ghi rõ là được bảo hiểm trong Thông tin Phạm vi Bảo hiểm.

Các Loại Trừ Quyền Lợi Bổ Sung Bắt Buộc về Thính Giác
Các loại trừ về thính lực bao gồm, nhưng **không giới hạn ở**, những điều sau:

- Bất kỳ khoản phí nào cho các buổi khám, xét nghiệm, đánh giá hoặc bất kỳ dịch vụ nào vượt quá mức tối đa đã quy định.
- Bất kỳ chi phí nào được chi trả bởi Medicare hoặc bất kỳ chương trình chính phủ hoặc chương trình bảo hiểm nào khác, hoặc những chi phí mà bạn không có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán.
- Các dịch vụ được cung cấp cho mục đích xác nhận đủ điều kiện sức khỏe/tư vấn bởi một nhà cung cấp.
- Bất kỳ khoản phí chỉnh lại nào cho máy trợ thính bị mất hoặc bị hư hỏng.
- Bất kỳ khoản phí nào cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp bởi nhà cung cấp máy trợ thính ngoài mạng lưới. Các nhà cung cấp máy trợ thính trong mạng lưới có quyền chỉ bảo dưỡng các thiết bị được mua từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Máy trợ thính và các lần khám của nhà cung cấp dịch vụ để bảo trì máy trợ thính (ngoại trừ những trường hợp được mô tả cụ thể trong Quyền lợi được Chi trả), khuôn tai (ngoại trừ khi được chi trả theo Medicaid), phụ kiện máy trợ thính, phí hoàn trả, phí xử lý khiếu nại bảo hành và pin máy trợ thính (vượt quá giới hạn được chi trả).

Các Loại Trừ Quyền Lợi Bổ Sung Bắt Buộc về Thị Giác
Các loại trừ về thị giác bao gồm, nhưng **không giới hạn ở**, những điều sau:

- Bất kỳ quyền lợi nào nhận được tại nhà cung cấp quang học ngoài mạng lưới.
- Lắp lại hoặc thay đổi thiết kế tròng kính sau lần lắp ban đầu.
- Bất kỳ chi phí nào phát sinh từ việc hoàn thành các mẫu đơn.
- Bất kỳ dịch vụ nào không được liệt kê cụ thể trong quyền lợi bổ sung của bạn bao gồm các loại thuế địa phương, tiểu bang hoặc liên bang mà người được bảo hiểm phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp.
- Tập luyện mắt hoặc huấn luyện thị giác.
- Các dụng cụ hỗ trợ thị lực kém và kiểm tra liên quan.
- Tròng kính aniseikonic.
- Tròng kính thể thao hoặc công nghiệp.
- Bất kỳ dịch vụ nào chúng tôi xem là thẩm mỹ.
- Bất kỳ chi phí nào phát sinh trước ngày có hiệu lực của bạn hoặc sau ngày quyền lợi bổ sung này chấm dứt.
- Các dịch vụ được cung cấp bởi người thường sống trong nhà bạn hoặc là thành viên gia đình.
- Các khoản phí vượt quá mức trợ cấp cho dịch vụ.
- Điều trị xuất phát từ bất kỳ thương tích tự gây ra có chủ ý hoặc bệnh thể chất.
- Tròng kính Plano.
- Điều trị y tế hoặc phẫu thuật cho mắt, các mắt hoặc các cấu trúc hỗ trợ.
- Kính mát không theo toa.
- Hai cặp kính thay vì kính hai tròng.
- Các dịch vụ hoặc vật liệu được cung cấp bởi bất kỳ chương trình quyền lợi nhóm nào khác cung cấp dịch vụ chăm sóc thị lực.
- Điều trị thị lực điều chỉnh có tính chất thử nghiệm.
- Dung dịch và/hoặc sản phẩm làm sạch kính mắt hoặc kính áp tròng.
- Các sản phẩm không theo toa.
- Chi phí liên quan đến việc mua sắm vật liệu.
- Các dịch vụ trước và sau phẫu thuật.
- Chỉnh hình giác mạc.
- Bảo trì thường xuyên các vật liệu.
- Tròng kính được vẽ trang trí bằng nghệ thuật.

- Bất kỳ chi phí nào phát sinh trong khi bạn đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản bồi thường lao động hoặc đạo luật hay luật về bệnh nghề nghiệp nào, dù bạn có đăng ký bảo hiểm hay không.

- Các dịch vụ:

  - Miễn phí hoặc mà bạn sẽ không phải trả nếu bạn không có bảo hiểm này, trừ khi các khoản phí được nhận từ và được hoàn trả cho chính phủ Hoa Kỳ hoặc bất kỳ cơ quan nào của chính phủ theo quy định của pháp luật.
  - Được cung cấp bởi, hoặc được chi trả theo, bất kỳ chương trình hay luật nào thông qua bất kỳ cơ quan chính phủ hoặc bất kỳ đơn vị hành chính nào (điều này không bao gồm Medicare hoặc Medicaid).
  - Được cung cấp bởi bất kỳ bệnh viện/cơ sở/cơ quan nào thuộc sở hữu hoặc do chính phủ Hoa Kỳ vận hành đối với bất kỳ dịch vụ nào liên quan đến bệnh tật hoặc thương tích thể chất.
- Bất kỳ tổn thất nào do chiến tranh gây ra hoặc có liên quan đến chiến tranh hay bất kỳ hành động chiến tranh nào, dù được tuyên bố hay không; bất kỳ hành động xung đột vũ trang quốc tế nào; hoặc bất kỳ xung đột nào có sự tham gia của lực lượng vũ trang thuộc bất kỳ cơ quan quốc tế nào.
- Việc bạn không đến theo lịch hẹn.
- Bất kỳ bệnh viện, cơ sở phẫu thuật hoặc cơ sở điều trị nào, hoặc đối với dịch vụ của bác sĩ gây mê hoặc chuyên viên gây mê.
- Thuốc theo toa hoặc thuốc dùng trước, dù đã được cấp phát hay kê toa.

- Bất kỳ dịch vụ nào mà chúng tôi xác định không phải là nhu cầu thị giác thiết yếu; không mang lại tiên lượng tốt; không được sự chứng thực chuyên môn đồng nhất; hoặc được xem là có tính chất thử nghiệm hay điều tra.
- Thay thế tròng kính hoặc gọng kính mắt được cung cấp theo quyền lợi bổ sung này bị mất hoặc vỡ, trừ khi có quy định khác trong quyền lợi bổ sung.
- Bất kỳ cuộc kiểm tra hoặc vật liệu nào do người sử dụng lao động yêu cầu như một điều kiện tuyển dụng hoặc kính bảo hộ an toàn.
- Điều trị bệnh lý.

Chương trình sẽ không chi trả cho các dịch vụ bị loại trừ được liệt kê ở trên. Ngay cả khi bạn nhận các dịch vụ tại cơ sở cấp cứu, các dịch vụ bị loại trừ vẫn không được chi trả.

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

Làm thế nào bạn có thể nhận thông tin về chi phí thuốc của mình?

Vì bạn đủ điều kiện hưởng Medicaid, bạn đủ điều kiện và đang nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của bạn. Vì bạn tham gia chương trình Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), một số thông tin trong Chứng Từ Bảo Hiểm này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D không áp dụng cho bạn. Chúng tôi đã gửi cho bạn một tờ chèn riêng, gọi là Phụ lục Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung để Thanh toán Thuốc theo Toa (còn được gọi là Phụ lục Trợ cấp Thu nhập Thấp hoặc Phụ lục LIS), trong đó cung cấp thông tin về phạm vi bảo hiểm thuốc của bạn. Nếu bạn không có tờ chèn này, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu Phụ lục LIS. (Số điện thoại của Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng được in ở bìa sau bên trong của tài liệu này.)

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

Vui lòng xem Bảng Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 để biết về quyền lợi thuốc Medicare Phần B và quyền lợi thuốc chăm sóc giảm nhẹ.

Ngoài các loại thuốc được Medicare chi trả, một số thuốc kê đơn có thể được chi trả theo quyền lợi Medicaid của bạn.

Chương trình của chúng tôi thường sẽ chi trả thuốc của bạn miễn là bạn tuân theo các quy tắc sau:

- Bạn phải có một nhà cung cấp dịch vụ (bác sĩ, nha sĩ, hoặc người kê đơn khác) viết đơn thuốc hợp lệ theo luật tiểu bang hiện hành cho bạn.
- Người kê đơn cho bạn không được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Danh Sách Cấm của Medicare.
- Nhìn chung, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để điền đơn thuốc (Xem Phần 2) hoặc quý vị có thể điền đơn thuốc thông qua dịch vụ đặt thuốc qua thư của chương trình.
- Thuốc của bạn phải có trong Hướng Dẫn Thuốc Theo Toa (Danh Mục Thuốc) của chương trình (chúng tôi gọi tắt là Hướng Dẫn Thuốc). (Xem Phần 3).
- Thuốc của bạn phải được sử dụng 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 được FDA phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định. (Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế).
- Thuốc của bạn có thể yêu cầu sự phê duyệt từ chương trình của chúng tôi dựa trên các tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đồng ý chi trả. (Xem Phần 4 để biết thêm thông tin)

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

Trong hầu hết các trường hợp, đơn thuốc của bạn chỉ được bảo hiểm nếu chúng được mua tại một trong các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi. (Xem Phần 2.4 để biết thông tin về khi nào chúng tôi chi trả cho đơn thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để cung cấp các loại thuốc được bảo hiểm của bạn. Thuật ngữ "thuốc được bảo hiểm" có nghĩa là tất cả các loại thuốc Phần D trong Hướng dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi.

Phần 2.1 Nhà thuốc trong mạng lưới

Tìm nhà thuốc trong mạng lưới tại khu vực của bạn

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, hãy xem Danh Mục Nhà Cung Cấp của bạn, truy cập trang web của chúng tôi (**Humana.com/FindCare**), và/hoặc gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi số 711).

Bạn có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Một số nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp mức chia sẻ chi phí ưu tiên, có thể thấp hơn mức chia sẻ chi phí tại nhà thuốc áp dụng mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. Danh mục Nhà cung cấp sẽ cho bạn biết nhà thuốc nào trong mạng lưới cung cấp mức chia sẻ chi phí ưu tiên. Hãy liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu thêm về cách chi phí tự trả của bạn có thể thay đổi đối với các loại thuốc khác nhau.

Nếu nhà thuốc của bạn rời khỏi mạng lưới

Nếu nhà thuốc bạn đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi, bạn sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc bạn đang sử dụng vẫn ở trong mạng lưới của chúng tôi nhưng không còn cung cấp mức chia sẻ chi phí ưu tiên, bạn có thể muốn chuyển sang một nhà thuốc khác trong mạng lưới hoặc nhà thuốc ưu tiên khác, nếu có. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của bạn, hãy truy cập trang web của chúng tôi tại **Humana.com/FindCare**. Bạn cũng có thể nhận trợ giúp từ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) hoặc sử dụng Danh mục Nhà cung cấp.

Nhà thuốc chuyên biệt

Một số đơn thuốc phải được mua tại nhà thuốc chuyên biệt. Các nhà thuốc chuyên biệt bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp truyền tĩnh mạch tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho cư dân tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thông thường, một cơ sở LTC (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng của mình. Nếu bạn gặp khó khăn trong việc nhận thuốc Phần D tại cơ sở LTC, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).
- Các nhà thuốc phục vụ Chương trình Y tế Người bản địa / Bộ lạc / Người bản địa Đô thị (không áp dụng tại Puerto Rico). Trừ trường hợp khẩn cấp, chỉ người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska mới có thể tiếp cận các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Các nhà thuốc cấp phát thuốc bị FDA hạn chế tại một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, phối hợp với nhà cung cấp, hoặc hướng dẫn về cách sử dụng. Để tìm nhà thuốc chuyên biệt, hãy truy cập Danh mục

Nhà cung cấp của bạn (**Humana.com/FindCare**) hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).

Phần 2.2 Dịch vụ đặt thuốc qua thư của chương trình

Đối với một số loại thuốc nhất định, bạn có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua thư trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Thông thường, các loại thuốc được cung cấp qua dịch vụ đặt hàng qua thư là những loại thuốc bạn dùng thường xuyên, cho các tình trạng bệnh mạn tính hoặc dài hạn. Những loại thuốc này được đánh dấu là **thuốc đặt hàng qua thư** trong Hướng dẫn Thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ đặt thuốc qua thư của chương trình cho phép bạn đặt hàng **tối đa lượng thuốc dùng trong 100 ngày.**

Trong mạng lưới nhà thuốc, có các nhà thuốc đặt hàng qua thư cung cấp mức chia sẻ chi phí ưu tiên. Bạn có thể phải trả nhiều hơn tại các nhà thuốc đặt hàng qua thư khác.

Để nhận mẫu đơn đặt hàng và thông tin về việc mua thuốc theo đơn qua đường bưu điện, vui lòng liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Thông thường, đơn hàng từ nhà thuốc đặt hàng qua thư sẽ được giao đến bạn trong không quá 10 ngày làm việc kể từ khi nhận được đơn thuốc của bạn. Khi bạn có kế hoạch sử dụng dịch vụ nhà thuốc qua đường bưu điện, một biện pháp phòng ngừa tốt là yêu cầu bác sĩ của bạn viết hai đơn thuốc cho các loại thuốc của bạn: một đơn bạn sẽ gửi đi để đặt hàng qua thư, và một đơn bạn có thể lấy thuốc trực tiếp tại nhà thuốc trong mạng lưới nếu đơn đặt hàng qua thư của bạn không đến kịp thời. Bằng cách đó, bạn sẽ không bị gián đoạn thuốc nếu đơn đặt hàng qua thư của bạn bị chậm trễ. Nếu bạn gặp khó khăn khi lấy thuốc theo đơn tại nhà thuốc trong mạng lưới trong khi chờ đơn đặt hàng qua thư, vui lòng liên hệ với văn phòng của người kê đơn cho bạn.

Đơn thuốc mới mà nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng khám của bác sĩ.
Nhà thuốc sẽ tự động cấp phát và giao đơn thuốc mới nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần kiểm tra với bạn trước, nếu một trong hai điều sau xảy ra:

- Bạn đã sử dụng dịch vụ đặt thuốc qua thư với chương trình bảo hiểm này trước đây, hoặc
- Bạn đăng ký giao hàng tự động cho tất cả các đơn thuốc mới nhận trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bạn có thể yêu cầu giao hàng tự động cho tất cả các đơn thuốc mới bất cứ lúc nào bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Nếu bạn nhận được đơn thuốc tự động qua đường bưu điện mà bạn không muốn, và bạn không được liên hệ để xác nhận trước khi hàng được gửi đi, bạn có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Nếu bạn đã từng sử dụng dịch vụ đặt hàng qua thư và không muốn nhà thuốc tự động cấp phát và giao mỗi đơn thuốc mới, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Nếu bạn chưa bao giờ sử dụng dịch vụ giao hàng qua thư của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động lấy thuốc cho các đơn thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên hệ với bạn mỗi khi nhận được đơn thuốc mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để hỏi xem bạn có muốn lấy thuốc và giao ngay không. Điều quan trọng là phải phản hồi mỗi khi bạn được nhà thuốc liên hệ để cho họ biết có nên giao hàng, trì hoãn, hay hủy đơn thuốc mới hay không.

Để từ chối giao hàng tự động cho các đơn thuốc mới nhận trực tiếp từ phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Tái cấp thuốc theo đơn qua đường bưu điện. Để tái cấp các loại thuốc của bạn, bạn có tùy chọn đăng ký chương trình tái cấp tự động. Theo chương trình này, chúng tôi bắt đầu xử lý lần tái cấp tiếp theo của bạn một cách tự

động khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy bạn sắp sử dụng hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với bạn trước khi giao mỗi lần tái cấp để đảm bảo bạn cần thêm thuốc, và bạn có thể hủy các lần tái cấp đã lên lịch nếu bạn có đủ thuốc hoặc thuốc của bạn đã thay đổi.

Nếu bạn chọn không sử dụng chương trình tái cấp tự động của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc qua đường bưu điện gửi đơn thuốc cho bạn, hãy liên hệ với nhà thuốc của bạn 14 ngày làm việc trước khi đơn thuốc hiện tại của bạn hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của bạn được giao đến bạn kịp thời.

Để từ chối chương trình tự động chuẩn bị đơn thuốc mua qua thư cần tái cấp của chúng tôi, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

Nếu bạn nhận được đơn thuốc tái cấp tự động qua đường bưu điện mà bạn không muốn, bạn có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Phần 2.3 Cách nhận lượng thuốc dùng trong dài hạn

Khi bạn nhận được nguồn cung thuốc dài hạn, chia sẻ chi phí của bạn có thể thấp hơn. Chương trình của chúng tôi cung cấp 2 cách để nhận nguồn cung dài hạn (còn gọi là nguồn cung mở rộng) các loại thuốc duy trì có trong Hướng dẫn Thuốc của chương trình. (Thuốc duy trì là các loại thuốc bạn dùng thường xuyên, cho một tình trạng bệnh mạn tính hoặc lâu dài.)

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép bạn nhận nguồn cung dài hạn các loại thuốc duy trì. Danh mục Nhà cung cấp của bạn (**Humana.com/FindCare**) cho bạn biết nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp cho bạn nguồn cung dài hạn các loại thuốc duy trì. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY nên gọi 711) để biết thêm thông tin.

2. Bạn cũng có thể nhận thuốc duy trì thông qua chương trình đặt hàng qua thư của chúng tôi. Xem Phần 2.2 để biết thêm thông tin.

Phần 2.4 Sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình

Nhìn chung, chúng tôi chi trả cho các đơn thuốc được lấy tại nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ khi bạn 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 bạn có thể lấy thuốc theo đơn với tư cách là thành viên của chương trình. **Trước tiên hãy kiểm tra với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711)** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần đó không.

Chúng tôi chỉ chi trả cho đơn thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau:

- **Nếu bạn cần đơn thuốc vì trường hợp khẩn cấp y tế**
  - Chúng tôi sẽ chi trả cho các đơn thuốc được cấp tại nhà thuốc ngoài mạng lưới (tối đa 30 ngày dùng thuốc) nếu các đơn thuốc đó liên quan đến việc điều trị trường hợp cấp cứu y tế. Trong tình huống này, bạn sẽ phải trả toàn bộ chi phí (thay vì chỉ trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của bạn) khi bạn mua thuốc theo toa. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn phần chi phí của chúng tôi bằng cách nộp mẫu yêu cầu bồi hoàn thuốc theo toa, có tại **https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms/**. Nếu bạn đến nhà thuốc ngoài mạng lưới, bạn có thể chịu trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch giữa khoản chúng tôi sẽ trả cho đơn thuốc được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới và khoản nhà thuốc ngoài mạng lưới đã tính cho đơn thuốc của bạn. (Chương 7, Phần 2 giải thích cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho bạn.)

- **Nếu bạn cần được chi trả trong khi đang đi du lịch ngoài khu vực dịch vụ của chương trình**

  – Nếu quý vị dùng một loại thuốc theo toa thường xuyên và chuẩn bị đi du lịch, hãy kiểm tra lượng thuốc còn lại trước khi khởi hành. Khi có thể, hãy mang theo tất cả thuốc mà bạn sẽ cần. Bạn có thể đặt trước thuốc theo toa thông qua dịch vụ đặt thuốc qua đường bưu điện của chúng tôi hoặc thông qua nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới có cung cấp nguồn cung mở rộng. Nếu bạn đang đi du lịch ngoài khu vực dịch vụ của chương trình nhưng vẫn trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ và bị ốm, hoặc hết thuốc theo toa, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để tìm nhà thuốc trong mạng lưới ở khu vực của bạn nơi bạn có thể mua thuốc theo toa. Nếu không có nhà thuốc trong mạng lưới, chúng tôi sẽ chi trả cho các đơn thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới (tối đa lượng thuốc dùng trong 30 ngày) nếu bạn tuân thủ tất cả các quy tắc bảo hiểm khác được xác định trong tài liệu này. Trong tình huống này, bạn sẽ phải trả toàn bộ chi phí (thay vì chỉ trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của bạn) khi bạn mua thuốc theo toa.

  – **Nếu đơn thuốc được bảo hiểm, nó sẽ được bảo hiểm theo mức giá ngoài mạng lưới.** Bạn có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch giữa số tiền chúng tôi chi trả cho đơn thuốc được cấp tại nhà thuốc trong mạng lưới và số tiền nhà thuốc ngoài mạng lưới tính cho đơn thuốc của bạn. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền bằng cách nộp mẫu yêu cầu bồi hoàn bằng giấy. (Chương 7, Phần 2 giải thích cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho bạn.)

  – **Tuy nhiên, xin lưu ý rằng nhiều lần sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới cho các trường hợp không khẩn cấp sẽ dẫn đến việc từ chối thanh toán yêu cầu bồi thường. Ngoài ra, chúng tôi không thể thanh toán cho bất kỳ thuốc bị mất cắp hoặc đơn thuốc được mua tại các nhà thuốc bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ, ngay cả trong trường hợp cấp cứu y tế, ví dụ trên tàu du lịch khi ở ngoài Hoa Kỳ.**

Có những trường hợp khác bạn có thể được chi trả cho đơn thuốc nếu bạn đến nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Những tình huống này sẽ được bảo hiểm theo mức giá ngoài mạng lưới. Trong những tình huống này, bạn sẽ phải trả toàn bộ chi phí (thay vì chỉ trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của bạn) khi bạn mua thuốc theo toa. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn phần chi phí của chúng tôi bằng cách nộp mẫu yêu cầu bồi hoàn bằng giấy. Nếu bạn đến nhà thuốc hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới, bạn có thể chịu trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch giữa khoản chúng tôi sẽ trả cho đơn thuốc được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới và khoản nhà thuốc ngoài mạng lưới đã tính cho đơn thuốc của bạn. (Chương 7, Phần 2 giải thích cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho bạn.) Chúng tôi sẽ chi trả cho đơn thuốc của bạn tại nhà thuốc ngoài mạng lưới nếu ít nhất một trong các điều kiện sau áp dụng:

- Bạn không thể nhận được loại thuốc được chi trả mà bạn cần ngay lập tức vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào đang mở trong khoảng cách lái xe hợp lý.
- Đơn thuốc của bạn là thuốc đặc trị mà các nhà thuốc trong mạng lưới thường không có sẵn trong kho.
- Bạn đủ điều kiện nhận Medicaid vào thời điểm bạn nhận đơn thuốc, ngay cả khi bạn chưa đăng ký. Điều này được gọi là đăng ký hồi tố.
- Bạn phải sơ tán khỏi nhà do tình trạng khẩn cấp về y tế công cộng, liên bang hoặc tiểu bang và không có điều kiện tiếp cận nhà thuốc trong mạng lưới.
- Nếu quý vị nhận thuốc theo đơn được chi trả từ nhà thuốc trong cơ sở y tế trong khi là bệnh nhân tại phòng cấp cứu, phòng khám trực thuộc nhà cung cấp dịch vụ, phòng khám phẫu thuật ngoại trú, hoặc cơ sở ngoại trú khác.

Nếu bạn phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường bạn sẽ phải trả toàn bộ chi phí vào thời điểm bạn mua thuốc theo đơn. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn. (Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về

cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho bạn.) Bạn có thể được yêu cầu trả phần chênh lệch giữa số tiền bạn trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ chi trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

PHẦN 3 Thuốc của bạn cần có trong Hướng dẫn Thuốc của chương trình

Phần 3.1 Hướng dẫn Thuốc cho biết loại thuốc Phần D nào được chi trả

Chương trình của chúng tôi có *Hướng Dẫn Thuốc Theo Đơn* (*danh mục thuốc*). Trong Chứng Từ Bảo Hiểm này, **chúng tôi gọi đó là Hướng Dẫn Thuốc.**

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

Hướng Dẫn Thuốc chỉ hiển thị các loại thuốc được chi trả theo Medicare Phần D. Ngoài các loại thuốc được Medicare chi trả, một số thuốc theo đơn có thể được chi trả theo quyền lợi Medicaid của bạn. Để biết thông tin về các loại thuốc theo đơn chỉ được Medicaid chi trả, hãy liên hệ Apple Health (Medicaid) theo số điện thoại trong "Phụ Lục A" của tài liệu này.

Thông thường chúng tôi chi trả một loại thuốc có trong Hướng Dẫn Thuốc của chương trình miễn là bạn tuân theo các quy tắc bảo hiểm khác được giải thích trong chương này và việc sử dụng thuốc là cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng thuốc thuộc *một trong* các trường hợp sau:

- Được FDA phê duyệt cho chẩn đoán hoặc tình trạng bệnh mà thuốc được kê đơn, hoặc
- Được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như American Hospital Formulary Service Drug Information và Micromedex DRUGDEX Information System.

Hướng dẫn Thuốc bao gồm các loại thuốc biệt dược, thuốc gốc và các sản phẩm sinh học (có thể bao gồm các sản phẩm sinh học tương tự).

Thuốc biệt dược là thuốc theo đơn được bán dưới tên thương hiệu có đăng ký nhãn hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Các sản phẩm sinh học là các loại thuốc phức tạp hơn so với thuốc thông thường. Trong Hướng Dẫn Thuốc, khi chúng tôi đề cập đến thuốc, điều này có thể có nghĩa là một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là thuốc theo đơn có cùng thành phần hoạt chất với thuốc biệt dược. Các sản phẩm sinh học có các lựa chọn thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Thông thường, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có hiệu quả tương đương với thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có giá thấp hơn. Có các loại thuốc gốc thay thế cho nhiều thuốc biệt dược và các lựa chọn thuốc sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự là thuốc sinh học tương tự có thể thay thế và, tùy thuộc vào luật pháp của từng tiểu bang, có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể được thay thế cho thuốc biệt dược.

Đến Chương 12 để xem định nghĩa về các loại thuốc có thể có trong Hướng Dẫn Thuốc.

Thuốc không cần kê đơn

Chương trình của chúng tôi cũng chi trả một số loại thuốc không cần đơn nhất định. Một số loại thuốc không cần đơn có giá thấp hơn thuốc theo đơn và có hiệu quả tương đương. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY nên gọi 711) để biết thêm thông tin.

Các loại thuốc không có trong Hướng Dẫn Thuốc

Chương trình của chúng tôi không chi trả tất cả các loại thuốc kê đơn.

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

Phần 3.2 Năm (5) bậc chia sẻ chi phí cho các thuốc trong Hướng Dẫn Thuốc

Mỗi loại thuốc trong Hướng Dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi đều thuộc một trong Năm (5) bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc càng cao thì chi phí của bạn cho loại thuốc đó càng cao:

- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 1 – Thuốc Gốc Ưu Tiên:** Thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược có mức chia sẻ chi phí thấp nhất trong chương trình này
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 2 – Thuốc Gốc:** Thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược mà chương trình của chúng tôi cung cấp với chi phí cao hơn cho quý vị so với thuốc Thuốc Gốc Ưu Tiên Bậc 1
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 3 – Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên: Thuốc** gốc hoặc thuốc biệt dược mà chương trình của chúng tôi cung cấp với chi phí thấp hơn cho quý vị so với thuốc Thuốc Không Ưu Tiên Bậc 4
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 – Thuốc Không Ưu Tiên:** Thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược mà chương trình của chúng tôi cung cấp với chi phí cao hơn cho quý vị so với thuốc Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên Bậc 3
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5 – Bậc Thuốc Đặc Trị:** Một số thuốc tiêm và các thuốc có chi phí cao khác.

Để tìm hiểu loại thuốc của bạn thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra cứu trong Hướng Dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi. Số tiền bạn trả cho thuốc ở mỗi bậc chia sẻ chi phí được nêu trong Chương 6.

Phần 3.3 Cách tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có trong Hướng Dẫn Thuốc hay không

Để biết một loại thuốc có trong Hướng Dẫn Thuốc của chúng tôi hay không, bạn có các lựa chọn sau:

- Kiểm tra Hướng Dẫn Thuốc mới nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng điện tử. (Hướng Dẫn Thuốc bao gồm thông tin về các loại thuốc được bảo hiểm thường được các thành viên của chúng tôi sử dụng nhất. Chúng tôi bảo hiểm thêm các loại thuốc không có trong Hướng Dẫn Thuốc. Nếu một trong các loại thuốc của bạn không được liệt kê trong Hướng Dẫn Thuốc, hãy truy cập trang web của chúng tôi hoặc gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để tìm hiểu xem chúng tôi có bảo hiểm loại thuốc đó không.)
- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi (**Humana.com/DrugList**). Hướng Dẫn Thuốc trên trang web luôn là phiên bản mới nhất.
- Gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có trong Hướng Dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi hay không hoặc yêu cầu một bản sao danh sách.

- Sử dụng "Công Cụ Lợi Ích Thời Gian Thực" của chương trình chúng tôi (bằng cách truy cập **Humana.com** và đăng nhập vào MyHumana) để tìm kiếm thuốc trong Hướng Dẫn Thuốc nhằm ước tính số tiền bạn sẽ trả và xem liệu có các loại thuốc thay thế trong Hướng Dẫn Thuốc có thể điều trị cùng một tình trạng bệnh hay không. Bạn cũng có thể gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).

PHẦN 4 Các loại thuốc có hạn chế về phạm vi chi trả

Phần 4.1 Lý do một số loại thuốc có hạn chế

Đối với một số loại thuốc kê đơn nhất định, các quy tắc đặc biệt hạn chế cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi bảo hiểm chúng. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng các quy tắc này để khuyến khích bạn và nhà cung cấp dịch vụ của bạn 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 bạn đang dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra Hướng Dẫn Thuốc.

Nếu một loại thuốc an toàn, chi phí thấp hơn có tác dụng y tế tương đương với một loại thuốc có chi phí cao hơn, các quy tắc của chương trình chúng tôi được thiết kế để khuyến khích bạn và nhà cung cấp của bạn sử dụng lựa chọn có chi phí thấp hơn đó.

Lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều hơn một lần trong Hướng Dẫn Thuốc của chúng tôi. Điều này là do cùng một loại thuốc có thể khác nhau dựa trên hàm lượng, số lượng hoặc dạng bào chế của thuốc được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn kê đơn, và các hạn chế hoặc mức chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản khác nhau của thuốc (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; mỗi ngày một lần so với 2 lần mỗi ngày; dạng viên so với dạng lỏng).

Phần 4.2 Các loại hạn chế

Nếu có hạn chế đối với loại thuốc của bạn, điều đó thường có nghĩa là bạn hoặc nhà cung cấp dịch vụ của bạn phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bảo hiểm loại thuốc đó. Gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để tìm hiểu bạn hoặc nhà cung cấp dịch vụ của bạn có thể làm gì để được bảo hiểm cho loại thuốc đó. **Nếu bạn muốn chúng tôi miễn áp dụng hạn chế cho bạn, bạn cần sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi xem xét ngoại lệ**. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý miễn trừ hạn chế cho bạn. (Đến Chương 9.)

Nhận sự chấp thuận của chương trình trước

Đối với một số loại thuốc nhất định, bạn hoặc nhà cung cấp dịch vụ của bạn cần được sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi dựa trên các tiêu chí cụ thể trước khi chúng tôi đồng ý bảo hiểm loại thuốc đó cho bạn. Đây được gọi là **ủy quyền trước**. Điều này được áp dụng để đảm bảo an toàn thuốc và giúp hướng dẫn việc sử dụng một số loại thuốc nhất định một cách phù hợp. Nếu bạn không được chấp thuận này, thuốc của bạn có thể không được chương trình của chúng tôi chi trả. Tiêu chí ủy quyền trước của chương trình chúng tôi có thể được lấy bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi tại **https://assets.humana.com/is/content/humana/2027%20Super%20National-5%20MAPD%201-Prior%20Authorizationpdf**.

Thử một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này khuyến khích bạn thử các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng thường có hiệu quả tương đương trước khi chương trình của chúng tôi chi trả cho một loại thuốc khác. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một tình trạng bệnh và Thuốc A ít tốn kém hơn, chương trình của chúng tôi có thể yêu cầu bạn thử Thuốc A trước. Nếu Thuốc

A không phù hợp với bạn, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho Thuốc B. Yêu cầu thử một loại thuốc khác trước tiên này được gọi là **liệu pháp từng bước**. Tiêu chí liệu pháp từng bước của chương trình chúng tôi có thể được lấy bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) hoặc trên trang web của chúng tôi tại **https://assets.humana.com/is/content/humana/2027%20Super%20National-5%20MAPD%201-Step%20Therapypdf**.

Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc nhất định, chúng tôi giới hạn lượng thuốc bạn có thể nhận mỗi lần bạn mua thuốc theo toa. 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 phạm vi chi trả cho toa thuốc của bạn không quá một viên mỗi ngày.

PHẦN 5 Những gì bạn có thể làm nếu một trong các loại thuốc của bạn không được chi trả theo cách bạn mong muốn

Có những trường hợp mà thuốc theo toa bạn đang dùng, hoặc mà bạn và nhà cung cấp của bạn cho rằng bạn nên dùng, không có trong Hướng dẫn Thuốc của chúng tôi hoặc có các hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc có thể hoàn toàn không được chi trả. Hoặc phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó có thể được chi trả nhưng phiên bản thuốc biệt dược mà bạn muốn dùng thì không được chi trả.
- Thuốc được chi trả, nhưng có các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung về phạm vi chi trả.
- Thuốc được chi trả, nhưng ở bậc chia sẻ chi phí khiến mức chia sẻ chi phí của bạn tốn kém hơn mức bạn cho là phù hợp.

Nếu thuốc của bạn nằm trong bậc chia sẻ chi phí khiến chi phí của bạn đắt hơn mức bạn cho là hợp lý, hãy đến Phần 5.1 để tìm hiểu những gì bạn có thể làm.

Nếu thuốc của bạn không có trong Hướng Dẫn Thuốc hoặc bị hạn chế, đây là các lựa chọn cho những gì bạn có thể làm:

- Bạn có thể nhận được nguồn cung cấp thuốc tạm thời.
- Bạn có thể chuyển sang loại thuốc khác.
- Bạn có thể yêu cầu **ngoại lệ** và yêu cầu chương trình của chúng tôi chi trả cho thuốc hoặc gỡ bỏ các hạn chế đối với thuốc.

Bạn có thể nhận được nguồn cung cấp thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình của chúng tôi phải cung cấp nguồn cung cấp thuốc tạm thời cho loại thuốc bạn đang dùng. Nguồn cung cấp tạm thời này cho bạn thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của bạn về sự thay đổi.

Để đủ điều kiện nhận nguồn cung cấp tạm thời, thuốc bạn đang dùng **phải không còn trong Hướng Dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi** HOẶC **hiện đang bị hạn chế theo một cách nào đó.**

- **Nếu bạn là thành viên mới,** chúng tôi sẽ chi trả nguồn cung cấp thuốc tạm thời của bạn trong 90 ngày đầu tiên kể từ khi bạn tham gia chương trình của chúng tôi.
- **Nếu bạn đã tham gia chương trình của chúng tôi năm ngoái,** chúng tôi sẽ chi trả nguồn cung cấp thuốc tạm thời của bạn trong 90 ngày đầu tiên của năm dương lịch.

- Nguồn cung cấp tạm thời này sẽ tối đa là 30 ngày. Nếu toa thuốc của bạn được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua nhiều lần để cung cấp tối đa 30 ngày dùng thuốc. Toa thuốc phải được mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới. (Lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với lượng nhỏ hơn mỗi lần để tránh lãng phí.)

- **Đối với các thành viên đã tham gia chương trình của chúng tôi hơn 90 ngày và đang sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn và cần nguồn cung cấp ngay lập tức:** Chúng tôi sẽ chi trả cho một nguồn cung cấp khẩn cấp 31 ngày của một loại thuốc cụ thể, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn. Đây là bổ sung thêm vào nguồn cung cấp tạm thời nêu trên.

  Nguồn Cung Cấp Chuyển Tiếp cho Các Thành Viên Hiện Tại có thay đổi về môi trường điều trị: Nếu môi trường nơi bạn nhận điều trị thay đổi trong năm chương trình của chúng tôi, bạn có thể cần nguồn cung cấp thuốc ngắn hạn trong thời gian chuyển tiếp. Ví dụ:

  – Quý vị được xuất viện từ bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng có kỹ năng (nơi các khoản thanh toán Medicare Part A của quý vị bao gồm chi phí thuốc) và cần đơn thuốc từ nhà thuốc để tiếp tục dùng thuốc tại nhà (sử dụng quyền lợi chương trình Part D của quý vị); hoặc

  – Bạn chuyển từ cơ sở điều dưỡng có kỹ năng này sang cơ sở điều dưỡng có kỹ năng khác.

  Nếu bạn thay đổi cơ sở điều trị và cần mua thuốc theo toa tại nhà thuốc, chúng tôi sẽ chi trả tối đa 31 ngày cung cấp thuốc được Medicare Phần D chi trả, để việc điều trị bằng thuốc của bạn không bị gián đoạn.

  Nếu bạn thay đổi cơ sở điều trị nhiều lần trong cùng một tháng, bạn có thể phải yêu cầu ngoại lệ hoặc ủy quyền trước để tiếp tục được chi trả thuốc của bạn.

  Chính Sách về Nguồn Cung Cấp Thuốc Tạm Thời Trong Thời Gian Chuyển Tiếp

  Chúng tôi coi 90 ngày đầu tiên của năm chương trình 2027 là giai đoạn chuyển tiếp nếu bạn là thành viên mới, bạn đã thay đổi chương trình, hoặc có những thay đổi trong phạm vi bảo hiểm thuốc của bạn. Như đã mô tả ở trên, có một số cách chúng tôi đảm bảo bạn có thể nhận được nguồn cung thuốc tạm thời, nếu cần, trong giai đoạn chuyển tiếp.

  Trong 90 ngày đầu tiên, bạn có thể nhận được nguồn cung tạm thời nếu bạn có đơn thuốc hiện tại cho một loại thuốc không có trong Hướng dẫn Thuốc của chúng tôi hoặc yêu cầu ủy quyền trước do có các hạn chế. Các điều kiện để nhận nguồn cung tạm thời được mô tả dưới đây.

  <u>Nguồn Cung Cấp Chuyển Tiếp Một Lần tại Nhà Thuốc Bán Lẻ hoặc Nhà Thuốc Đặt Hàng Qua Thư</u>

  Chúng tôi sẽ chi trả tối đa 30 ngày cung cấp thuốc được bảo hiểm bởi Medicare Phần D. Trong khi bạn có nguồn cung tạm thời, hãy nói chuyện với bác sĩ về việc cần làm sau khi bạn sử dụng hết nguồn cung tạm thời. Bạn có thể chuyển sang một loại thuốc được bảo hiểm có tác dụng tương tự cho bạn. Bạn và bác sĩ của bạn có thể yêu cầu một ngoại lệ nếu bạn cho rằng việc tiếp tục dùng cùng một loại thuốc là cần thiết về mặt y tế.

  <u>Nguồn Cung Cấp Chuyển Tiếp nếu bạn đang ở Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn</u>

  Chúng tôi sẽ chi trả tối đa 31 ngày cung cấp thuốc được Medicare Phần D chi trả. Quyền lợi này có sẵn bất kỳ lúc nào trong thời gian chuyển tiếp 90 ngày, miễn là đơn thuốc hiện tại của bạn được mua tại nhà thuốc trong cơ sở chăm sóc dài hạn.

  Nếu bạn gặp vấn đề khi nhận thuốc được kê đơn muộn hơn trong năm chương trình của chúng tôi (sau thời gian chuyển tiếp 90 ngày), chúng tôi sẽ chi trả tối đa 31 ngày cung cấp thuốc khẩn cấp được Medicare Phần D chi trả. Nguồn cung cấp khẩn cấp sẽ cho phép bạn tiếp tục điều trị bằng thuốc trong khi bạn và bác sĩ của bạn yêu cầu ngoại lệ hoặc ủy quyền trước để tiếp tục.

Gia Hạn Thời Gian Chuyển Tiếp

Nếu bạn đã yêu cầu một ngoại lệ hoặc thực hiện kháng cáo về phạm vi bảo hiểm thuốc, có thể kéo dài giai đoạn chuyển tiếp tạm thời trong khi chúng tôi đang xử lý yêu cầu của bạn. Hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại được in ở mặt trong bìa sau của tài liệu này) nếu bạn cho rằng chúng tôi cần kéo dài giai đoạn chuyển tiếp để đảm bảo bạn tiếp tục nhận được thuốc theo nhu cầu.

Chi Phí cho Nguồn Cung Cấp Tạm Thời

Khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của bạn cho nguồn cung thuốc tạm thời sẽ được tính dựa trên các bậc chia sẻ chi phí thuốc được chấp thuận của chương trình của bạn. Nếu bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) vào năm 2027, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của bạn sẽ không vượt quá mức Trợ cấp Thu nhập Thấp của bạn.

Nếu có câu hỏi về nguồn cung cấp tạm thời, hãy gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).

Trong thời gian bạn đang sử dụng nguồn cung thuốc tạm thời, bạn nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của mình để quyết định phải làm gì khi nguồn cung tạm thời của bạn hết. Bạn có 2 lựa chọn:

Lựa Chọn 1. Bạn có thể chuyển sang loại thuốc khác

Nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của bạn về việc liệu có loại thuốc khác được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi có thể có tác dụng tương tự cho bạn hay không. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bảo hiểm điều trị cùng một tình trạng bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của bạn tìm được loại thuốc được bảo hiểm có thể phù hợp với bạn.

Lựa Chọn 2. Bạn có thể yêu cầu ngoại lệ

Bạn và nhà cung cấp dịch vụ của bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thực hiện một ngoại lệ và chi trả cho loại thuốc theo cách bạn muốn được chi trả. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của bạn cho biết bạn có lý do y tế biện minh cho việc yêu cầu chúng tôi cấp ngoại lệ, nhà cung cấp dịch vụ của bạn có thể giúp bạn yêu cầu ngoại lệ. Ví dụ, bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi chi trả cho một loại thuốc ngay cả khi thuốc đó không có trong Hướng dẫn Thuốc của chương trình của chúng tôi. Hoặc bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thực hiện một ngoại lệ và chi trả cho loại thuốc mà không có hạn chế.

Nếu bạn là thành viên hiện tại và một loại thuốc bạn đang dùng sẽ bị xóa khỏi danh mục thuốc hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó cho năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn về bất kỳ thay đổi nào trước năm mới. Bạn có thể yêu cầu một ngoại lệ trước năm tới và chúng tôi sẽ trả lời bạn trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn (hoặc tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ kê đơn của bạn). Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của bạn, chúng tôi sẽ ủy quyền bảo hiểm cho loại thuốc đó trước khi thay đổi có hiệu lực.

Nếu bạn và nhà cung cấp dịch vụ của bạn muốn yêu cầu một ngoại lệ, hãy đến Chương 9, Phần 7.4 để tìm hiểu những gì cần làm. Tài liệu này giải thích các thủ tục và thời hạn được Medicare quy định để đảm bảo yêu cầu của bạn được xử lý kịp thời và công bằng.

Phần 5.1 Phải làm gì nếu thuốc của bạn nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà bạn cho là quá cao

Nếu thuốc của bạn nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà bạn cho là quá cao, đây là những việc bạn có thể làm:

Bạn có thể chuyển sang thuốc khác

Nếu thuốc của bạn nằm ở bậc chia sẻ chi phí mà bạn cho là quá cao, hãy nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của bạn. Có thể có một loại thuốc khác ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn có thể phù hợp với bạn. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bảo hiểm điều trị cùng một tình trạng bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của bạn tìm được loại thuốc được bảo hiểm có thể phù hợp với bạn.

Bạn có thể yêu cầu miễn trừ

Bạn và nhà cung cấp dịch vụ của bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi tạo ngoại lệ về bậc chia sẻ chi phí cho loại thuốc đó để bạn trả ít hơn cho thuốc đó. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của bạn cho rằng bạn có lý do y tế để yêu cầu chúng tôi xem xét ngoại lệ, nhà cung cấp dịch vụ của bạn có thể giúp bạn yêu cầu ngoại lệ đối với quy định này.

Nếu bạn và nhà cung cấp dịch vụ của bạn muốn yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 7.4 để biết cách thực hiện. Tài liệu này giải thích các thủ tục và thời hạn được Medicare quy định để đảm bảo yêu cầu của bạn được xử lý kịp thời và công bằng.

Các loại thuốc trong Bậc Chia sẻ Chi phí 5 - Bậc Đặc biệt của chúng tôi không đủ điều kiện cho loại ngoại lệ này. Chúng tôi không giảm mức chia sẻ chi phí cho các loại thuốc trong bậc này.

PHẦN 6 Hướng Dẫn Thuốc của chúng tôi có thể thay đổi trong năm

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

- **Thêm hoặc xóa thuốc khỏi Hướng Dẫn Thuốc**.
- **Chuyển một loại thuốc lên bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thấp hơn.**
- **Thêm hoặc xóa một hạn chế về phạm vi bảo hiểm đối với một loại thuốc**.
- **Thay thế một loại thuốc biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó.**
- **Thay thế một sản phẩm sinh học gốc bằng phiên bản thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi của sản phẩm sinh học đó.**

Chúng tôi phải tuân theo các yêu cầu của Medicare trước khi thay đổi Hướng Dẫn Thuốc của chương trình.

Thông tin về các thay đổi trong phạm vi bảo hiểm thuốc

Khi có các thay đổi đối với Hướng dẫn Thuốc, chúng tôi đăng thông tin về những thay đổi đó lên trang web của chúng tôi. Chúng tôi cũng thường xuyên cập nhật Hướng dẫn Thuốc trực tuyến của mình. Đôi khi bạn sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi được thực hiện đối với một loại thuốc bạn đang dùng.

Các thay đổi về phạm vi bảo hiểm thuốc ảnh hưởng đến bạn trong năm chương trình này

- **Thêm thuốc mới vào Hướng Dẫn Thuốc và ngay lập tức xóa bỏ hoặc thực hiện các thay đổi đối với một loại thuốc tương tự trong Hướng Dẫn Thuốc.**

  – Chúng tôi có thể lập tức xóa một loại thuốc tương tự khỏi Hướng Dẫn 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 mới của loại thuốc sẽ ở cùng bậc hoặc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn và với cùng mức hoặc ít hạn chế hơn.

  – Chúng tôi sẽ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này chỉ khi chúng tôi bổ sung phiên bản thuốc gốc mới của một thuốc biệt dược hoặc bổ sung một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của một sản phẩm sinh học gốc vốn đã có trong Danh Mục Thuốc.

  – Chúng tôi sẽ thực hiện các thay đổi này ngay lập tức và thông báo cho quý vị sau, ngay cả khi quý vị đang sử dụng loại thuốc mà chúng tôi xóa hoặc thực hiện thay đổi. Nếu bạn đang dùng loại thuốc tương tự vào thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn về bất kỳ thay đổi cụ thể nào chúng tôi đã thực hiện.

- **Thêm thuốc vào Hướng Dẫn Thuốc và xóa hoặc thực hiện các thay đổi đối với một loại thuốc tương tự trong Hướng Dẫn Thuốc.**

  – Khi bổ sung thêm một dạng thuốc khác vào Hướng dẫn Thuốc, chúng tôi có thể xóa một loại thuốc tương tự khỏi Hướng dẫn Thuốc, chuyển nó sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới, hoặc cả hai. Phiên bản thuốc mà chúng tôi thêm vào sẽ ở cùng bậc hoặc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn và với cùng mức hoặc ít hạn chế hơn.

  – Chúng tôi sẽ thực hiện những thay đổi này chỉ khi chúng tôi bổ sung phiên bản thuốc gốc (gốc) mới của một thuốc biệt dược (brand name) hoặc bổ sung một số phiên bản thuốc sinh học tương tự (biosimilar) mới của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh mục Thuốc.

  – Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi đó và chi trả cho lần cấp phát 30 ngày của phiên bản thuốc quý vị đang dùng.

- **Loại bỏ các thuốc không an toàn và các thuốc khác trong Hướng Dẫn Thuốc đã bị rút khỏi thị trường.**

  – Đôi khi một loại thuốc có thể bị coi là không an toàn hoặc bị thu hồi khỏi thị trường vì lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức xóa thuốc đó khỏi Hướng Dẫn Về Thuốc. Nếu bạn đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn sau khi thực hiện thay đổi.

- **Thực hiện các thay đổi khác đối với các thuốc trong Hướng Dẫn Thuốc.**

  – Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác sau khi năm đã bắt đầu và những thay đổi này ảnh hưởng đến các loại thuốc bạn đang dùng. Ví dụ, chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi dựa trên cảnh báo đóng khung của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.

  – Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện các thay đổi này hoặc thông báo cho bạn về sự thay đổi và thanh toán thêm một lần cấp phát 30 ngày của thuốc bạn đang dùng.

Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào trong số này đối với bất kỳ loại thuốc nào bạn đang dùng, hãy trao đổi với bác sĩ kê đơn của bạn về các lựa chọn phù hợp nhất với bạn, bao gồm việc chuyển sang một loại thuốc khác để điều trị tình trạng của bạn, hoặc yêu cầu quyết định chi trả để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với thuốc bạn đang dùng. Bạn hoặc bác sĩ kê đơn của bạn có thể yêu cầu chúng tôi ngoại lệ để tiếp tục chi trả cho thuốc hoặc phiên bản thuốc mà bạn đã dùng. Để biết thông tin về cách yêu cầu quyết định chi trả, bao gồm cả ngoại lệ, hãy đọc Chương 9.

Các thay đổi đối với Hướng Dẫn Thuốc không ảnh hưởng đến bạn trong năm chương trình này

Chúng tôi có thể thực hiện một số thay đổi nhất định đối với Hướng Dẫn Thuốc mà không được mô tả ở trên. Trong những trường hợp này, thay đổi sẽ không áp dụng cho bạn nếu bạn đang dùng thuốc đó khi thay đổi được thực hiện; tuy nhiên, những thay đổi này có thể sẽ ảnh hưởng đến bạn bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 của năm chương trình tiếp theo nếu bạn tiếp tục tham gia cùng một chương trình.

Nhìn chung, các thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến bạn trong năm chương trình hiện tại là:

- Chúng tôi chuyển thuốc của bạn lên bậc chia sẻ chi phí cao hơn.
- Chúng tôi đặt hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của bạn.
- Chúng tôi loại bỏ thuốc của bạn khỏi Hướng Dẫn Thuốc.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với thuốc bạn đang dùng (ngoại trừ việc rút khỏi thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc biệt dược, hoặc thay đổi khác được ghi chú trong các phần trên), sự thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của bạn hoặc số tiền bạn phải trả là phần chi phí của bạn cho đến ngày 1 tháng 1 của năm tiếp theo.

Chúng tôi sẽ không thông báo trực tiếp cho bạn về các loại thay đổi này trong năm chương trình hiện tại. Bạn sẽ cần kiểm tra Hướng Dẫn Thuốc cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách có sẵn trong thời gian đăng ký mở) để xem có bất kỳ thay đổi nào đối với các loại thuốc bạn đang dùng sẽ ảnh hưởng đến bạn trong năm chương trình tiếp theo hay không.

PHẦN 7 Các loại thuốc chúng tôi không chi trả

Một số loại thuốc theo toa bị *loại trừ*. Điều này có nghĩa là Medicare không chi trả cho các loại thuốc này.

Nếu bạn kháng cáo và loại thuốc được yêu cầu được xác định là không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ chi trả hoặc bao gồm thuốc đó. (Để biết thông tin về việc kháng cáo một quyết định, hãy đọc Chương 9.) Nếu thuốc bị loại trừ bởi chương trình của chúng tôi cũng bị loại trừ bởi Medicaid, bạn phải tự chi trả.

Dưới đây là 3 quy tắc chung về các thuốc mà các chương trình thuốc Medicare sẽ không chi trả theo Phần D:

- Phạm vi bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình chúng tôi không thể chi trả cho một loại thuốc sẽ được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B.
- Chương trình của chúng tôi không thể chi trả cho thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của nó.
- Chương trình của chúng tôi không thể chi trả cho việc sử dụng thuốc ngoài nhãn khi việc sử dụng đó không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như American Hospital Formulary Service Drug Information và Micromedex DRUGDEX Information System. *Sử dụng ngoài nhãn* là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào khác với những mục đích được ghi trên nhãn của thuốc được FDA chấp thuận.

Ngoài ra, theo quy định của pháp luật, các loại thuốc thuộc các danh mục dưới đây không được Medicare chi trả. Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được chi trả cho bạn theo phạm vi bảo hiểm thuốc Medicaid của bạn. Vui lòng liên hệ với Apple Health (Medicaid) để biết thêm thông tin. Thông tin liên hệ của Apple Health (Medicaid) có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

- Thuốc không kê đơn (còn được gọi là thuốc không cần toa)
- Thuốc dùng để hỗ trợ sinh sản

- Thuốc dùng để giảm triệu chứng ho hoặc cảm lạnh
- Thuốc dùng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để kích thích mọc tóc
- Vitamin và khoáng chất theo toa, ngoại trừ vitamin dành cho bà bầu và các chế phẩm fluoride
- Thuốc dùng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc dùng để điều trị chứng chán ăn, giảm cân hoặc tăng cân
- Thuốc ngoại trú mà nhà sản xuất yêu cầu các xét nghiệm liên quan hoặc dịch vụ theo dõi phải được mua chỉ từ nhà sản xuất như một điều kiện của việc bán hàng

Nếu bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) để chi trả cho toa thuốc của bạn, Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) sẽ không chi trả cho các loại thuốc thường không được chi trả. Nếu bạn có bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, chương trình Medicaid tiểu bang của bạn có thể chi trả cho một số loại thuốc theo toa thường không được chi trả trong chương trình thuốc Medicare. Hãy liên hệ với chương trình Medicaid tiểu bang của bạn để xác định phạm vi bảo hiểm thuốc nào có thể dành cho bạn. (Tìm số điện thoại và thông tin liên hệ cho Medicaid trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.)

PHẦN 8 Cách mua thuốc theo toa

Để mua thuốc theo toa, hãy cung cấp cả thông tin thành viên trong chương trình của chúng tôi và thông tin thành viên Apple Health (Medicaid) của bạn, có thể tìm thấy trên thẻ thành viên của bạn, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà bạn chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình của chúng tôi để thanh toán cho loại thuốc của bạn.

Hãy nhớ xuất trình thẻ ID Apple Health (Medicaid) của bạn cùng với thẻ thành viên Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) để thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ của bạn biết rằng bạn có thể có thêm quyền lợi bảo hiểm.

Nếu bạn không mang theo thông tin thành viên của chương trình bảo hiểm, bạn hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình bảo hiểm của chúng tôi để lấy thông tin, hoặc bạn có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin đăng ký chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, **bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí của đơn thuốc khi bạn đến lấy thuốc**. Sau đó bạn có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho bạn**. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả.

PHẦN 9 Quyền lợi bảo hiểm thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt

Phần 9.1 Trong thời gian nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên sâu được chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả

Nếu bạn được nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên biệt trong thời gian được chương trình của chúng tôi chi trả, chúng tôi thường sẽ chi trả chi phí thuốc theo đơn của bạn trong thời gian lưu trú. Khi bạn rời bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên biệt, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả thuốc theo đơn của bạn miễn là các loại thuốc đáp ứng tất cả các quy định về chi trả của chúng tôi được mô tả trong chương này.

Phần 9.2 Khi là cư dân tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng hoặc sử dụng một nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả các cư dân của mình. Nếu bạn là cư dân của cơ sở LTC, bạn có thể lấy thuốc theo đơn thông qua nhà thuốc của cơ sở hoặc nhà thuốc mà cơ sở sử dụng, miễn là nhà thuốc đó là một phần trong mạng lưới của chúng tôi.

Kiểm tra Danh mục Nhà cung cấp của bạn (**Humana.com/FindCare**) để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở LTC của bạn hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu bạn cần thêm thông tin hoặc trợ giúp, hãy liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711). Nếu bạn đang ở trong cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng bạn có thể thường xuyên nhận được các quyền lợi Phần D của mình thông qua mạng lưới nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Nếu bạn là cư dân tại cơ sở LTC và cần một loại thuốc không có trong Hướng dẫn Thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó, hãy xem Phần 5 để biết thông tin về việc lấy nguồn cung cấp tạm thời hoặc khẩn cấp.

Phần 9.3 Nếu bạn cũng có quyền lợi bảo hiểm thuốc từ chương trình bảo hiểm của chủ lao động hoặc nhóm người đã nghỉ hưu

Nếu bạn có bảo hiểm thuốc khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của bạn (hoặc của vợ/chồng hoặc người bạn đời của bạn), hãy liên hệ với **người quản lý quyền lợi của nhóm đó**. Họ có thể giúp bạn hiểu cách bảo hiểm thuốc hiện tại của bạn sẽ hoạt động cùng với chương trình của chúng tôi.

Nhìn chung, nếu bạn có bảo hiểm thuốc theo nhóm nhân viên hoặc hưu trí, bảo hiểm thuốc bạn nhận được từ chúng tôi sẽ là thứ yếu so với bảo hiểm nhóm của bạn. Điều đó có nghĩa là bảo hiểm nhóm của bạn thanh toán trước.

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm tương đương:

Mỗi năm, chủ lao động hoặc nhóm người đã nghỉ hưu của bạn sẽ gửi cho bạn một thông báo cho biết liệu quyền lợi bảo hiểm thuốc của bạn cho năm dương lịch tiếp theo có tương đương hay không.

Nếu quyền lợi bảo hiểm từ chương trình bảo hiểm nhóm là tương đương, điều đó có nghĩa là chương trình bảo hiểm của bạn có quyền lợi bảo hiểm thuốc được kỳ vọng sẽ chi trả, tính trung bình, ít nhất là tương đương với quyền lợi bảo hiểm thuốc tiêu chuẩn của Medicare.

Giữ lại mọi thông báo về bảo hiểm tương đương vì bạn có thể cần những thông báo này sau này để chứng minh rằng bạn đã duy trì bảo hiểm tương đương. Nếu bạn không nhận được thông báo về bảo hiểm tương đương, hãy yêu cầu bản sao từ người quản lý quyền lợi của chương trình chủ lao động hoặc hưu trí của bạn, hoặc từ chủ lao động hoặc công đoàn.

Phần 9.4 Nếu bạn đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Dịch vụ chăm sóc cuối đời (Chăm sóc cuối đời) và chương trình của chúng tôi không chi trả cùng một loại thuốc cùng một lúc. Nếu bạn đã đăng ký dịch vụ chăm sóc cuối đời Medicare và cần một số loại thuốc nhất định (ví dụ: thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc giảm lo âu) không được dịch vụ chăm sóc cuối đời của bạn chi trả vì không liên quan đến bệnh hiểm nghèo của bạn và các tình trạng liên quan, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ bác sĩ kê đơn hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của bạn xác nhận rằng loại thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi có thể chi trả cho loại thuốc đó. Để

tránh chậm trễ trong việc lấy những loại thuốc này mà chương trình của chúng tôi phải chi trả, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ kê đơn của bạn cung cấp thông báo trước khi đơn thuốc của bạn được điều chế.

Trong trường hợp bạn hủy bỏ lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc được xuất viện khỏi dịch vụ chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho các loại thuốc của bạn như được giải thích trong tài liệu này. Để tránh mọi sự chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare của bạn kết thúc, hãy mang tài liệu đến nhà thuốc để xác minh việc hủy bỏ hoặc xuất viện của bạn.

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

Chúng tôi thực hiện xem xét việc sử dụng thuốc để giúp đảm bảo các thành viên của chúng tôi nhận được sự chăm sóc an toàn và phù hợp.

Chúng tôi thực hiện đánh giá mỗi lần bạn lấy thuốc theo đơn. Chúng tôi cũng thường xuyên xem xét hồ sơ của mình. Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi tìm kiếm các vấn đề tiềm ẩn như:

- Các lỗi dùng thuốc có thể xảy ra
- Các loại thuốc có thể không cần thiết vì bạn đang dùng một loại thuốc tương tự khác để điều trị cùng một tình trạng bệnh
- Các loại thuốc có thể không an toàn hoặc không phù hợp do tuổi tác hoặc giới tính của bạn
- Một số kết hợp thuốc nhất định có thể gây hại cho bạn nếu dùng cùng một lúc
- Đơn thuốc cho các loại thuốc có thành phần mà bạn bị dị ứng
- Các lỗi có thể xảy ra về liều lượng của thuốc bạn đang dùng
- Lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu chúng tôi phát hiện một vấn đề có thể xảy ra trong việc sử dụng thuốc của bạn, chúng tôi sẽ phối hợp với nhà cung cấp dịch vụ của bạn để khắc phục vấn đề đó.

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 thuốc opioid theo đơn và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác một cách an toàn. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản lý Thuốc (DMP). Nếu bạn sử dụng thuốc opioid mà bạn nhận từ nhiều bác sĩ kê đơn hoặc nhiều nhà thuốc khác nhau, hoặc nếu bạn vừa bị quá liều opioid, chúng tôi có thể trao đổi với các bác sĩ kê đơn của bạn để đảm bảo việc sử dụng thuốc opioid của bạn là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Phối hợp với các bác sĩ kê đơn của bạn, nếu chúng tôi xác định rằng việc bạn sử dụng thuốc opioid theo đơn hoặc thuốc benzodiazepine có thể không an toàn, chúng tôi có thể hạn chế cách bạn được lấy những loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa bạn vào DMP của mình, các hạn chế có thể là:

- Yêu cầu bạn nhận tất cả các đơn thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ (các) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu bạn nhận tất cả các đơn thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ (các) bác sĩ kê đơn nhất định
- Giới hạn lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ chi trả cho bạn

Nếu chúng tôi có chương trình hạn chế cách bạn lấy những loại thuốc này hoặc số lượng bạn có thể lấy, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thư thông báo trước. Thư sẽ cho bạn biết liệu chúng tôi có hạn chế phạm vi bảo hiểm của những loại thuốc này đối với bạn hay không, hoặc liệu bạn có bắt buộc phải lấy đơn thuốc cho những loại thuốc này chỉ từ một bác sĩ kê đơn hoặc nhà thuốc cụ thể hay không. Bạn sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bạn muốn sử dụng bác sĩ kê đơn hoặc nhà thuốc nào, và bất kỳ thông tin nào khác mà bạn cho là quan trọng để chúng tôi biết. Sau khi bạn đã có cơ hội phản hồi, nếu chúng tôi quyết định hạn chế phạm vi bảo hiểm của bạn đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thư khác xác nhận sự hạn chế đó. Nếu bạn cho rằng chúng tôi đã mắc sai lầm hoặc bạn không đồng ý với quyết định của chúng tôi hay với sự hạn chế đó, bạn và bác sĩ kê đơn của bạn có quyền kháng cáo. Nếu bạn kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét lại trường hợp của bạn và đưa ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của bạn liên quan đến các hạn chế áp dụng đối với việc bạn tiếp cận thuốc, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của bạn đến một người xem xét độc lập bên ngoài chương trình của chúng tôi. Hãy đến Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu kháng cáo.

Bạn sẽ không bị đưa vào DMP của chúng tôi nếu bạn mắc một số tình trạng bệnh nhất định, chẳng hạn như đau liên quan đến ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, bạn đang nhận chăm sóc cuối đời (chăm sóc cuối đời), chăm sóc xoa dịu, hoặc chăm sóc giai đoạn cuối đời, hoặc đang sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn.

Phần 10.2 Quản lý Liệu pháp Thuốc (MTM) và các chương trình khác để giúp các thành viên quản lý thuốc

Chúng tôi có các chương trình có thể giúp các thành viên của chúng tôi có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Một chương trình được gọi là chương trình Quản lý Liệu pháp Thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình này cho chúng tôi để giúp đảm bảo các thành viên của chúng tôi nhận được lợi ích tối đa từ các loại thuốc họ đang dùng.

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

Bạn nên trao đổi với bác sĩ về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được đề nghị của mình. Hãy mang bản tóm tắt theo khi đến khám hoặc bất cứ khi nào bạn 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 và mang theo bên mình (ví dụ, cùng với giấy tờ tùy thân) trong trường hợp bạn phải đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của bạn, chúng tôi sẽ tự động đăng ký bạn vào chương trình và gửi thông tin cho bạn. Nếu bạn quyết định không tham gia, hãy thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút bạn ra khỏi chương trình. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào về các chương trình này, vui lòng liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

CHƯƠNG 6: Những gì bạn thanh toán cho thuốc Phần D

PHẦN 1 Những gì bạn thanh toán cho thuốc Phần D

Chúng tôi dùng từ "thuốc" trong chương này để chỉ thuốc theo toa thuộc Phần D. Không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc thuộc Phần D. Một số loại thuốc bị loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm Phần D theo quy định của pháp luật. Một số loại thuốc bị loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm Phần D được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc theo Medicaid.

Để hiểu thông tin về thanh toán, bạn cần biết những loại thuốc nào được bảo hiểm, nơi để mua thuốc theo toa và những quy tắc cần tuân theo khi nhận thuốc được bảo hiểm. Chương 5 giải thích các quy tắc này. Khi bạn sử dụng "Công cụ Lợi ích Thời gian Thực" của chương trình để tra cứu phạm vi bảo hiểm thuốc (bằng cách truy cập **Humana.com** và đăng nhập vào MyHumana), chi phí bạn thấy hiển thị là ước tính chi phí tự trả mà bạn dự kiến phải trả. Bạn cũng có thể nhận thông tin được cung cấp trong "Công cụ Lợi ích Thời gian Thực" bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

Làm thế nào bạn có thể nhận thông tin về chi phí thuốc của mình?

Vì bạn đủ điều kiện hưởng Medicaid, bạn đủ tiêu chuẩn và đang nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của bạn. Vì bạn có Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), **một số thông tin trong** tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm này **về chi phí cho thuốc theo toa thuộc Phần D không áp dụng cho bạn.** Chúng tôi đã gửi cho bạn một tờ chèn riêng, gọi là Phụ lục Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Những Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung để Thanh toán Thuốc theo Toa (còn được gọi là Phụ lục Trợ cấp Thu nhập Thấp hoặc Phụ lục LIS), trong đó cung cấp thông tin về phạm vi bảo hiểm thuốc của bạn. Nếu bạn không có tờ chèn này, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu Phụ lục LIS.

Phần 1.1 Các loại chi phí tự trả mà bạn có thể phải thanh toán cho các loại thuốc được bảo hiểm

Có 3 loại chi phí tự trả khác nhau cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm mà bạn có thể được yêu cầu thanh toán:

- **Khấu trừ** là số tiền bạn thanh toán cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu thanh toán phần của chúng tôi.
- **Đồng thanh toán** là một khoản cố định bạn thanh toán mỗi lần bạn mua thuốc theo toa.
- **Đồng bảo hiểm** là một tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí bạn thanh toán mỗi lần bạn mua thuốc theo toa.

Phần 1.2 Cách Medicare tính chi phí tự trả của bạn

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

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

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

- Số tiền bạn thanh toán cho thuốc khi bạn đang ở trong các giai đoạn thanh toán thuốc sau:
  - Giai đoạn Khấu trừ
  - Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu
- Bất kỳ khoản thanh toán nào bạn đã thực hiện trong năm dương lịch này với tư cách là thành viên của một chương trình thuốc Medicare khác trước khi bạn tham gia chương trình của chúng tôi
- Bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của bạn được thực hiện bởi gia đình hoặc bạn bè
- Bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện cho thuốc của bạn bởi Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare, các chương trình y tế của người sử dụng lao động hoặc công đoàn, Indian Health Service, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, và hầu hết các tổ chức từ thiện

Chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa:

Khi bạn (hoặc những người thanh toán thay mặt bạn) đã chi tổng cộng **$2,400** trong chi phí tự trả trong năm dương lịch, bạn chuyển từ Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu sang Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa.

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

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

- Thuốc bạn mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của nó
- Thuốc không được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi
- Các loại thuốc bạn mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu của chương trình chúng tôi về phạm vi bảo hiểm ngoài mạng lưới
- Các loại thuốc không thuộc Phần D, bao gồm thuốc kê đơn được bảo hiểm theo Phần A hoặc Phần B và các loại thuốc khác bị Medicare loại trừ khỏi phạm vi bảo hiểm
- Các khoản thanh toán bạn thực hiện cho các loại thuốc thường không được bảo hiểm trong Chương trình Thuốc Medicare
- Các khoản thanh toán cho thuốc của bạn được thực hiện bởi một số chương trình bảo hiểm và chương trình y tế do chính phủ tài trợ như TRICARE và Cơ quan Quản lý Y tế Cựu chiến binh (VA)
- Các khoản thanh toán cho thuốc của bạn được thực hiện bởi bên thứ ba có nghĩa vụ pháp lý thanh toán chi phí thuốc theo đơn (ví dụ: Bồi thường Lao động)
- Các khoản thanh toán được thực hiện bởi các nhà sản xuất thuốc theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất

Nhắc nhở: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác như các tổ chức được liệt kê ở trên thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí tự trả của bạn cho thuốc, bạn có nghĩa vụ thông báo cho chương trình của chúng tôi bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).

Theo dõi tổng chi phí tự trả của bạn

- Báo cáo SmartSummary® bạn nhận được bao gồm tổng chi phí tự trả hiện tại của bạn. Khi số tiền này đạt đến **$2,400**, SmartSummary® sẽ thông báo cho bạn rằng bạn đã rời khỏi Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa.
- **Đảm bảo chúng tôi có thông tin cần thiết**. Đến Phần 3.1 để tìm hiểu những gì bạn có thể làm để giúp đảm bảo hồ sơ của chúng tôi về những gì bạn đã chi tiêu là đầy đủ và cập nhật.

PHẦN 2 Các giai đoạn thanh toán thuốc dành cho thành viên Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Có **3 giai đoạn thanh toán thuốc** cho phạm vi bảo hiểm thuốc của bạn theo Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP). Số tiền bạn phải trả phụ thuộc vào giai đoạn bạn đang ở khi bạn mua hoặc mua lại đơn thuốc. Chi tiết của từng giai đoạn được giải thích trong chương này. Các giai đoạn là:

- **Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hằng năm**
- **Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu**
- **Giai đoạn 3: Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa**

PHẦN 3 *SmartSummary®* của bạn giải thích giai đoạn thanh toán mà bạn đang ở

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc theo toa của bạn và các khoản thanh toán bạn thực hiện khi nhận thuốc theo toa tại nhà thuốc. Theo cách này, chúng tôi có thể thông báo cho bạn khi bạn 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 bạn đã thanh toán. Bao gồm những gì bạn đã trả khi nhận thuốc Phần D được bảo hiểm, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của bạn do gia đình hoặc bạn bè thực hiện, và bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của bạn do Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare, chương trình y tế của người sử dụng lao động hoặc công đoàn, Indian Health Service, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, và các tổ chức từ thiện thực hiện.
- **Tổng Chi Phí Thuốc:** đây là tổng tất cả các khoản thanh toán được thực hiện cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của bạn. Bao gồm những gì chương trình của chúng tôi đã thanh toán, những gì bạn đã thanh toán, và những gì các chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của bạn.

Nếu bạn đã lấy một hoặc nhiều đơn thuốc thông qua chương trình của chúng tôi trong tháng trước, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một SmartSummary. SmartSummary bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó**. Báo cáo này cung cấp thông tin chi tiết về thanh toán cho các đơn thuốc bạn đã lấy trong tháng trước. Nó hiển thị tổng chi phí thuốc, số tiền chương trình của chúng tôi đã thanh toán, và số tiền bạn và những người khác đã thanh toán thay mặt bạn.
- **Tổng cộng trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Phần này hiển thị tổng chi phí thuốc và tổng các khoản thanh toán cho thuốc của bạn kể từ đầu năm.
- **Thông tin về giá thuốc.** Thông tin này hiển thị tổng giá thuốc và thông tin về những thay đổi về giá kể từ lần lấy thuốc đầu tiên cho mỗi yêu cầu bồi hoàn đơn thuốc có cùng số lượng.

- **Các đơn thuốc thay thế có chi phí thấp hơn hiện có.** Thông tin này hiển thị thông tin về các loại thuốc khác hiện có với chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu bồi hoàn đơn thuốc, nếu có.

Phần 3.1 Hãy giúp chúng tôi cập nhật thông tin về các khoản thanh toán thuốc của bạn

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

- **Xuất trình thẻ thành viên mỗi khi bạn lấy đơn thuốc.** Điều này giúp đảm bảo rằng chúng tôi biết về các đơn thuốc bạn mua và số tiền bạn trả.
- **Đảm bảo chúng tôi có thông tin cần thiết**. Có những lúc bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí cho một loại thuốc theo đơn. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin cần thiết để theo dõi chi phí tự chi trả của bạn. Để giúp chúng tôi theo dõi chi phí tự chi trả của bạn, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của bạn. **Ví dụ về những trường hợp bạn nên cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc của bạn:**
  - Khi bạn mua thuốc được bảo hiểm tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi trong chương trình của chúng tôi.
  - Khi bạn thanh toán khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
  - Bất kỳ lúc nào bạn mua thuốc được bảo hiểm tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc trả toàn bộ giá cho một loại thuốc được bảo hiểm trong các trường hợp đặc biệt.
  - Nếu bạn nhận được hóa đơn cho một loại thuốc được bảo hiểm, bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện điều này, hãy xem Chương 7, Phần 2.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thực hiện cho bạn**. Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số người và tổ chức nhất định cũng được tính vào chi phí tự chi trả của bạn. Ví dụ, các khoản thanh toán được thực hiện bởi chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Indian Health Service, và các tổ chức từ thiện được tính vào chi phí tự chi trả của bạn. Lưu lại hồ sơ về các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của bạn.
- **Kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho bạn.** Khi bạn nhận được SmartSummary, hãy xem qua để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu bạn cho rằng có điều gì đó bị thiếu hoặc có thắc mắc, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi số 711). Hãy đảm bảo lưu giữ các báo cáo này.

PHẦN 4 Giai đoạn Khấu trừ

Vì hầu hết các thành viên của chúng tôi được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) với chi phí thuốc theo đơn của họ, Giai đoạn Khấu trừ không áp dụng cho hầu hết các thành viên. Nếu bạn được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho bạn.

Xem tài liệu đính kèm riêng (LIS Rider) để biết thông tin về mức khấu trừ của bạn.

Nếu bạn không được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), Giai đoạn Khấu trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho phạm vi bảo hiểm thuốc của bạn. Khoản khấu trừ không áp dụng cho các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm vắc-xin zona, uốn ván và vắc-xin du lịch. Bạn sẽ trả khoản khấu trừ hằng năm là **$700** cho các loại thuốc thuộc Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 và Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5. **Bạn phải trả toàn bộ chi phí cho các loại thuốc thuộc Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 và Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5 của bạn** cho đến khi bạn đạt đến mức khấu trừ của chương trình chúng tôi. Đối với tất cả các loại thuốc khác, bạn sẽ không phải trả bất kỳ khoản khấu trừ nào. **Chi phí đầy đủ** thường thấp hơn mức giá đầy đủ thông thường của thuốc vì chương trình của chúng tôi đã thương lượng chi phí thấp hơn cho hầu hết các loại thuốc tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Tổng chi phí không được vượt quá mức giá hợp lý tối đa cộng với phí cấp phát thuốc đối với các loại thuốc có giá thương lượng theo Chương trình Thương lượng Giá Thuốc Medicare.

Khi bạn thanh toán **$700** cho các loại thuốc thuộc Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 và Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5, bạn sẽ rời khỏi Giai đoạn Khấu trừ và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

PHẦN 5 Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Phần 5.1 Khoản bạn phải trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào loại thuốc đó và nơi bạn mua thuốc theo đơn

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chương trình cho các loại thuốc được bảo hiểm của bạn, và bạn thanh toán phần của bạn (số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của bạn). Phần chi phí của bạn sẽ thay đổi tùy thuộc vào loại thuốc và nơi bạn lấy đơn thuốc.

Chương trình của chúng tôi có Năm (5) bậc chi phí

Mỗi loại thuốc trong Hướng dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi thuộc một trong Năm (5) bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí của bạn cho loại thuốc đó càng cao:

- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 1 - Thuốc Gốc Ưu Tiên:** Thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược có mức chia sẻ chi phí thấp nhất cho chương trình này.
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 2 - Thuốc Gốc:** Thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược mà chương trình cung cấp với chi phí cao hơn cho quý vị so với thuốc Gốc Ưu Tiên Bậc 1.
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 3 - Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên: Thuốc** gốc hoặc thuốc biệt dược mà chương trình cung cấp với chi phí thấp hơn cho quý vị so với thuốc Không Ưu Tiên Bậc 4.
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 - Thuốc Không Ưu Tiên:** Thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược mà chương trình cung cấp với chi phí cao hơn cho quý vị so với thuốc biệt dược Ưu Tiên Bậc 3.
- **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5 – Bậc Thuốc Đặc Trị:** Một số thuốc tiêm và các thuốc có chi phí cao khác.

Để tìm hiểu bậc chia sẻ chi phí mà thuốc của bạn thuộc về, hãy tra cứu trong Hướng Dẫn Thuốc của chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

Các lựa chọn nhà thuốc của bạn

Số tiền bạn trả cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc bạn mua thuốc từ:

- Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới

- Một nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi. Chúng tôi chỉ chi trả cho đơn thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số tình huống hạn chế. Hãy xem Chương 5, Phần 2.4 để tìm hiểu khi nào chúng tôi sẽ chi trả cho đơn thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình bảo hiểm của chúng tôi

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn nhà thuốc và việc mua thuốc theo đơn, hãy xem Chương 5 và Danh Mục Nhà Cung Cấp của chương trình bảo hiểm của chúng tôi (**Humana.com/FindCare**).

Phần 5.2 Chi phí của bạn cho lượng thuốc dùng trong một tháng của một loại thuốc được bảo hiểm

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, phần chi phí của bạn cho một loại thuốc được bảo hiểm sẽ là khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

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

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

Chi phí của bạn cho lượng thuốc dùng trong một tháng của thuốc Phần D được bảo hiểm

Bậc	Chia sẻ chi phí bán lẻ (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư ưu tiên (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 31 ngày)	*Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Bảo hiểm chỉ giới hạn trong một số tình huống nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết.) (cung cấp tối đa 30 ngày)
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 1** Thuốc Gốc Ưu Tiên	**$0**	**$10**	**$0**	**$0**	**$0**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 1** Insulin	**$0**	**25% tối đa $10**	**$0**	**$0**	**$0**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 2** Thuốc gốc	**$0**	**$20**	**$0**	**$0**	**$0**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 2** Insulin	**$0**	**16% tối đa $20**	**$0**	**$0**	**$0**

Bậc	Chia sẻ chi phí bán lẻ (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư ưu tiên (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 30 ngày)	Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 31 ngày)	*Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Bảo hiểm chỉ giới hạn trong một số tình huống nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết.) (cung cấp tối đa 30 ngày)
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 3** Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên	**17%**	**17%**	**17%**	**17%**	**17%**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 3** Insulin	**17% tối đa $35**	**17% tối đa $35**	**17% tối đa $35**	**17% tối đa $35**	**17% tối đa $35**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 4** Thuốc Không Được Ưu Tiên	**40%**	**40%**	**40%**	**40%**	**40%**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 4** Insulin	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 5** Bậc Đặc Biệt	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 5** Insulin	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**	**25% tối đa $35**
*Bạn có thể được yêu cầu thanh toán phần chênh lệch giữa số tiền bạn trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ chi trả tại nhà thuốc trong mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.4 để biết thêm thông tin về việc sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi.					

Không phải tất cả các bậc đều có thể bao gồm insulin. Vui lòng tham khảo Hướng dẫn Thuốc theo Đơn của bạn để xác nhận phạm vi bảo hiểm insulin.

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

Phần 5.3 Nếu bác sĩ của bạn kê đơn ít hơn lượng cung cấp cho cả tháng, bạn có thể không phải trả chi phí cho toàn bộ lượng cung cấp trong tháng

Thông thường, số tiền bạn trả cho một loại thuốc bao gồm lượng cung cấp cho cả tháng. Có thể có những lúc bạn hoặc bác sĩ của bạn muốn bạn dùng thuốc ít hơn một tháng (ví dụ, khi bạn dùng thử một loại thuốc lần đầu tiên).

Bạn cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê đơn, và dược sĩ cấp phát, ít hơn lượng cung cấp cho cả tháng nếu điều này giúp bạn lên chương trình ngày tái cấp thuốc tốt hơn.

Nếu bạn nhận được ít hơn lượng cung cấp cho cả tháng của một số loại thuốc nhất định, bạn sẽ không phải trả cho toàn bộ lượng cung cấp trong tháng.

- Nếu bạn chịu trách nhiệm về đồng bảo hiểm, bạn trả một tỷ lệ phần trăm trên tổng chi phí của thuốc. Vì đồng bảo hiểm dựa trên tổng chi phí của thuốc, chi phí của bạn sẽ thấp hơn do tổng chi phí cho thuốc sẽ thấp hơn.
- Nếu bạn chịu trách nhiệm về khoản đồng thanh toán cho thuốc, bạn chỉ trả cho số ngày dùng thuốc mà bạn nhận được thay vì cả tháng. Chúng tôi tính số tiền bạn trả mỗi ngày cho thuốc của bạn (mức chia sẻ chi phí hàng ngày) và nhân với số ngày dùng thuốc mà bạn nhận được.

Phần 5.4 Chi phí của bạn cho nguồn cung cấp dài hạn (lên đến 100 ngày) của thuốc Phần D được bảo hiểm

Đối với một số loại thuốc, bạn có thể nhận lượng cung cấp dài hạn (còn gọi là lượng cung cấp kéo dài). Nguồn cung cấp dài hạn là nguồn cung cấp lên đến lượng thuốc dùng trong 100 ngày.

Thuốc đặc trị hoặc các loại thuốc khác được chương trình xác định là không đủ điều kiện sẽ không được áp dụng lượng cung cấp kéo dài. Vui lòng xem Hướng dẫn Thuốc của bạn để tìm hiểu những loại thuốc nào bị hạn chế.

Chi phí của bạn cho nguồn cung cấp dài hạn (tối đa 100 ngày) của một loại thuốc Phần D được bảo trợ

Bậc	Chia sẻ chi phí bán lẻ (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 100 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 100 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư ưu tiên (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 100 ngày)
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 1** Thuốc Gốc Ưu Tiên	**$0**	**$30**	**$0**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 1** Insulin	**$0**	**25% tối đa $30**	**$0**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 2** Thuốc Gốc	**$0**	**$60**	**$0**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 2** Insulin	**$0**	**16% tối đa $60**	**$0**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 3** Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên	**17%**	**17%**	**17%**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 3** Insulin	**17% tối đa $105**	**17% tối đa $105**	**17% tối đa $105**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 4** Thuốc Không Được Ưu Tiên	**40%**	**40%**	**40%**

Bậc	Chia sẻ chi phí bán lẻ (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 100 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 100 ngày)	Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư ưu tiên (trong mạng lưới) (cung cấp tối đa 100 ngày)
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 4** Insulin	**25% tối đa $105**	**25% tối đa $105**	**25% tối đa $105**
Bậc **Chia Sẻ Chi Phí 5** Bậc Đặc Biệt	Không có nguồn cung cấp dài hạn cho các loại thuốc ở Bậc 5.		

Không phải tất cả các bậc đều có thể bao gồm insulin. Vui lòng tham khảo Hướng dẫn Thuốc theo Đơn của bạn để xác nhận phạm vi bảo hiểm insulin.

Phần 5.5 Bạn ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi chi phí tự trả của bạn trong năm đạt đến $2,400

Bạn ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu cho đến khi tổng chi phí trả từ túi của bạn đạt **$2,400**. Sau đó bạn chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa.

Bản SmartSummary mà bạn nhận được sẽ giúp bạn theo dõi số tiền mà bạn, chương trình của chúng tôi và bất kỳ bên thứ ba nào đã chi trả thay mặt bạn trong năm. Không phải tất cả các thành viên đều sẽ đạt đến giới hạn chi phí trả từ túi **$2,400** trong một năm.

Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn nếu bạn đạt đến số tiền này. Xem Phần 1.2 để biết thêm thông tin về cách Medicare tính chi phí trả từ túi của bạn.

PHẦN 6 Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa

Nếu bạn đạt đến Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa, bạn không phải trả gì cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của mình. Bạn bước vào Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa khi chi phí trả từ túi của bạn đạt đến giới hạn **$2,400** trong năm dương lịch. Một khi bạn đã ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa, bạn sẽ ở trong giai đoạn thanh toán này cho đến cuối năm dương lịch.

- Trong giai đoạn thanh toán này, bạn không phải trả gì cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D.

PHẦN 7 Thông tin quyền lợi bổ sung

Không có quyền lợi thuốc theo toa bổ sung nào với chương trình bảo hiểm này.

PHẦN 8 Chi phí bạn phải trả cho Vắc-xin theo Phần D

Thông báo quan trọng về khoản bạn phải trả cho vắc-xin - Một số vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được chi trả theo Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc theo Phần D. Bạn có thể tìm thấy các vắc-xin này được liệt kê trong Hướng Dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi. Chương trình của chúng tôi chi trả hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn mà không tốn chi phí cho bạn, ngay cả khi bạn chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Xem Hướng

Dẫn Thuốc của chương trình chúng tôi hoặc gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) để biết thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm và chia sẻ chi phí đối với các vắc-xin cụ thể.

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

- Phần đầu tiên là chi phí của **chính vắc-xin đó**.
- Phần thứ hai là chi phí **tiêm vắc-xin cho bạn**. (Đây đôi khi được gọi là việc thực hiện tiêm vắc-xin.)

Chi phí của bạn cho vắc-xin Phần D phụ thuộc vào 3 yếu tố:

1. **Liệu vắc-xin có được khuyến nghị cho người lớn bởi một tổ chức gọi là Ủy ban Tư vấn về Thực hành Tiêm chủng (ACIP) hay không.**
   - Hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được ACIP khuyến nghị và không tốn chi phí của bạn.
2. **Nơi bạn tiêm vắc-xin.**
   - Bản thân vắc-xin có thể được phân phối bởi hiệu thuốc hoặc được cung cấp tại phòng khám bác sĩ.
3. **Người tiêm vắc-xin cho bạn.**
   - Dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác có thể tiêm vắc-xin tại hiệu thuốc, hoặc nhà cung cấp dịch vụ có thể tiêm tại phòng khám bác sĩ.

Khoản bạn 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** bạn đang ở.

- Khi bạn được tiêm vắc-xin, bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí cho cả bản thân vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp tiêm vắc-xin cho bạn. Bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả phần chi phí của chúng tôi cho bạn. Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, điều này có nghĩa là bạn sẽ được hoàn trả toàn bộ chi phí mà bạn đã trả.
- Trong những trường hợp khác, khi bạn được tiêm vắc-xin, bạn chỉ trả phần chi phí của mình theo quyền lợi Phần D của bạn. Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bạn không phải trả gì.

Dưới đây là 3 ví dụ về các cách bạn có thể nhận vắc-xin Phần D.

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

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

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

- Khi bạn tiêm vắc-xin, bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí của bản thân vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp dịch vụ tiêm vắc-xin cho bạn.

- Sau đó bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ tục được mô tả trong Chương 7.

- Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bạn sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền bạn đã trả. Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được hoàn trả số tiền quý vị đã trả trừ đi bất kỳ khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán nào cho vắc-xin (bao gồm cả việc thực hiện tiêm), và trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính và số tiền chúng tôi thường thanh toán. (Nếu bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), chúng tôi sẽ hoàn trả cho bạn khoản chênh lệch này.)

Tình huống 3: Bạn mua bản thân vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới và mang đến phòng khám của bác sĩ để được tiêm vắc-xin.

- Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bạn không phải trả gì cho bản thân vắc-xin.

- Đối với các vắc-xin Phần D khác, bạn trả cho hiệu thuốc khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán của bạn cho bản thân vắc-xin.

- Khi bác sĩ tiêm vắc-xin cho bạn, bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ này.

- Sau đó bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ tục trong Chương 7.

- Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bạn sẽ được hoàn trả toàn bộ số tiền bạn đã trả. Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được hoàn trả số tiền quý vị đã trả trừ đi bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào cho việc tiêm vắc-xin, và trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền bác sĩ tính và số tiền chúng tôi thường chi trả. (Nếu bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), chúng tôi sẽ hoàn trả cho bạn khoản chênh lệch này.)

CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm hoặc thuốc

PHẦN 1 Các tình huống khi bạn nên yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm

Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình của chúng tôi đối với các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm của bạn - bạn sẽ không nhận được hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm. Nếu bạn nhận được hóa đơn cho dịch vụ y tế hoặc thuốc mà bạn đã nhận, bạn nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi để chúng tôi có thể thanh toán. Khi bạn gửi hóa đơn cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ và thuốc có được bảo hiểm hay không. Nếu chúng tôi quyết định chúng nên được bảo hiểm, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Nếu bạn đã trả tiền cho một dịch vụ hoặc mặt hàng Medicare được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi, bạn có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi trả lại tiền cho bạn (việc trả lại tiền cho bạn thường được gọi là **hoàn trả cho bạn**). Bạn có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn trả bất cứ khi nào bạn đã trả tiền cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi. Có thể có các thời hạn mà bạn phải đáp ứng để được hoàn trả. Đến Phần 2 của chương này. Khi bạn gửi cho chúng tôi hóa đơn mà bạn đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc có được bảo hiểm hay không. Nếu chúng tôi quyết định chúng nên được bảo hiểm, chúng tôi sẽ hoàn trả cho bạn chi phí cho các dịch vụ hoặc thuốc đó.

Nếu bạn được bảo vệ phần chia sẻ chi phí bởi Apple Health (Medicaid), hãy xem Chương 4 Phần 1.1 để biết thêm thông tin về bảo vệ phần chia sẻ chi phí Medicare từ Medicaid.

Cũng có thể có những lúc bạn nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí dịch vụ y tế bạn đã nhận hoặc nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của bạn. Trước tiên, hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu điều đó không hiệu quả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ có được bảo hiểm hay không. Nếu chúng tôi quyết định chúng nên được bảo hiểm, 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. Bạn không bao giờ nên trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí được chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này có hợp đồng, bạn vẫn có quyền được điều trị.

Ví dụ về các tình huống mà bạn có thể cần yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả tiền cho bạn hoặc thanh toán một hóa đơn bạn nhận được:

1. Khi bạn nhận được dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp hoặc cần gấp từ một nhà cung cấp không thuộc mạng lưới của chương trình của chúng tôi

- Quý vị có thể nhận các dịch vụ khẩn cấp hoặc cần thiết khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp nào, 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 của chúng tôi.
- Nếu bạn tự trả toàn bộ số tiền tại thời điểm bạn nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại cho bạn. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với tài liệu chứng minh bất kỳ khoản thanh toán nào bạn đã thực hiện.

- Bạn có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán mà bạn cho rằng bạn không cần phải trả. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với tài liệu chứng minh bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
  - Nếu nhà cung cấp dịch vụ được nợ bất kỳ khoản nào, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ.
  - Nếu bạn đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn tiền lại cho bạn.

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

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình của chúng tôi. Nhưng đôi khi họ mắc sai lầm và yêu cầu bạn thanh toán cho các dịch vụ của bạn.

- Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn cho bạn đối với các dịch vụ được bảo hiểm. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp của mình, và chúng tôi bảo vệ bạn khỏi mọi khoản phí. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn mức phí mà nhà cung cấp tính cho một dịch vụ.
- Bất cứ khi nào bạn nhận được hóa đơn từ 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 thanh toán.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó cùng với tài liệu chứng minh bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho bạn đối với các dịch vụ được bảo hiểm của bạn.

3. Nếu bạn được ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi

Đôi khi việc đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi của một người có hiệu lực hồi tố. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên đăng ký của họ đã qua. Ngày đăng ký thậm chí có thể đã xảy ra vào năm ngoái.)

Nếu bạn được đăng ký hồi tố vào chương trình của chúng tôi và bạn đã tự chi trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm nào sau ngày đăng ký của bạn, bạn có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho bạn. Bạn cần nộp các giấy tờ như biên lai và hóa đơn để chúng tôi xử lý việc hoàn trả.

4. Khi bạn sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới để mua thuốc theo đơn

Nếu bạn đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc đó có thể không thể gửi yêu cầu bồi thường trực tiếp cho chúng tôi. Khi điều đó xảy ra, bạn phải trả toàn bộ chi phí cho đơn thuốc của mình.

Hãy giữ biên lai của bạn và gửi một bản sao cho chúng tôi khi bạn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ chi trả cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong những trường hợp hạn chế. Hãy xem Chương 5, Phần 2.5 để tìm hiểu thêm về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho bạn phần chênh lệch giữa số tiền bạn đã trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ thanh toán tại nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi bạn thanh toán toàn bộ chi phí cho một đơn thuốc vì bạn không mang theo thẻ thành viên chương trình của chúng tôi

Nếu bạn không mang theo thẻ thành viên chương trình của chúng tôi, bạn có thể yêu cầu nhà thuốc gọi điện cho chương trình của chúng tôi hoặc tra cứu thông tin đăng ký chương trình của chúng tôi. Nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin đăng ký họ cần ngay lập tức, bạn có thể cần phải tự trả toàn bộ chi phí cho đơn thuốc.

Hãy giữ biên lai của bạn và gửi một bản sao cho chúng tôi khi bạn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho bạn toàn bộ chi phí bạn đã trả nếu giá tiền mặt bạn đã trả cao hơn giá đã thỏa thuận của chúng tôi cho đơn thuốc.

6. Khi bạn thanh toán toàn bộ chi phí cho một đơn thuốc trong các trường hợp khác

Bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí của đơn thuốc vì bạn thấy rằng thuốc không được chi trả vì một lý do nào đó.

- Ví dụ, thuốc có thể không có trong Hướng Dẫn Thuốc (Danh Mục Thuốc) của chương trình của chúng tôi hoặc có thể có một yêu cầu hay hạn chế mà quý vị không biết hoặc cho rằng không nên áp dụng cho quý vị. Nếu bạn quyết định nhận thuốc ngay lập tức, bạn có thể cần phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc đó.
- Hãy giữ biên lai của bạn và gửi một bản sao cho chúng tôi khi bạn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để hoàn tiền cho quý vị về thuốc. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho bạn toàn bộ chi phí bạn đã trả nếu giá tiền mặt bạn đã trả cao hơn giá đã thỏa thuận của chúng tôi cho đơn thuốc.

Khi bạn gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của bạn và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được chi trả hay không. Điều này được gọi là đưa ra **quyết định chi trả**. Nếu chúng tôi quyết định nên chi trả, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của bạn, bạn có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 có thông tin về cách thực hiện kháng cáo.

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn hoặc thanh toán hóa đơn bạn nhận được

Bạn có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho bạn bằng cách gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản. Nếu bạn gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn và tài liệu chứng minh bất kỳ khoản thanh toán nào bạn đã thực hiện. Bạn nên sao chép hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ của mình. **Bạn phải gửi yêu cầu bảo hiểm Phần C (y tế và nha khoa) cho chúng tôi trong vòng 365 ngày** kể từ ngày bạn nhận được dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc Phần B. **Bạn phải gửi yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa Phần D cho chúng tôi trong vòng 36 tháng** kể từ ngày bạn nhận được thuốc.

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

- Bạn không bắt buộc phải sử dụng mẫu đơn, nhưng mẫu đơn sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Dữ liệu chúng tôi cần để đưa ra quyết định được liệt kê dưới đây. Vì chúng tôi có thể cần thêm thông tin để đưa ra quyết định hoàn tiền trong một số trường hợp, chúng tôi khuyến khích bạn cung cấp bất kỳ thông tin nào khác mà bạn có thể cung cấp để hỗ trợ yêu cầu của bạn.
  - Tên của bạn và mã số thành viên từ thẻ ID Humana của bạn
  - Biên lai hoặc bằng chứng khác về khoản thanh toán của bạn
  - Bảng kê chi tiết từ nhà cung cấp dịch vụ ghi rõ các dịch vụ đã cung cấp, bao gồm các thông tin sau đây. Nếu thông tin không được ghi trong bảng kê chi tiết của nhà cung cấp dịch vụ, bạn sẽ cần liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ để yêu cầu cung cấp thông tin đó.
    - > Ngày (các ngày) dịch vụ cho những dịch vụ được cung cấp
    - > Tên, địa chỉ, Số Nhận dạng Nhà cung cấp Quốc gia (NPI) và Mã số Thuế (TIN) của nhà cung cấp hoặc người cung cấp dịch vụ
    - > Nếu một nhà cung cấp khác đã chỉ định dịch vụ hoặc giới thiệu bạn đến nhà cung cấp thực hiện dịch vụ, tên, địa chỉ,

NPI và TIN của nhà cung cấp dịch vụ chỉ định/giới thiệu
> Mô tả từng dịch vụ hoặc vật tư được cung cấp, và các mã dịch vụ sau:

~ Mã doanh thu, nếu có
~ Mã CPT và HCPCS liên quan

> Chi phí cho mỗi dịch vụ được cung cấp
> Mô tả bệnh tật hoặc chấn thương và mã chẩn đoán
> Nơi điều trị

– Chữ ký của bạn hoặc người đại diện hợp pháp của bạn

- Tải xuống một bản sao của mẫu đơn từ trang web của chúng tôi (**https://www.humana.com/member/documents-and-forms**) hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu mẫu đơn.

Hãy gửi yêu cầu thanh toán của bạn cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán nào đến chúng tôi theo địa chỉ này:

Yêu cầu thanh toán cho Dịch vụ Chăm sóc Y tế và Dịch vụ Nha khoa
Humana
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Yêu cầu thanh toán cho thuốc Phần D
Humana
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của bạn và đưa ra quyết định chấp thuận hoặc từ chối

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

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm và bạn đã tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu bạn đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi tiền hoàn trả cho bạn qua thư. Nếu bạn đã thanh toán toàn bộ chi phí của một loại thuốc, bạn có thể không được hoàn trả toàn bộ số tiền bạn đã trả (ví dụ: nếu bạn mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt bạn đã trả cho một loại thuốc cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng). Nếu bạn chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ qua thư.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ y tế hoặc thuốc không được bảo hiểm, hoặc quý vị không tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không thực hiện thanh toán và quyền kháng cáo quyết định đó của bạn.

Phần 3.1 Nếu chúng tôi thông báo với bạn rằng chúng tôi sẽ không chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, bạn có thể thực hiện một kháng cáo

Nếu bạn cho rằng chúng tôi đã mắc sai lầm khi từ chối yêu cầu thanh toán của bạn hoặc về số tiền chúng tôi đang thanh toán, bạn có thể kháng cáo. Nếu bạn kháng cáo, điều đó có nghĩa là bạn đang yêu cầu chúng tôi thay đổi

quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của bạn. Quy trình kháng cáo là một quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và các thời hạn quan trọng. Để biết chi tiết về cách thực hiện kháng cáo này, hãy xem Chương 9.

CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của bạn

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

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

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả các thành viên tham gia, bao gồm những người có khả năng tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính, hoặc những người có nền tảng văn hóa và dân tộc đa dạng. Các 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 giới hạn ở, việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ phiên dịch, máy chữ viễn thông, hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại máy chữ viễn thông).

Chương trình của chúng tôi có sẵn các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi từ các thành viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho bạn thông tin bằng chữ nổi braille, in chữ lớn, hoặc các định dạng thay thế khác mà không mất phí nếu bạn cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho bạn thông tin về các quyền lợi của chương trình theo định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với bạn. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với bạn, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho các thành viên nữ quyền lựa chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới để được cung cấp 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 chúng tôi cho một chuyên khoa không có sẵn, thì trách nhiệm của chương trình chúng tôi là xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới sẽ cung cấp cho bạn sự chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, bạn chỉ phải trả chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu bạn thấy mình trong tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình chúng tôi bao gồm dịch vụ bạn cần, hãy gọi cho chương trình của chúng tôi để biết thông tin về nơi đến để nhận dịch vụ này với chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu bạn gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với bạn, khi gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm kiếm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi để nộp đơn khiếu nại với Bộ phận Khiếu nại và Kháng cáo của Humana theo số 800-457-4708, TTY 711. Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Care at 800-457-4708 (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 healthcare 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 Humana Grievances and Appeals Dept at 800-457-4708, TTY 711. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo bạn được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được chi trả

Bạn 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 bảo hiểm cho bạn. Chúng tôi không yêu cầu bạn phải có giấy giới thiệu để đến gặp các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Bạn có quyền được đặt lịch hẹn và nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ mạng lưới nhà cung cấp của chương trình chúng tôi trong một khoảng thời gian hợp lý. Điều này bao gồm quyền được nhận dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa khi bạn cần sự chăm sóc đó. Bạn cũng có quyền được cấp phát hoặc tái cấp phát đơn thuốc tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị chậm trễ lâu.

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

Phần 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ sự riêng tư của thông tin sức khỏe cá nhân của bạn

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

- Thông tin sức khỏe cá nhân của bạn bao gồm thông tin cá nhân bạn đã cung cấp cho chúng tôi khi đăng ký tham gia chương trình này cũng như hồ sơ y tế và các thông tin y tế và sức khỏe khác của bạn.
- Bạn có các quyền liên quan đến thông tin của bạn và việc kiểm soát cách thức sử dụng thông tin sức khỏe của bạn. Chúng tôi cung cấp cho bạn một thông báo bằng văn bản, được gọi là Thông Báo về Thực Hành Bảo Mật, trong đó nêu rõ các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ sự riêng tư của thông tin sức khỏe của bạn.

Chúng tôi bảo vệ sự riêng tư của thông tin sức khỏe của bạn như thế nào?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép không thể xem hoặc thay đổi hồ sơ của bạn.
- Ngoại trừ các trường hợp được nêu dưới đây, nếu chúng tôi có ý định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không tham gia vào việc chăm sóc hoặc thanh toán chi phí chăm sóc cho quý vị, chúng tôi phải có được sự cho phép bằng văn bản từ quý vị hoặc người mà quý vị đã trao quyền hợp pháp để đưa ra quyết định thay mặt quý vị trước tiên.
- Có một số trường hợp ngoại lệ không yêu cầu chúng tôi phải có sự cho phép bằng văn bản của bạn trước. Những trường hợp ngoại lệ này được luật pháp cho phép hoặc yêu cầu.
  - Chúng tôi có nghĩa vụ cung cấp thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra chất lượng chăm sóc.
  - Vì quý vị là thành viên của chương trình của chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi có nghĩa vụ cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin về các loại thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của bạn cho mục đích nghiên cứu hoặc các mục đích khác, việc này sẽ được thực hiện theo các quy định và điều luật liên bang; thông thường, điều này yêu cầu rằng thông tin nhận dạng duy nhất của bạn không được chia sẻ.

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

Bạn có quyền xem xét hồ sơ y tế của bạn được lưu giữ tại chương trình của chúng tôi, và nhận bản sao hồ sơ của bạn. Chúng tôi được phép tính phí cho bạn khi sao chép hồ sơ. Bạn cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của bạn. Nếu bạn yêu cầu chúng tôi thực hiện điều này, chúng tôi sẽ phối hợp với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn để quyết định xem các thay đổi có nên được thực hiện hay không.

Bạn có quyền biết thông tin sức khỏe của mình đã được chia sẻ với người khác như thế nào cho bất kỳ mục đích nào không phải là thông thường.

Nếu bạn có câu hỏi hoặc lo ngại về sự riêng tư của thông tin sức khỏe cá nhân của mình, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

Thông báo về Thực hành Bảo mật của Insurance ACE

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THÔNG TIN Y TẾ VỀ BẠN CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ VÀ CÁCH BẠN CÓ THỂ TRUY CẬP THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT KỸ LƯỠNG.

Sự riêng tư của thông tin cá nhân và sức khỏe của bạn là quan trọng. Bạn không cần phải làm gì trừ khi bạn có yêu cầu hoặc khiếu nại.
Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư này áp dụng cho tất cả các tổ chức thuộc Insurance ACE, một Tổ Chức Bảo Hiểm Liên Kết theo HIPAA. ACE là một nhóm các tổ chức bảo hiểm độc lập về mặt pháp lý có liên kết với nhau và đã chỉ định bản thân là một tổ chức bảo hiểm duy nhất cho các mục đích của HIPAA. Danh sách đầy đủ các thành viên của ACE có tại **https://huma.na/insuranceace**.

Chúng tôi có thể thay đổi các thực hành quyền riêng tư và các điều khoản của thông báo này vào bất kỳ lúc nào, theo quy định của pháp luật, bao gồm thông tin chúng tôi đã tạo ra hoặc nhận được trước khi thực hiện các thay đổi. Khi chúng tôi thực hiện thay đổi đáng kể trong các thực hành quyền riêng tư, chúng tôi sẽ thay đổi thông báo này và gửi thông báo đến những người đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi.

Thông tin cá nhân hoặc sức khỏe không công khai là gì?
Thông tin cá nhân hoặc sức khỏe không công khai bao gồm cả thông tin y tế và thông tin cá nhân, như tên, địa chỉ, số điện thoại, số An Sinh Xã Hội, số tài khoản, thông tin thanh toán hoặc thông tin nhân khẩu học của bạn. Thuật ngữ "thông tin" trong thông báo này bao gồm bất kỳ thông tin cá nhân và sức khỏe không công khai nào. Điều này bao gồm thông tin được tạo ra hoặc nhận được bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe. Thông tin liên quan đến sức khỏe thể chất hoặc tâm thần hay tình trạng của bạn, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bạn, hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó.

Chúng tôi thu thập thông tin về bạn như thế nào?
Chúng tôi thu thập thông tin về bạn và gia đình bạn khi bạn điền vào các đơn đăng ký và mẫu biểu. Chúng tôi cũng thu thập thông tin từ các giao dịch của bạn với chúng tôi, các chi nhánh của chúng tôi, hoặc những người khác. Ví dụ, chúng tôi có thể nhận thông tin về bạn từ những người tham gia trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện của bạn, cũng như từ người sử dụng lao động hoặc người quản lý chương trình bảo hiểm, các cơ quan tín dụng, và Cục Thông Tin Y Tế.

Chúng tôi nhận được thông tin gì về bạn?
Thông tin chúng tôi nhận được có thể bao gồm các mục như tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày sinh, số An Sinh Xã Hội, lịch sử thanh toán phí bảo hiểm của bạn, và hoạt động của bạn trên trang web của chúng tôi. Điều này cũng bao gồm thông tin liên quan đến chương trình quyền lợi y tế, các quyền lợi sức khỏe và đánh giá rủi ro sức khỏe của bạn.

Chúng tôi bảo vệ thông tin của bạn như thế nào?
Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ sự riêng tư của thông tin của bạn ở tất cả các định dạng bao gồm thông tin điện tử và thông tin bằng lời nói. Chúng tôi có các biện pháp bảo vệ về mặt hành chính, kỹ thuật và vật lý để bảo vệ thông tin của bạn theo nhiều cách khác nhau bao gồm:

- Hạn chế những người có thể xem thông tin của bạn
- Hạn chế cách chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của bạn
- Thông báo cho bạn về nghĩa vụ pháp lý của chúng tôi liên quan đến thông tin của bạn
- Đào tạo nhân viên của chúng tôi về chương trình và quy trình bảo mật thông tin của chúng tôi

Chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin của bạn như thế nào?
Chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin của bạn:

- Cho bạn hoặc người có quyền hợp pháp để hành động thay mặt bạn
- Cho Thư ký của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh

Chúng tôi có quyền sử dụng và tiết lộ thông tin của bạn:

- Cho bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để bạn có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế.
- Cho các hoạt động thanh toán, bao gồm thanh toán yêu cầu bồi thường cho các dịch vụ được bảo hiểm do các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp cho bạn và thanh toán phí bảo hiểm y tế.

- Đối với các hoạt động vận hành chăm sóc sức khỏe, bao gồm xử lý việc đăng ký của quý vị, phản hồi các thắc mắc của quý vị, phối hợp chăm sóc cho quý vị, nâng cao chất lượng và xác định phí bảo hiểm.

- Để thực hiện các hoạt động thẩm định bảo hiểm. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ không sử dụng bất kỳ kết quả xét nghiệm di truyền nào hoặc đặt câu hỏi liên quan đến tiền sử bệnh gia đình.

- Gửi cho nhà bảo trợ chương trình bảo hiểm của bạn để cho phép họ thực hiện các chức năng quản lý chương trình bảo hiểm như các hoạt động về điều kiện hưởng quyền lợi, đăng ký tham gia và hủy đăng ký. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe tổng hợp về bạn với nhà tài trợ chương trình của bạn trong một số tình huống nhất định. Ví dụ, để cho phép nhà tài trợ chương trình của bạn nhận báo giá từ các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác. Thông tin sức khỏe chi tiết của bạn sẽ không được chia sẻ với nhà tài trợ chương trình của bạn. Chúng tôi sẽ xin phép bạn, hoặc nhà tài trợ chương trình của bạn phải xác nhận rằng họ đồng ý duy trì sự bảo mật thông tin của bạn.

- Để liên hệ với bạn về thông tin liên quan đến các quyền lợi và dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhắc nhở lịch hẹn, hoặc các phương án điều trị thay thế có thể phù hợp với bạn. Nếu bạn đã chọn không tham gia, chúng tôi sẽ không liên hệ với bạn.
- Cho gia đình và bạn bè của bạn nếu bạn không thể giao tiếp, chẳng hạn như trong trường hợp khẩn cấp.
- Cho gia đình và bạn bè của bạn, hoặc bất kỳ người nào khác mà bạn chỉ định. Điều này áp dụng nếu thông tin có liên quan trực tiếp đến sự tham gia của họ vào việc chăm sóc sức khỏe của bạn hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đó. Ví dụ, nếu một thành viên gia đình hoặc người chăm sóc gọi cho chúng tôi và đã biết trước về một yêu cầu bồi thường, chúng tôi có thể xác nhận liệu yêu cầu bồi thường đó đã được nhận và thanh toán hay chưa.
- Để cung cấp thông tin thanh toán cho người đăng ký nhằm xác nhận với Sở Thuế vụ.
- Cho các cơ quan y tế công cộng, nếu chúng tôi tin rằng có mối đe dọa nghiêm trọng về sức khỏe hoặc an toàn.
- Cho các cơ quan có thẩm quyền thích hợp khi có các vấn đề về lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình.
- Để phản hồi lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính, trát hầu tòa, yêu cầu khám phá chứng cứ, hoặc các thủ tục pháp lý hợp pháp khác.
- Cho mục đích thực thi pháp luật, cho các cơ quan quân sự và theo yêu cầu của pháp luật.
- Để hỗ trợ các nỗ lực cứu trợ thảm họa.
- Cho các chương trình tuân thủ và các hoạt động giám sát chăm sóc sức khỏe.
- Để thực hiện các nghĩa vụ của chúng tôi theo bất kỳ luật hoặc hợp đồng bồi thường tai nạn lao động nào.
- Để ngăn chặn mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của bạn hoặc sức khỏe hoặc sự an toàn của người khác.
- Cho mục đích nghiên cứu trong các trường hợp hạn chế và với điều kiện họ đã thực hiện các biện pháp thích hợp để bảo vệ quyền riêng tư của bạn.
- Để thu nhận, lưu trữ hoặc cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô.
- Cho điều tra viên tử thi, pháp y hoặc giám đốc nhà tang lễ.

Các hạn chế bổ sung về việc sử dụng và tiết lộ đối với các loại thông tin cụ thể:

- Một số luật liên bang và tiểu bang có thể hạn chế việc sử dụng và tiết lộ một số thông tin sức khỏe nhạy cảm, chẳng hạn như: Hồ sơ về Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện ("SUD") thuộc phạm vi điều chỉnh của 42 CFR Part 2 ("Part 2"); Thông Tin Sinh Trắc Học; Lạm Dụng hoặc Bỏ Bê Trẻ Em hoặc Người Lớn, bao gồm Tấn Công Tình Dục; Bệnh Truyền Nhiễm; Thông Tin Di Truyền; HIV/AIDS; Sức Khỏe Tâm Thần; Sức Khỏe Sinh Sản; và Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục.

- Nếu chúng tôi nhận được hồ sơ SUD Part 2, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ các hồ sơ đó, hoặc cung cấp lời khai truyền đạt nội dung của các hồ sơ đó, trong bất kỳ thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp nào chống lại bạn, trừ khi việc tiết lộ đó dựa trên sự đồng ý bằng văn bản của bạn (tách biệt với sự đồng ý của bạn cho bất kỳ mục đích sử dụng hoặc tiết lộ nào khác), hoặc lệnh của tòa án sau khi bạn được thông báo và có cơ hội được lắng nghe, theo quy định của Part 2. Lệnh tòa án cho phép sử dụng hoặc tiết lộ Hồ sơ SUD Part 2 phải được kèm theo trát hầu tòa hoặc yêu cầu pháp lý khác buộc tiết lộ trước khi hồ sơ được yêu cầu được sử dụng hoặc tiết lộ.

Chúng tôi có sử dụng thông tin của bạn cho các mục đích không được mô tả trong thông báo này không?

Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của bạn vì bất kỳ lý do nào không được mô tả trong thông báo này mà không có sự cho phép bằng văn bản của bạn. Bạn có thể hủy bỏ sự cho phép của mình bất cứ lúc nào bằng cách

thông báo cho chúng tôi bằng văn bản. Các mục đích sử dụng và tiết lộ sau đây sẽ yêu cầu sự cho phép bằng văn bản của bạn:

- Hầu hết các mục đích sử dụng và tiết lộ ghi chú trị liệu tâm lý và ghi chú tư vấn SUD
- Mục đích tiếp thị
- Bán thông tin cá nhân và sức khỏe
- Thông tin y tế được tiết lộ theo Thông Báo này cho một tổ chức không phải là đơn vị được bảo vệ bởi HIPAA hoặc đối tác kinh doanh, có thể bị tổ chức nhận tiết lộ và có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật liên bang hoặc tiểu bang (chẳng hạn như HIPAA).

Chúng tôi làm gì với thông tin của bạn khi bạn không còn là thành viên nữa?
Thông tin của bạn có thể tiếp tục được sử dụng cho các mục đích được mô tả trong thông báo này. Điều này bao gồm khi bạn không tham gia bảo hiểm thông qua chúng tôi. Sau thời gian lưu trữ pháp lý bắt buộc, chúng tôi hủy thông tin theo các quy trình nghiêm ngặt để duy trì tính bảo mật.

Quyền của tôi liên quan đến thông tin của tôi là gì?
Chúng tôi cam kết phản hồi yêu cầu về quyền của bạn một cách kịp thời.
- Quyền truy cập - Bạn có quyền xem xét và nhận bản sao thông tin của bạn có thể được sử dụng để đưa ra các quyết định liên quan đến bạn. Bạn cũng có thể nhận bản tóm tắt thông tin sức khỏe này. Theo yêu cầu của pháp luật hiện hành, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin cá nhân này cho bạn hoặc cho người đại diện được bạn chỉ định.

- Quyết Định Thẩm Định Bảo Hiểm Bất Lợi - Nếu chúng tôi từ chối đơn đăng ký bảo hiểm của quý vị, quý vị có quyền được thông báo lý do từ chối.

- Truyền đạt thay thế - Để tránh tình huống đe dọa tính mạng, bạn có quyền nhận thông tin của mình theo cách khác hoặc tại địa điểm khác. Chúng tôi sẽ đáp ứng yêu cầu của bạn nếu yêu cầu đó là hợp lý.

- Sửa đổi - Bạn có quyền yêu cầu chỉnh sửa bất kỳ thông tin cá nhân nào thông qua việc sửa đổi hoặc xóa bỏ. Trong vòng 60 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu bằng văn bản của bạn, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn về việc sửa đổi hoặc xóa bỏ thông tin đang tranh chấp, hoặc về việc chúng tôi từ chối thực hiện việc chỉnh sửa đó sau khi điều tra thêm.

- Nếu chúng tôi từ chối sửa đổi hoặc xóa thông tin đang tranh chấp, bạn có quyền nộp cho chúng tôi bản tuyên bố bằng văn bản nêu rõ lý do bạn không đồng ý với đánh giá của chúng tôi về thông tin đang tranh chấp và thông tin mà bạn cho là chính xác. Chúng tôi sẽ cho phép bất kỳ và tất cả các bên xem xét thông tin đang tranh chấp được tiếp cận bản tuyên bố đó.*

- Công bố - Bạn có quyền nhận danh sách các trường hợp mà chúng tôi hoặc các đối tác kinh doanh của chúng tôi đã tiết lộ thông tin của bạn. Điều này không áp dụng cho việc điều trị, thanh toán, hoạt động của chương trình bảo hiểm sức khỏe và một số hoạt động nhất định khác. Chúng tôi lưu giữ thông tin này và cung cấp cho bạn trong sáu năm. Nếu bạn yêu cầu danh sách này nhiều hơn một lần trong khoảng thời gian 12 tháng, chúng tôi có thể tính một khoản phí hợp lý dựa trên chi phí thực tế.
- Thông báo - Bạn có quyền yêu cầu và nhận bản sao bằng văn bản của thông báo này bất kỳ lúc nào.
- Hạn Chế - Bạn có quyền yêu cầu giới hạn cách thông tin của bạn được sử dụng hoặc tiết lộ. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với giới hạn đó, nhưng nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi sẽ tuân thủ thỏa thuận của mình. Bạn cũng có quyền đồng ý hoặc chấm dứt một giới hạn đã được gửi trước đó.

* Quyền này chỉ áp dụng cho cư dân Massachusetts của chúng tôi theo quy định của tiểu bang.

Nếu tôi cho rằng quyền riêng tư của mình bị vi phạm, tôi nên làm gì?
Nếu bạn cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm, bạn có thể nộp đơn khiếu nại với chúng tôi bằng cách gọi cho chúng tôi theo số: **1-866-861-2762** bất cứ lúc nào.

Bạn cũng có thể gửi khiếu nại bằng văn bản đến Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền (OCR). Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn địa chỉ khu vực OCR thích hợp theo yêu cầu. Bạn cũng có thể gửi khiếu nại qua email đến OCRComplaint@hhs.gov. Nếu bạn chọn nộp đơn khiếu nại, quyền lợi của bạn sẽ không bị ảnh hưởng và chúng tôi sẽ không trừng phạt hoặc trả thù bạn theo bất kỳ cách nào.

Chúng tôi ủng hộ quyền của bạn trong việc bảo vệ sự riêng tư của thông tin cá nhân và sức khỏe của bạn.

Trách nhiệm của chúng tôi
- Chúng tôi được pháp luật yêu cầu duy trì tính riêng tư và bảo mật thông tin sức khỏe được bảo vệ của bạn.
- Chúng tôi sẽ thông báo kịp thời cho bạn nếu xảy ra vi phạm có thể ảnh hưởng đến quyền riêng tư hoặc bảo mật thông tin của bạn.
- Chúng tôi phải tuân theo các nghĩa vụ và thực hành bảo mật được mô tả trong thông báo này và cung cấp cho bạn bản sao của thông báo đó.
- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của bạn ngoài những gì được mô tả ở đây trừ khi bạn cho chúng tôi biết bằng văn bản rằng bạn cho phép. Nếu bạn cho chúng tôi biết rằng bạn cho phép, bạn có thể thay đổi ý định bất cứ lúc nào. Hãy cho chúng tôi biết bằng văn bản nếu bạn thay đổi ý kiến.

Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của thông báo này, và những thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả thông tin chúng tôi có về bạn. Thông báo mới sẽ có sẵn theo yêu cầu, tại văn phòng của chúng tôi và trên trang web của chúng tôi.

Làm thế nào để tôi thực hiện các quyền của mình hoặc lấy bản sao của thông báo này?
Tất cả các quyền riêng tư của bạn có thể được thực hiện bằng cách lấy các mẫu đơn áp dụng. Bạn có thể nhận bất kỳ mẫu đơn nào bằng cách:

- Liên hệ với chúng tôi theo số 1-866-861-2762
- Truy cập trang web của chúng tôi tại **Humana.com** và truy cập liên kết Thực hành Bảo mật
- Gửi mẫu yêu cầu đã hoàn thành đến:
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

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

Là thành viên của Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP), bạn có quyền nhận nhiều loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu bạn muốn biết bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711):

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Ví dụ, điều này bao gồm thông tin về tình trạng tài chính của chương trình chúng tôi.

- **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Bạn có quyền nhận thông tin về năng lực chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cũng như cách chúng tôi trả thù lao cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

- **Thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn và các quy tắc bạn phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm của bạn.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin liên quan đến các dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về phạm vi bảo hiểm thuốc Phần D.

- Chúng tôi có các chương trình đặc biệt tập trung vào việc giữ cho bạn khỏe mạnh, phát hiện sớm các nguy cơ sức khỏe, đảm bảo việc chăm sóc của bạn được thực hiện an toàn và hiệu quả trên tất cả các cấp độ chăm sóc, và quản lý các tình trạng bệnh mạn tính. Chương trình quản lý chăm sóc của chúng tôi cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho các thành viên có tình trạng bệnh lý phức tạp hoặc những người đã phải nhập viện. Nhóm Quản lý Chăm sóc của Humana sẽ giúp bạn điều hướng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ trong việc phối hợp chăm sóc của bạn. Chúng tôi có các chương trình để giúp mọi người quản lý các tình trạng sức khỏe như bệnh tiểu đường, suy tim sung huyết, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và các bệnh khác. Ngoài ra, nhóm Quản lý Chăm sóc của Humana sẵn sàng hỗ trợ việc phối hợp chăm sóc và các quyền lợi. Tất cả các chương trình này đều là tự nguyện. Nếu bạn đủ điều kiện và được liên hệ về một trong các chương trình này, chúng tôi khuyến khích bạn tham gia vì hầu hết các thành viên đều thấy quản lý chăm sóc rất hữu ích. Bạn có thể chọn ngừng tham gia bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho người quản lý chăm sóc của bạn. Nếu bạn muốn biết thêm thông tin về các chương trình sức khỏe này, hãy gọi đến Đường dây Tư vấn Y tá theo số 1-800-491-4164, TTY 711.

- **Thông tin về lý do tại sao một điều gì đó không được bảo hiểm và bạn có thể làm gì về điều đó.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do tại sao một dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được bảo hiểm hoặc nếu phạm vi bảo hiểm của bạn bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi một quyết định, còn được gọi là kháng cáo.

Phần 1.5 Bạn có quyền được biết về các lựa chọn điều trị của mình và tham gia vào các quyết định về việc chăm sóc của bạn

Bạn có quyền nhận đầy đủ thông tin từ các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của bạn. Các nhà cung cấp dịch vụ của bạn phải giải thích tình trạng y tế của bạn và các lựa chọn điều trị theo cách mà bạn có thể hiểu được.

Bạn cũng có quyền tham gia đầy đủ vào các quyết định về chăm sóc sức khỏe của bạn. Để giúp bạn đưa ra quyết định cùng với các bác sĩ về phương pháp điều trị nào là tốt nhất cho bạn, các quyền của bạn bao gồm những điều sau:

- **Được biết về tất cả các lựa chọn của bạn.** Bạn có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được khuyến nghị cho tình trạng của bạn, bất kể chi phí của chúng là bao nhiêu hay chúng có được bảo hiểm 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.

- **Quyền được biết về các rủi ro.** Bạn có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc của bạn. Bạn phải được thông báo trước nếu bất kỳ dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phương pháp điều trị nào được đề xuất là một phần của thí nghiệm nghiên cứu. Bạn luôn có quyền lựa chọn từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thí nghiệm nào.

- **Quyền nói "không."** Bạn có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được khuyến nghị. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của bạn khuyên bạn không nên rời đi. Bạn cũng có quyền ngừng dùng thuốc của mình. Nếu bạn từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, bạn chấp nhận hoàn toàn chịu trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể của bạn do hậu quả đó.

Bạn có quyền đưa ra các chỉ dẫn về những gì sẽ được thực hiện nếu bạn không thể tự đưa ra các quyết định y tế cho bản thân

Đôi khi mọi người không còn khả năng tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe do tai nạn hoặc bệnh nặng. Bạn có quyền nói lên những gì bạn muốn xảy ra nếu bạn rơi vào tình huống này. Điều này có nghĩa là nếu bạn muốn, bạn có thể:

- Điền vào mẫu đơn bằng văn bản để trao cho **ai đó thẩm quyền pháp lý để đưa ra các quyết định y tế cho bạn** nếu bạn không thể tự đưa ra quyết định.
- **Cung cấp cho bác sĩ của bạn các hướng dẫn bằng văn bản** về cách bạn muốn họ xử lý việc chăm sóc y tế của bạn nếu bạn không thể tự đưa ra quyết định.

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

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

- **Lấy mẫu đơn.** Bạn có thể lấy mẫu đơn chỉ thị trước từ luật sư, nhân viên công tác xã hội, hoặc một số cửa hàng văn phòng phẩm. Đôi khi bạn có thể lấy mẫu đơn chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp thông tin về Medicare cho mọi người. Bạn cũng có thể gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để yêu cầu các mẫu đơn.
- **Điền vào mẫu đơn và ký tên.** Dù bạn lấy mẫu đơn này ở đâu, đây là một tài liệu pháp lý. Hãy cân nhắc nhờ luật sư giúp bạn chuẩn bị tài liệu này.
- **Giao bản sao của mẫu đơn cho những người thích hợp.** Giao một bản sao của mẫu đơn cho bác sĩ của bạn và cho người mà bạn chỉ định trong mẫu đơn, người có thể đưa ra quyết định thay cho bạn nếu bạn không thể. Bạn có thể muốn giao bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình. Giữ một bản sao tại nhà.

Nếu bạn biết trước rằng bạn sẽ phải nhập viện và bạn đã ký chỉ thị trước, **hãy mang theo một bản sao đến bệnh viện**.

- Bệnh viện sẽ hỏi liệu bạn có ký mẫu chỉ thị trước hay không và liệu bạn có mang theo không.
- Nếu bạn chưa ký mẫu chỉ thị trước, bệnh viện có sẵn các mẫu đơn và sẽ hỏi liệu bạn có muốn ký không.

Việc điền vào chỉ thị trước là lựa chọn của bạn (bao gồm cả việc bạn có muốn ký tên vào đó khi đang nằm viện hay không). Theo quy định của pháp luật, không ai có thể từ chối chăm sóc bạn hoặc phân biệt đối xử với bạn dựa trên việc bạn có ký chỉ thị trước hay không.

Nếu hướng dẫn của bạn không được tuân theo

Nếu bạn ký chỉ thị trước và bạn cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện không tuân theo các hướng dẫn trong đó, bạn có thể nộp đơn khiếu nại lên Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) của tiểu bang bạn. Thông tin liên lạc có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này.

- **Quyền đưa ra các khuyến nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của thành viên của tổ chức này.**

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

Tại Humana, một quy trình gọi là Quản lý Sử dụng Dịch vụ (UM) được sử dụng để xác định liệu một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị có được chi trả và phù hợp để thanh toán theo chương trình quyền lợi của bạn hay không. Humana không khen thưởng hoặc cung cấp ưu đãi tài chính cho bác sĩ, các cá nhân khác hoặc nhân viên Humana vì đã từ chối chi trả hoặc khuyến khích sử dụng dịch vụ dưới mức cần thiết. Trên thực tế, Humana hợp tác với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác của bạn để giúp bạn nhận được sự chăm sóc phù hợp nhất cho tình trạng sức khỏe của bạn. Nếu bạn có câu hỏi hoặc thắc mắc liên quan đến Quản lý Sử dụng Dịch vụ, nhân viên sẵn sàng hỗ trợ ít nhất tám giờ mỗi ngày trong giờ làm việc bình thường. Humana cung cấp dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí để trả lời các câu hỏi liên quan đến Quản lý Sử dụng Dịch vụ từ các thành viên không nói tiếng Anh. Thành viên có thể gọi 800-457-4708 (TTY:711).

Humana quyết định về việc chi trả cho các thủ thuật y tế và thiết bị mới trên cơ sở liên tục. Điều này được thực hiện bằng cách kiểm tra tài liệu y tế được bình duyệt và tham khảo ý kiến của các chuyên gia y tế để xem liệu công nghệ mới có hiệu quả và an toàn không. Humana cũng dựa vào hướng dẫn từ Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS), cơ quan thường đưa ra các quyết định chi trả toàn quốc cho các thủ thuật y tế hoặc thiết bị mới.

Nếu bạn có bất kỳ vấn đề, thắc mắc, hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu chi trả, hoặc kháng cáo, Chương 9 của tài liệu này sẽ cho bạn biết những gì bạn có thể làm. Dù bạn làm gì – yêu cầu quyết định bảo hiểm, kháng cáo, hoặc khiếu nại – **chúng tôi có nghĩa vụ đối xử công bằng với bạn.**

Phần 1.7 Nếu bạn cho rằng mình đang bị đối xử không công bằng hoặc quyền của bạn không được tôn trọng

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

Nếu bạn cho rằng mình đã bị đối xử không công bằng hoặc quyền của bạn không được tôn trọng và không liên quan đến phân biệt đối xử, bạn có thể nhận được sự hỗ trợ để giải quyết vấn đề của mình từ những nơi sau:

- **Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của chương trình chúng tôi theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).**
- **Gọi cho SHIP địa phương của bạn**. Bạn sẽ tìm thấy các số điện thoại và URL trang web trong Phụ lục A ở cuối tài liệu này.
- **Gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048.)

Phần 1.8 Cách tìm hiểu thêm về quyền của bạn

Tìm hiểu thêm về quyền của bạn từ những nơi sau:

- **Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).**
- **Gọi cho SHIP địa phương của bạn**. Bạn sẽ tìm thấy các số điện thoại và URL trang web trong Phụ lục A ở cuối tài liệu này.

- Liên hệ với **Medicare**.
  - Truy cập Medicare.gov để đọc ấn phẩm Medicare Rights & Protections (có tại: Medicare Rights & Protections.)
  - Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.)

PHẦN 2 Trách nhiệm của bạn với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi

Các việc bạn cần thực hiện với tư cách là thành viên của chương trình của chúng tôi được liệt kê dưới đây. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) nếu bạn có thắc mắc.

- **Làm quen với các dịch vụ được chi trả của bạn và các quy tắc bạn phải tuân theo để được hưởng các dịch vụ được chi trả này.** Sử dụng Bằng chứng Chi trả này để tìm hiểu những gì được chi trả và các quy tắc bạn cần tuân theo để được hưởng các dịch vụ được chi trả.
  - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế.
  - Chương 5 và 6 cung cấp thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm thuốc Phần D.
- **Nếu bạn có bất kỳ bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, bạn có nghĩa vụ thông báo cho chúng tôi.** Chương 1 cho bạn 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 bạn rằng bạn đã đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ thành viên chương trình của chúng tôi và thẻ Medicaid của quý vị mỗi khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D.
- **Hãy giúp các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác giúp bạn bằng cách cung cấp thông tin cho họ, đặt câu hỏi, và thực hiện theo việc chăm sóc của bạn.**
  - Để giúp nhận được sự chăm sóc tốt nhất, hãy thông báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác của bạn về các vấn đề sức khỏe của bạn. Tuân theo các kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà bạn và bác sĩ của bạn đã thống nhất.
  - Đảm bảo các bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm thuốc không cần kê đơn, vitamin và thực phẩm bổ sung.
  - Nếu bạn có câu hỏi, hãy chắc chắn hỏi và nhận được câu trả lời mà bạn có thể hiểu được.
- **Hãy lịch sự.** Chúng tôi mong các thành viên tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong bạn hành xử theo cách giúp cho phòng khám của bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác hoạt động trơn tru.
- **Thanh toán những gì bạn nợ.** Là thành viên của chương trình bảo hiểm, bạn có trách nhiệm thực hiện các khoản thanh toán sau:
  - Bạn phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là thành viên của chương trình của chúng tôi.
- **Nếu bạn chuyển đi *trong* khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm của chúng tôi, chúng tôi cần được biết** để chúng tôi có thể cập nhật hồ sơ thành viên của bạn và biết cách liên lạc với bạn.

- **Nếu bạn chuyển chỗ ở *ra ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi, bạn không thể tiếp tục là thành viên của chương trình của chúng tôi**.
- **Nếu bạn chuyển chỗ ở, hãy thông báo cho Cơ quan An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt).**
- **Quyền đưa ra các khuyến nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của thành viên của tổ chức này.**

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

PHẦN 1 Phải làm gì nếu bạn có vấn đề hoặc mối lo ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý các vấn đề và mối lo ngại. Quy trình bạn sử dụng để xử lý vấn đề của mình phụ thuộc vào 2 điều:

1. Liệu vấn đề của bạn có liên quan đến các quyền lợi được bảo hiểm bởi **Medicare** hay **Medicaid**. Nếu bạn muốn được trợ giúp trong việc quyết định sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid, hoặc cả hai, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).

2. Loại vấn đề bạn đang gặp phải:

   - Đối với một số vấn đề, bạn cần sử dụng **quy trình cho các quyết định bảo hiểm và kháng cáo**.

   - Đối với các vấn đề khác, bạn cần sử dụng **quy trình để nộp khiếu nại** (còn được gọi là phản ánh).

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 bạn phải tuân theo.

Thông tin trong chương này sẽ giúp bạn xác định quy trình phù hợp cần 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 loại thời hạn được giải thích trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này không quen thuộc với hầu hết mọi người. Để mọi thứ dễ hiểu hơn, chương này sử dụng các từ ngữ quen thuộc hơn để thay thế 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 bạn biết nên sử dụng thuật ngữ nào để nhận được sự trợ giúp hoặc thông tin phù hợp, chúng tôi bao gồm các thuật ngữ pháp lý này khi cung cấp thông tin chi tiết về cách xử lý các tình huống cụ thể.

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

Chúng tôi luôn sẵn sàng hỗ trợ bạn. Ngay cả khi bạn có khiếu nại về cách chúng tôi đối xử với bạn, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của bạn. Bạn luôn nên gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để được trợ giúp. Trong một số tình huống, bạn cũng có thể muốn được trợ giúp hoặc hướng dẫn từ người không có liên quan đến chúng tôi. Hai tổ chức có thể trợ giúp bạn 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. SHIP không có liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Các cố vấn tại chương trình này có

thể giúp bạn hiểu quy trình nào bạn nên sử dụng để giải quyết vấn đề bạn đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời các câu hỏi, cung cấp thêm thông tin và đưa ra hướng dẫn về những việc cần làm.

Dịch vụ của các tư vấn viên SHIP là miễn phí. Bạn sẽ tìm thấy số điện thoại trong Phụ lục A ở cuối tài liệu này.

Medicare

Bạn cũng có thể liên hệ với Medicare để được hỗ trợ:

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

Bạn có thể nhận được sự trợ giúp và thông tin từ Apple Health (Medicaid)

Bạn sẽ tìm thấy thông tin liên lạc của Apple Health (Medicaid) trong Phụ lục A ở cuối cuốn sách nhỏ này.

PHẦN 3 Quy trình nào cần sử dụng cho vấn đề của bạn

Vì bạn có Medicare và được hỗ trợ từ Apple Health (Medicaid), bạn có các quy trình khác nhau mà bạn có thể sử dụng để giải quyết vấn đề hoặc khiếu nại của mình. Quy trình bạn sử dụng phụ thuộc vào việc vấn đề có liên quan đến quyền lợi Medicare hay quyền lợi Apple Health (Medicaid). Nếu vấn đề của bạn liên quan đến quyền lợi được chi trả bởi Medicare, hãy sử dụng quy trình Medicare. Nếu vấn đề của bạn liên quan đến quyền lợi được chi trả bởi Apple Health (Medicaid), hãy sử dụng quy trình Medicaid. Nếu bạn cần hỗ trợ để quyết định sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid, vui lòng liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).

Quy trình Medicare và quy trình Medicaid được mô tả trong các phần khác nhau của chương này. Để biết bạn nên đọc phần nào, hãy sử dụng bảng dưới đây.

Vấn đề của bạn có liên quan đến quyền lợi Medicare hay quyền lợi Medicaid không?	
Vấn đề của tôi là về Quyền lợi **Medicare**. Chuyển đến **Phần** 4, **Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicare của bạn**.	Vấn đề của tôi là về Phạm vi bảo hiểm **Medicaid**. Chuyển đến **Phần 12, Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicaid của bạn**.

PHẦN 4 Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicare của bạn

Vấn đề hoặc mối lo ngại của bạn có liên quan đến quyền lợi hoặc phạm vi bảo hiểm của bạn không? Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu dịch vụ chăm sóc y tế (các mặt hàng y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc theo Phần B) có được chi trả hay không, cách thức chi trả, và các vấn đề liên quan đến thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.	
Có. Chuyển đến **Phần 5, Hướng dẫn về quyết định phạm vi bảo hiểm và kháng cáo**.	**Không.** Chuyển đến **Phần 11, Cách gửi khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng, hoặc các mối lo ngại khác**.

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo

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

Các quyết định về phạm vi bảo hiểm và kháng cáo giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của bạn (dịch vụ, mặt hàng, và thuốc Medicare Phần B, bao gồm cả thanh toán). Để đơn giản hóa, chúng tôi thường gọi các mặt hàng y tế, dịch vụ, và thuốc Medicare Phần B là **dịch vụ chăm sóc y tế**. Bạn có thể sử dụng quy trình quyết định phạm vi bảo hiểm và kháng cáo cho các vấn đề như liệu một điều gì đó có được chi trả hay không và cách thức một điều gì đó được chi trả.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi bạn nhận dịch vụ

Nếu bạn muốn biết liệu chúng tôi có chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế trước khi bạn nhận dịch vụ hay không, bạn có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm cho bạn. Quyết định về phạm vi bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và phạm vi bảo hiểm của bạn hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế của bạn. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới của chương trình chúng tôi giới thiệu bạn đến một bác sĩ chuyên khoa không thuộc mạng lưới, thì sự giới thiệu này được coi là quyết định bảo hiểm có lợi, trừ khi bạn hoặc bác sĩ trong mạng lưới của bạn có thể chứng minh rằng bạn đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn đối với bác sĩ chuyên khoa này, hoặc Chứng Từ Bảo Hiểm nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được chi trả trong bất kỳ điều kiện nào. Bạn hoặc bác sĩ của bạn cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ của bạn không chắc liệu chúng tôi có chi trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn cho rằng mình cần hay không.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm nếu yêu cầu không đầy đủ, nếu người thực hiện yêu cầu thay mặt bạn không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc nếu bạn yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ một yêu cầu quyết định bảo hiểm, 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 đó.

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm mỗi khi chúng tôi quyết định những gì được chi trả cho bạn và chúng tôi thanh toán bao nhiêu. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế không được chi trả hoặc không còn được chi trả cho bạn nữa. Nếu bạn không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, bạn có thể kháng cáo.

Thực hiện kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, dù trước hay sau khi bạn nhận được quyền lợi, và bạn không hài lòng, bạn có thể **kháng cáo** quyết định đó. Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi một quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, bạn có thể yêu cầu kháng cáo khẩn cấp hoặc **kháng cáo nhanh** đối với một quyết định về quyền lợi bảo hiểm. Kháng cáo của bạn sẽ được xử lý bởi những người xem xét khác với những người đã đưa ra quyết định ban đầu.

Khi bạn kháng cáo một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là kháng cáo Cấp độ 1. Trong kháng cáo này, chúng tôi xem xét lại quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng các quy định hay không. Khi chúng tôi hoàn tất việc xem xét, chúng tôi sẽ thông báo quyết định cho bạn.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp độ 1 sẽ bị bác bỏ, nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Các ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm nếu yêu cầu không đầy đủ, nếu người thực hiện yêu cầu thay mặt bạn không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc nếu bạn yêu cầu rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng cáo Cấp độ 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 đó.

Nếu chúng tôi từ chối toàn bộ hoặc một phần kháng cáo Cấp 1 của bạn về dịch vụ chăm sóc y tế, kháng cáo của bạn sẽ tự động được chuyển lên kháng cáo Cấp 2 do một tổ chức xem xét độc lập không liên kết với chúng tôi thực hiện.

- Bạn không cần phải làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng cáo Cấp độ 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động chuyển kháng cáo dịch vụ chăm sóc y tế của bạn lên Cấp độ 2 nếu chúng tôi không đồng ý hoàn toàn với kháng cáo Cấp độ 1 của bạn.
- Truy cập **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 bạn không hài lòng với quyết định tại kháng cáo Cấp 2, bạn có thể tiếp tục thông qua các cấp kháng cáo bổ sung (chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5).

Phần 5.1 Nhận trợ giúp để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng cáo

Dưới đây là các nguồn hỗ trợ nếu bạn quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng cáo một quyết định:

- **Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng** theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711).
- **Nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của bạn.
- **Bác sĩ của bạn có thể thực hiện yêu cầu thay cho bạn.** Nếu bác sĩ của bạn hỗ trợ kháng cáo sau Cấp độ 2, họ cần được chỉ định làm đại diện của bạn. Hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng và yêu cầu mẫu *Chỉ định Người đại diện*. (Mẫu này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại https://www.humana.com/member/documents-and-forms.)
  - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của bạn có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp 1 thay mặt bạn. Nếu kháng cáo của bạn bị từ chối ở Cấp 1, kháng cáo sẽ tự động được chuyển tiếp lên Cấp 2.
  - Đối với thuốc Phần D, bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu kháng cáo Cấp 1 của bạn bị từ chối, bác sĩ hoặc người kê đơn của bạn có thể yêu cầu kháng cáo Cấp 2.

- **Bạn có thể nhờ người khác hành động thay mặt bạn.** Bạn có thể chỉ định một người khác đại diện cho bạn 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 đại diện cho quý vị, hãy gọi cho Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi số 711) và yêu cầu mẫu *Ủy Quyền Đại Diện*. (Mẫu này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại https://www.humana.com/member/documents-and-forms.) Mẫu này cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. Mẫu phải được ký bởi bạn và bởi người mà bạn muốn hành động thay mặt bạn. Bạn phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đơn đã ký.

  – Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng nghị từ một đại diện mà không cần mẫu đó, nhưng chúng tôi không thể hoàn tất việc xem xét cho đến khi nhận được mẫu đó. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu trước thời hạn của chúng tôi để đưa ra quyết định về kháng cáo của bạn, yêu cầu kháng cáo của bạn sẽ bị bác bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho bạn thông báo bằng văn bản giải thích quyền của bạn trong việc yêu cầu tổ chức xem xét độc lập xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của bạn.

- **Bạn cũng có quyền thuê luật sư.** Bạn có thể liên hệ với luật sư của riêng bạn hoặc lấy tên một luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Có những nhóm sẽ cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí cho bạn nếu bạn đủ điều kiện. Tuy nhiên, **bạn 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 cho các tình huống khác nhau

Có 4 tình huống khác nhau liên quan đến 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 về từng tình huống này:

- **Phần 6**: Dịch vụ chăm sóc y tế: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng cáo
- **Phần 7**: Thuốc Phần D: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng cáo
- **Phần 8**: Cách yêu cầu chúng tôi chi trả cho việc nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng quý vị đang bị xuất viện quá sớm
- **Phần 9**: Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị đang kết thúc quá sớm (Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên biệt và dịch vụ Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF))

Nếu bạn không chắc thông tin nào áp dụng cho bạn, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711). Bạn cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ SHIP của bạn.

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

Phần 6.1 Phải làm gì nếu bạn gặp khó khăn trong việc nhận được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc muốn chúng tôi hoàn tiền cho bạn về dịch vụ chăm sóc của bạn

Quyền lợi của bạn đối với dịch vụ chăm sóc y tế được mô tả trong Chương 4 trong Bảng Quyền lợi Y tế. Trong một số trường hợp, các quy tắc khác nhau áp dụng cho yêu cầu về thuốc Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích cách các quy tắc đối với thuốc Phần B khác với các quy tắc đối với các mục y tế và dịch vụ.

Phần này cho biết bạn có thể làm gì nếu bạn đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong 5 tình huống sau:

1. Bạn không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn muốn, và bạn tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**

2. Chương trình của chúng tôi sẽ không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác của bạn muốn cung cấp cho bạn, và bạn tin rằng chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**

3. Bạn đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn tin rằng chương trình của chúng tôi nên bao trả, nhưng chúng tôi cho biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này. **Thực hiện kháng cáo. Phần 6.3.**

4. Bạn đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn tin rằng chương trình của chúng tôi nên bao trả, và bạn muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho bạn khoản chi phí dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**

5. Bạn được thông báo rằng việc bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn đã nhận và chúng tôi đã phê duyệt trước đây sẽ bị giảm hoặc dừng lại, và bạn tin rằng việc giảm hoặc dừng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của bạn. **Thực hiện kháng cáo. Phần 6.3.**

   Lưu ý: Nếu phạm vi bảo hiểm sắp bị chấm dứt là dành cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng có chuyên môn (skilled nursing facility), hoặc dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF), hãy chuyển đến 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 quyết định bảo hiểm

Thuật ngữ pháp lý:

Quyết định bảo hiểm liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của bạn được gọi là **quyết định của tổ chức.**

Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định khẩn cấp.**

Bước 1: Xác định xem bạn cần quyết định bảo trợ tiêu chuẩn hay quyết định bảo trợ nhanh.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 7 ngày dương lịch khi mục y tế hoặc dịch vụ thuộc diện các quy tắc ủy quyền trước của chúng tôi, 14 ngày dương lịch đối với tất cả các mục 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 thuốc Phần B.

- Bạn chỉ có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của bạn hoặc ảnh hưởng đến khả năng phục hồi chức năng của bạn.
- **Nếu bác sĩ của bạn cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của bạn yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho bạn.**
- **Nếu quý vị tự yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định liệu tình trạng sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm nhanh hay** không. Nếu chúng tôi không chấp thuận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thư:
  - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn
  - Giải thích rằng nếu bác sĩ của bạn yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho bạn quyết định bảo hiểm nhanh.
  - Giải thích rằng bạn có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi cấp cho bạn quyết định bảo hiểm thông thường thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà bạn đã yêu cầu.

<u>Bước 2:</u> Yêu cầu chương trình bảo hiểm của chúng tôi đưa ra quyết định bảo trợ hoặc quyết định bảo trợ nhanh.

- Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư, hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để thực hiện yêu cầu cho chúng tôi ủy quyền hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn muốn. Bạn, bác sĩ của bạn, hoặc đại diện của bạn có thể thực hiện điều này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của bạn về bảo trợ dịch vụ chăm sóc y tế và thông báo câu trả lời cho bạn.

Đối với các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ cho bạn biết câu trả lời trong vòng 7 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn về một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ thuộc diện quy định ủy quyền trước của chúng tôi. Nếu mặt hàng y tế hoặc dịch vụ bạn yêu cầu không thuộc diện quy định ủy quyền trước của chúng tôi, chúng tôi sẽ cho bạn biết câu trả lời trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn. Nếu yêu cầu của bạn là về thuốc Phần B, chúng tôi sẽ cho bạn biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn.

- **Tuy nhiên,** nếu bạn yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho bạn, **chúng tôi có thể kéo dài thêm tối đa 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của bạn là về một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của bạn là về một loại thuốc Phần B.
- Nếu bạn cho rằng chúng tôi không nên kéo dài thêm ngày, bạn có thể nộp khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ cho bạn biết câu trả lời về khiếu nại của bạn ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về khiếu nại.)

Đối với các quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian khẩn cấp.

Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của bạn là về một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu yêu cầu của bạn là về thuốc Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên,** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho **quý vị, chúng tôi có thể kéo dài thêm tối đa 14 ngày dương** lịch. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của bạn là về một loại thuốc Phần B.

- Nếu bạn cho rằng chúng tôi không nên kéo dài thêm ngày, bạn có thể nộp khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 để biết thông tin về khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.

- Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thông báo bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo trợ dịch vụ chăm sóc y tế của bạn, bạn có thể kháng cáo.

- Nếu chúng tôi từ chối, bạn có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách thực hiện kháng cáo. Điều này có nghĩa là yêu cầu lại để được bảo hiểm chăm sóc y tế mà bạn mong muốn. Nếu bạn kháng cáo, điều đó có nghĩa là bạn đang chuyển sang Cấp độ 1 của quy trình kháng cáo.

Phần 6.3 Cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 1

Thuật ngữ pháp lý:

Một kháng cáo gửi đến chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm chăm sóc y tế được gọi là **xem xét lại của chương trình.**

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **xem xét lại khẩn cấp.**

Bước 1: Xác định xem bạn cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh.

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày dương lịch hoặc 7 ngày dương lịch đối với thuốc Phần B. Kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

- Nếu bạn đang kháng cáo một quyết định chúng tôi đã đưa ra về bảo hiểm chăm sóc, bạn và/hoặc bác sĩ của bạn cần quyết định xem bạn có cần kháng cáo nhanh hay không. Nếu bác sĩ của bạn cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của bạn cần kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ xử lý kháng cáo nhanh cho bạn.

- Các yêu cầu để được kháng cáo nhanh cũng giống như các yêu cầu để được quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình bảo hiểm của chúng tôi thực hiện kháng cáo hoặc kháng cáo nhanh

- **Nếu bạn đang yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn, hãy nộp kháng cáo tiêu chuẩn của bạn bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.

- **Nếu bạn đang yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy gửi kháng cáo của bạn bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.

- **Bạn phải thực hiện yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày có trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi để thông báo cho bạn câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu bạn bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng để bỏ lỡ, hãy giải thích lý do kháng cáo của bạn bị trễ khi bạn thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho bạn thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Các ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nặng khiến bạn không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi đã cung cấp cho bạn thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.

- **Bạn có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của bạn. Bạn và bác sĩ của bạn có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo của bạn. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho bạn.**

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo của bạn và thông báo kết quả cho bạn.

- Khi chúng tôi đang xem xét kháng cáo của bạn, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân theo tất cả các quy tắc khi từ chối yêu cầu của bạn hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần và có thể liên hệ với bác sĩ của bạn.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh

- Đối với các kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cung cấp cho bạn câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của bạn**. Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu chúng tôi làm như 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 kéo dài thêm tối đa 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật tư y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản. Chúng tôi không thể lấy thêm thời gian nếu yêu cầu của bạn là về một loại thuốc Phần B.
  - Nếu chúng tôi không cung cấp câu trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối thời gian gia hạn nếu chúng tôi đã sử dụng thêm ngày), chúng tôi có nghĩa vụ tự động chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức xem xét độc lập. Tổ chức xem xét độc lập sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản khi nhận được kháng cáo của bạn. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc toàn bộ những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của bạn.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị quyết định của chúng tôi bằng văn bản và tự động chuyển tiếp kháng cáo của quý vị đến tổ chức xem xét độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp độ 2. Tổ chức xem xét độc lập sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản khi nhận được kháng cáo của bạn.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho bạn **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của bạn. Nếu yêu cầu của quý vị là về một loại thuốc Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời **cho quý vị trong vòng 7 ngày** theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho bạn sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu 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 kéo dài thêm tối đa 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật tư y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của bạn là về một loại thuốc Phần B.
  - Nếu bạn cho rằng chúng tôi không nên dành thêm ngày, bạn có thể nộp đơn khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp khiếu nại khẩn cấp, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, hãy xem **Phần 11**.)

– Nếu chúng tôi không cung cấp cho quý vị câu trả lời trước thời hạn (hoặc trước khi kết thúc thời gian gia hạn), chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên kháng nghị Cấp 2, nơi một tổ chức xem xét độc lập sẽ xem xét kháng nghị đó. Tổ chức xem xét độc lập sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản khi nhận được kháng cáo của bạn. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc toàn bộ những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm trong vòng 30 ngày dương lịch nếu yêu cầu của bạn là về một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của bạn là về thuốc thuộc Phần B.
- **Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của bạn**, chúng tôi sẽ tự động chuyển kháng cáo của bạn đến tổ chức xem xét độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp độ 2. Tổ chức xem xét độc lập sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản khi nhận được kháng cáo của bạn.

Phần 6.4 Quy trình kháng cáo Cấp độ 2

Thuật ngữ pháp lý:

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Thực thể Đánh giá Độc lập.** Đôi khi nó được gọi là **IRE.**

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên quan đến chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc liệu nó có nên được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Tổ chức xem xét độc lập xem xét kháng cáo của bạn.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của bạn đến tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc** của bạn. **Bạn có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ vụ việc của bạn.** Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho bạn.
- Bạn có quyền cung cấp cho tổ chức đánh giá độc lập thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo của bạn.
- Các chuyên viên đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kỹ lưỡng tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Nếu bạn đã thực hiện kháng cáo nhanh ở Cấp độ 1, bạn cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp độ 2.

- Đối với kháng cáo nhanh, tổ chức đánh giá độc lập phải trả lời kháng cáo Cấp độ 2 của bạn trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được kháng cáo của bạn.
- Nếu yêu cầu của bạn là về một mục hoặc dịch vụ y tế và tổ chức xem xét độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho bạn, **tổ chức này có thể mất thêm tối đa 14 ngày theo lịch**. Nếu họ kéo dài thêm ngày, họ sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản. Tổ chức xem xét độc lập không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của bạn là về thuốc Phần B.

Nếu bạn đã thực hiện kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 1, bạn cũng sẽ có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 2.

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn nếu yêu cầu của bạn là về một mục hoặc dịch vụ y tế, tổ chức xem xét độc lập phải đưa ra câu trả lời cho kháng cáo Cấp 2 của bạn **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được kháng cáo của bạn. Nếu yêu cầu của bạn là về thuốc Phần B, tổ chức xem xét độc lập phải đưa ra câu trả lời cho kháng cáo Cấp 2 của bạn **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được kháng cáo của bạn.

- Nếu yêu cầu của bạn là về một mục hoặc dịch vụ y tế và tổ chức xem xét độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho bạn, **tổ chức này có thể mất thêm tối đa 14 ngày theo lịch**. Nếu họ kéo dài thêm ngày, họ sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản. Tổ chức xem xét độc lập không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của bạn là về thuốc Phần B.

Bước 2: Tổ chức xem xét độc lập thông báo câu trả lời cho bạn.

Tổ chức xem xét độc lập sẽ thông báo quyết định cho bạn bằng văn bản và giải thích các lý do cho quyết định đó.

- **Nếu tổ chức xem xét độc lập đồng ý một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một mục hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải phê duyệt bảo hiểm chăm sóc y tế trong vòng **72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xem xét độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn.** Đối với **các yêu cầu khẩn cấp**, chúng tôi có **72 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức xem xét độc lập.

- **Nếu tổ chức xem xét độc lập đồng ý một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc Phần B,** chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp thuốc Phần B trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức xem xét độc lập. **Đối với các yêu cầu khẩn cấp**, chúng tôi có **24 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định từ tổ chức xem xét độc lập.

- **Nếu tổ chức xem xét 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 (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về bảo hiểm chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Điều này được gọi là **duy trì quyết định** hoặc **từ chối kháng cáo của bạn**.) Trong trường hợp này, tổ chức xem xét độc lập sẽ gửi cho bạn một thư:

  – Giải thích quyết định.

  – Cho quý vị biết về quyền kháng nghị Cấp 3 của quý vị nếu giá trị bằng tiền của phạm vi bảo hiểm dịch vụ y tế mà quý vị yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản bạn nhận được từ tổ chức xem xét độc lập sẽ cho bạn biết số tiền bạn phải đáp ứng để tiếp tục quy trình kháng cáo.

  – Cho bạn biết cách nộp đơn kháng cáo Cấp 3.

Bước 3: Nếu trường hợp của bạn đáp ứng các yêu cầu, bạn chọn xem mình có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng là 5 cấp kháng cáo). Nếu bạn muốn thực hiện kháng cáo Cấp 3, thông tin chi tiết về cách thực hiện sẽ có trong thông báo bằng văn bản bạn nhận được sau kháng cáo Cấp 2 của bạn.

- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người phán xử là luật sư. Phần 10 giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

Phần 6.5 Nếu bạn yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho hóa đơn bạn nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế

Chúng tôi không thể hoàn tiền trực tiếp cho bạn đối với một dịch vụ hoặc mục Medicaid. Nếu bạn nhận được hóa đơn cho các dịch vụ và mục được bảo hiểm Medicaid, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Đừng tự thanh toán hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nếu bạn thanh toán hóa đơn, bạn có thể được hoàn tiền từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó nếu bạn đã tuân thủ các quy tắc để nhận dịch vụ hoặc mục đó.

Yêu cầu hoàn trả là yêu cầu quyết định bảo hiểm từ chúng tôi

Nếu bạn gửi cho chúng tôi hồ sơ yêu cầu hoàn tiền, bạn đang yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn đã thanh toán có được bảo hiểm hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem bạn có tuân theo các quy tắc khi sử dụng quyền bảo hiểm của bạn cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý** vị: Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bảo hiểm và quý vị đã tuân theo các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho chi phí đó thường trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu bạn chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp đến nhà cung cấp dịch vụ.

- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý** vị: Nếu dịch vụ chăm sóc y tế không được bảo hiểm, hoặc quý vị không tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không gửi khoản thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thư thông báo rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế và lý do tại sao.

Nếu bạn không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **bạn có thể kháng cáo**. Nếu bạn kháng cáo, điều đó có nghĩa là bạn đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của bạn.

Để thực hiện kháng cáo này, hãy làm theo quy trình kháng cáo trong Phần 6.3. Đối với các kháng cáo liên quan đến hoàn trả, lưu ý:

- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho bạn trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của bạn. Nếu bạn đang yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn đã nhận và đã thanh toán, bạn không được phép yêu cầu kháng cáo nhanh.

- Nếu tổ chức xem xét độc lập quyết định rằng chúng tôi nên thanh toán, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho bạn hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho kháng cáo của bạn là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp độ 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán bạn yêu cầu cho bạn hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 60 ngày theo lịch.

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

Phần 7.1 Phần này cho bạn biết phải làm gì nếu bạn gặp khó khăn khi nhận thuốc theo Phần D hoặc bạn muốn chúng tôi hoàn trả tiền cho bạn đối với thuốc theo Phần D

Quyền lợi của bạn bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được bảo hiểm, thuốc phải được sử dụng cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Phần D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5 và 6. **Phần này nói về thuốc Phần D của bạn mà thôi.** Để đơn giản hóa, chúng tôi thường dùng từ *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại *thuốc theo toa ngoại trú được bảo hiểm* hoặc *thuốc Phần* D mỗi lần. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Hướng dẫn về Thuốc thay vì *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* hoặc danh mục thuốc.

- Nếu bạn không biết liệu một loại thuốc có được bảo hiểm hay không hoặc liệu bạn có đáp ứng các quy tắc hay không, bạn có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi chúng tôi bảo hiểm cho loại thuốc đó.

- Nếu nhà thuốc của bạn thông báo rằng đơn thuốc của bạn không thể được thực hiện theo nội dung đã ghi, nhà thuốc sẽ cung cấp cho bạn thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo theo Phần D

Thuật ngữ pháp lý:

Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc theo Phần D của bạn được gọi là **xác định bảo hiểm.**

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của bạn hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của bạn. Phần này cho bạn biết những gì bạn có thể làm nếu bạn đang ở trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không có trong *Hướng dẫn về Thuốc* của chương trình của chúng tôi. **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu miễn trừ hạn chế trong phạm vi bảo hiểm của chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về lượng thuốc quý vị có thể **nhận) Yêu cầu ngoại** lệ. **Phần 7.2**
- Yêu cầu trả mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho một loại thuốc được bảo hiểm thuộc bậc chia sẻ chi phí cao hơn. **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu được phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4**
- Thanh toán cho một loại thuốc theo toa mà bạn đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho bạn. Phần 7.4**

Nếu bạn không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, bạn có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này cho bạn biết cả cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách yêu cầu kháng cáo.

Phần 7.2 Yêu cầu ngoại lệ

Thuật ngữ pháp lý:

Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong Hướng dẫn thuốc được gọi là **ngoại lệ về danh mục thuốc.**

Yêu cầu xóa bỏ hạn chế bảo hiểm đối với một loại thuốc được gọi là **ngoại lệ về danh mục thuốc.**

Yêu cầu trả mức giá thấp hơn cho một loại thuốc được bảo hiểm không thuộc nhóm ưu tiên được gọi là **ngoại lệ về bậc chi phí.**

Nếu một loại thuốc không được bảo hiểm theo cách bạn mong muốn, bạn có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện **ngoại lệ**. Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của bạn, bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao bạn cần yêu cầu ngoại lệ được chấp thuận. Dưới đây là 3 ví dụ về các ngoại lệ mà bạn hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không có trong Hướng Dẫn Thuốc của chúng tôi**. Nếu chúng tôi đồng ý bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong Hướng Dẫn Thuốc, bạn sẽ cần trả mức chia sẻ chi phí áp dụng cho các loại thuốc trong Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4 - Thuốc Không Được Ưu Tiên. Bạn không thể yêu cầu ngoại lệ đối với mức chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu bạn trả cho loại thuốc khi chúng tôi đồng ý bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong Hướng Dẫn Thuốc.

2. **Xóa bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được bảo hiểm**. Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong *Hướng Dẫn Thuốc Theo Toa của chúng tôi.* Nếu chúng tôi đồng ý thực hiện ngoại lệ và miễn trừ một hạn chế cho bạn, bạn có thể yêu cầu ngoại lệ đối với mức đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu bạn trả cho loại thuốc đó.

3. **Thay đổi bảo hiểm của một loại thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mỗi loại thuốc trong Hướng Dẫn Thuốc của chúng tôi thuộc một trong Năm (5) bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp thì bạn càng trả ít hơn cho phần chi phí thuốc của mình.

- Nếu Hướng dẫn thuốc của chúng tôi có thuốc thay thế để điều trị tình trạng bệnh của quý vị ở bậc chi phí thấp hơn so với thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm thuốc của quý vị theo mức chi phí áp dụng cho (các) thuốc thay thế đó.
- Nếu thuốc bạn đang dùng là sản phẩm sinh học, bạn có thể yêu cầu chúng tôi chi trả cho thuốc của bạn với mức chia sẻ chi phí thấp hơn. Đây sẽ là bậc thấp nhất có chứa các loại thuốc thay thế sinh học để điều trị tình trạng bệnh của bạn.
- Nếu thuốc bạn đang dùng là thuốc biệt dược, bạn có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm thuốc của bạn theo mức chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa các thuốc biệt dược thay thế để điều trị tình trạng bệnh của bạn.
- Nếu thuốc bạn đang dùng là thuốc gốc, bạn có thể yêu cầu chúng tôi chi trả thuốc của bạn theo mức chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa các loại thuốc thay thế dạng biệt dược hoặc gốc để điều trị tình trạng của bạn.
- Bạn không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí đối với bất kỳ loại thuốc nào trong Bậc Chia Sẻ Chi Phí 5 – Bậc Thuốc Đặc Trị.
- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ về bậc thuốc của bạn và có nhiều hơn một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các thuốc thay thế mà bạn không thể dùng, thông thường bạn sẽ trả mức thấp nhất.

Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ

Bác sĩ của bạn phải cho chúng tôi biết lý do y tế

Bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn phải cung cấp cho chúng tôi một tuyên bố giải thích lý do y tế tại sao bạn yêu cầu ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy đính kèm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn khi bạn yêu cầu ngoại lệ.

Hướng dẫn Thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều hơn một loại thuốc để điều trị một tình trạng bệnh cụ thể. Các 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 bạn đang yêu cầu và sẽ không gây ra nhiều tác dụng phụ hoặc vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ không chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của bạn. Nếu bạn yêu cầu chúng tôi cấp ngoại lệ về bậc thuốc, chúng tôi thường

sẽ **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của bạn trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không có tác dụng tốt bằng đối với bạn hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tác hại khác.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của bạn

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của bạn, sự chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực cho đến hết năm chương trình của chúng tôi. Điều này đúng miễn là bác sĩ của bạn tiếp tục kê đơn thuốc đó cho bạn và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả trong việc điều trị tình trạng bệnh của bạn.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của bạn, bạn có thể đề nghị xem xét lại bằng cách thực hiện kháng cáo.

Phần 7.4 Cách yêu cầu quyết định chi trả, bao gồm cả yêu cầu ngoại lệ

Thuật ngữ pháp lý:

Quyết định chi trả nhanh được gọi là **xác định chi trả khẩn cấp.**

Bước 1: Xác định xem bạn cần quyết định bảo trợ tiêu chuẩn hay quyết định bảo trợ nhanh.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn.
Quyết định bảo hiểm nhanh được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn.

Nếu sức khỏe của bạn yêu cầu, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho bạn. **Để được quyết định bảo hiểm nhanh, bạn phải đáp ứng 2 yêu cầu:**

- Bạn phải đang yêu cầu một loại thuốc mà bạn chưa nhận được. (Bạn không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh để được hoàn tiền cho loại thuốc mà bạn đã mua.)
- Việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe của bạn hoặc ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của bạn.
- **Nếu bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của bạn cần một quyết định chi trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động cấp cho bạn quyết định chi trả nhanh.**
- **Nếu bạn tự yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, không có sự hỗ trợ của bác sĩ hoặc người kê đơn, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của bạn có yêu cầu chúng tôi cấp quyết định bảo hiểm nhanh cho bạn hay không.** Nếu chúng tôi không chấp thuận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thư:
  - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
  - Giải thích rằng nếu bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho bạn quyết định bảo hiểm nhanh.
  - Cho bạn biết cách bạn có thể nộp khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi về việc đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà bạn đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của bạn trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được.

<u>Bước 2:</u> Yêu cầu quyết định bảo trợ tiêu chuẩn hoặc quyết định bảo trợ nhanh.

Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi ủy quyền hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà bạn muốn. Bạn 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 yêu

cầu được gửi trên *Mẫu Yêu cầu Xác định Bảo hiểm Mẫu CMS* hoặc trên mẫu của chương trình chúng tôi, có sẵn trên trang web của chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để gửi yêu cầu xác định phạm vi bảo hiểm trực tuyến, vui lòng truy cập: **Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations**. Điền vào Mẫu Yêu Cầu Xác Định Phạm Vi Bảo Hiểm. Bạn sẽ cần gửi cho chúng tôi tài liệu hỗ trợ từ bác sĩ kê đơn để chứng minh nhu cầu y tế. Thông tin của bạn sẽ được gửi đến chúng tôi một cách bảo mật. Để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của bạn, hãy bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin cho thấy yêu cầu bồi thường bị từ chối nào đang được kháng cáo.

Bạn, bác sĩ của bạn, (hoặc người kê đơn khác) hoặc đại diện của bạn có thể thực hiện việc này. Bạn cũng có thể nhờ một luật sư hành động thay mặt bạn. Phần 5.1 của chương này hướng dẫn cách bạn có thể cấp phép bằng văn bản cho người khác thay mặt bạn.

- **Nếu quý vị đang yêu cầu ngoại lệ, hãy cung cấp bản khai hỗ trợ**, đó là các lý do y tế cho ngoại lệ đó. Bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn có thể fax hoặc gửi thư bản khai đó cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và tiếp theo bằng cách fax hoặc gửi thư bản khai bằng văn bản nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của bạn và thông báo câu trả lời cho bạn.

Thời hạn cho quyết định chi trả nhanh

- Thông thường chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho bạn **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được yêu cầu của bạn.
  - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời trong vòng 24 giờ sau khi nhận được bản xác nhận hỗ trợ từ bác sĩ của bạn. Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu chúng tôi làm như vậy.
  - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi có nghĩa vụ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức xem xét độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản nếu yêu cầu của bạn đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp quyền lợi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của bạn.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho bạn một bản thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho bạn biết cách bạn có thể kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc bạn chưa nhận được

- Nhìn chung chúng tôi phải cung cấp câu trả lời cho bạn **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn.
  - Đối với các ngoại lệ, chúng tôi sẽ cung cấp câu trả lời cho bạn trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được bản khai hỗ trợ của bác sĩ bạn. Chúng tôi sẽ trả lời bạn sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu chúng tôi làm vậy.
  - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi có nghĩa vụ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức xem xét độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản nếu yêu cầu của bạn đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi phải **cung cấp quyền lợi bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của bạn.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho bạn một bản thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho bạn biết cách bạn có thể kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về thanh toán cho một loại thuốc bạn đã mua

- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho bạn **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn.
  - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi có nghĩa vụ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp độ 2 của quy trình kháng cáo, nơi yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức xem xét độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản nếu yêu cầu của bạn đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu**, chúng tôi cũng có nghĩa vụ thanh toán cho bạn trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thông báo bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho bạn biết cách bạn có thể kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo trợ của bạn, bạn có thể thực hiện kháng cáo.

- Nếu chúng tôi từ chối, bạn có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách thực hiện kháng cáo. Điều này có nghĩa là yêu cầu lại để nhận được phạm vi bảo hiểm thuốc mà bạn muốn. Nếu bạn thực hiện kháng cáo, điều đó có nghĩa là bạn đang chuyển đến Cấp độ 1 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.5 Cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 1

Thuật ngữ pháp lý:

Kháng cáo với chương trình về quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là **xác định lại** của chương trình.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **xác định lại khẩn cấp.**

Bước 1: Xác định xem bạn cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh.

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày dương lịch. Kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

- Nếu quý vị đang kháng nghị một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hoặc người kê đơn khác sẽ cần quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Các yêu cầu để được kháng nghị nhanh giống như các yêu cầu để được quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 7.4 của chương này.

Bước 2: Bạn, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn phải liên hệ với chúng tôi và thực hiện kháng cáo Cấp độ 1 của bạn. Nếu tình trạng sức khỏe của bạn cần phản hồi nhanh, bạn phải yêu cầu kháng cáo nhanh.

- **Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.

- **Đối với kháng cáo nhanh, hãy gửi kháng cáo của bạn bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 800-451-4651, TTY: 711**. Chương 2 có thông tin liên hệ.

- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản,** bao gồm yêu cầu được gửi trên Mẫu Yêu cầu Xác định lại Mẫu CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi **Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations**. Bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu bồi thường của bạn để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu của bạn.

- **Bạn phải thực hiện yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày có trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi để thông báo cho bạn câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu bạn bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng để bỏ lỡ, hãy giải thích lý do kháng cáo của bạn bị trễ khi bạn thực hiện kháng cáo. Chúng tôi có thể cho bạn thêm thời gian để thực hiện kháng cáo. Các ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm bệnh nặng khiến bạn không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi đã cung cấp cho bạn thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.

- **Bạn có thể yêu cầu bản sao thông tin trong kháng cáo của bạn và bổ sung thêm thông tin.** Bạn và bác sĩ của bạn có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo của bạn. Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho bạn.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo của bạn và thông báo câu trả lời cho bạn.

- Khi chúng tôi xem xét kháng cáo của bạn, chúng tôi xem xét lại một cách cẩn thận tất cả các thông tin về yêu cầu bảo hiểm của bạn. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân theo tất cả các quy tắc khi từ chối yêu cầu của bạn hay không.

- Chúng tôi có thể liên hệ với bạn hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn để lấy thêm thông tin.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh

- Đối với các kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cung cấp cho bạn câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của bạn**. Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu chúng tôi làm như vậy.

  – Nếu chúng tôi không cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ, chúng tôi có nghĩa vụ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức xem xét độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản nếu yêu cầu của bạn đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập. Phần 7.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp quyền lợi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối và cách bạn có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về một loại thuốc bạn chưa nhận được

- Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải cung cấp cho bạn câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của bạn. Chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu bạn chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của bạn yêu cầu chúng tôi làm như vậy.

- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 7 ngày dương lịch, chúng tôi có nghĩa vụ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, nơi yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức xem xét độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản nếu yêu cầu của bạn đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập. **Phần 7.**6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc toàn bộ những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm nhanh nhất có thể theo yêu cầu sức khỏe của bạn, nhưng không muộn hơn **7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của bạn.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi từ chối và cách bạn có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn về việc thanh toán cho một loại thuốc bạn đã mua

- Chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho bạn **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn.

  - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi có nghĩa vụ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức xem xét độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản nếu yêu cầu của bạn đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi cũng có nghĩa vụ 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 không đối với một phần hoặc tất cả những gì bạn yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho bạn một thông báo bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho bạn biết cách bạn có thể kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo của bạn, bạn quyết định xem mình có muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và thực hiện một kháng cáo *khác* hay không.

- Nếu bạn quyết định thực hiện một kháng cáo khác, điều đó có nghĩa là kháng cáo của bạn sẽ được chuyển lên Cấp độ 2 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.6 Cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 2

Thuật ngữ pháp lý

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Thực thể Đánh giá Độc lập.** Đôi khi nó được gọi là **IRE.**

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không liên quan đến chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc liệu nó có nên được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Bạn (hoặc người đại diện, bác sĩ hoặc người kê đơn khác của bạn) phải liên hệ với tổ chức xem xét độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của bạn.

- Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo Cấp 1 của bạn, thông báo bằng văn bản chúng tôi gửi cho bạn sẽ bao gồm **hướng dẫn về 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 độ 2 này, thời hạn bạn phải tuân theo là gì, và cách liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập.

- **Bạn phải thực hiện yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thông báo bằng văn bản.

- Nếu chúng tôi không hoàn thành việc xem xét trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định không thuận lợi liên quan đến việc xác định **có rủi ro** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển yêu cầu của quý vị đến thực thể đánh giá độc lập. Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản nếu yêu cầu của bạn đã được gửi đến tổ chức đánh giá độc lập.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của bạn đến tổ chức xem xét độc lập. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc** của bạn. **Bạn có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ vụ việc của bạn.** Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho bạn.

- Bạn có quyền cung cấp cho tổ chức đánh giá độc lập thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo của bạn.

Bước 2: Tổ chức xem xét độc lập xem xét kháng cáo của bạn.

- Các chuyên gia đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về kháng cáo của bạn.

Thời hạn cho kháng cáo nhanh

- Nếu sức khỏe của bạn yêu cầu, hãy đề nghị tổ chức đánh giá độc lập thực hiện kháng cáo nhanh.

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý thực hiện kháng cáo nhanh cho bạn, tổ chức đánh giá độc lập phải đưa ra câu trả lời cho kháng cáo Cấp độ 2 của bạn **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của bạn.

Thời hạn cho kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với các kháng nghị tiêu chuẩn, tổ chức xem xét độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi tổ chức đó nhận được kháng nghị của quý vị nếu kháng nghị liên quan đến thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu bạn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho thuốc bạn đã mua, tổ chức xem xét độc lập phải đưa ra câu trả lời cho kháng cáo Cấp 2 của bạn **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của bạn.

Bước 3: Tổ chức xem xét độc lập thông báo câu trả lời cho bạn.

- ***Đối với kháng cáo nhanh:***

  - **Nếu tổ chức xem xét độc lập trả lời có đối với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải **cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức xem xét độc lập phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức xem xét độc lập.

- ***Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn:***

  - **Nếu tổ chức xem xét độc lập trả lời có đối với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bảo hiểm của quý vị,** chúng tôi phải **cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức xem xét độc lập phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức xem xét độc lập.

  - **Nếu tổ chức xem xét độc lập trả lời có đối với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu hoàn tiền của quý vị** cho một loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi có nghĩa vụ **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi nhận được quyết định từ tổ chức xem xét độc lập.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối kháng cáo của bạn?

Nếu tổ chức xem xét độc lập từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của bạn, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của bạn (hoặc một phần yêu cầu của bạn). (Điều này được gọi là **duy trì quyết định**. Điều này cũng được gọi là **từ chối kháng cáo của bạn**.) Trong trường hợp này, tổ chức xem xét độc lập sẽ gửi cho bạn một thư:

- Giải thích quyết định.
- Thông báo cho bạn về quyền kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị bằng đô la của quyền lợi bảo hiểm thuốc bạn đang yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị bằng đô la của quyền lợi bảo hiểm thuốc bạn đang yêu cầu quá thấp, bạn không thể thực hiện thêm kháng cáo nào và quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng.
- Cho bạn biết giá trị bằng đô la đang tranh chấp cần đạt mức tối thiểu để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 4: Nếu trường hợp của bạn đáp ứng các yêu cầu, bạn chọn xem mình có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng là 5 cấp kháng cáo).
- Nếu bạn muốn chuyển sang kháng cáo Cấp độ 3, thông tin chi tiết về cách thực hiện được nêu trong thông báo bằng văn bản bạn nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp độ 2 của bạn.
- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người phán xử là luật sư. Phần 10 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi bảo hiểm thời gian nằm viện dài hơn nếu bạn cho rằng bạn đang bị xuất viện quá sớm

Khi bạn nhập viện, bạn có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện được bảo hiểm cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc thương tích của bạn.

Trong thời gian nằm viện được bảo hiểm, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc cùng bạn để chuẩn bị cho ngày bạn xuất viện. Họ sẽ giúp thu xếp các dịch vụ chăm sóc bạn có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày bạn rời bệnh viện được gọi là **ngày xuất viện** của bạn.
- Khi ngày xuất viện của bạn được xác định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho bạn.
- Nếu quý vị cho rằng mình đang bị yêu cầu rời bệnh viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện dài hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú, bạn sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Medicare cho biết về các quyền của bạn

Trong vòng 2 ngày dương lịch kể từ khi nhập viện, bạn sẽ được trao một thông báo bằng văn bản có tên Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Bạn. Mọi người có Medicare đều nhận được bản sao của thông báo này. Nếu bạn không nhận được thông báo từ ai đó tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên xã hội hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào để xin thông báo đó. Nếu bạn cần trợ giúp, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048).

1. **Đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu bạn không hiểu.** Thông báo cho bạn biết:

   - Quyền của bạn để nhận các dịch vụ được Medicare bảo hiểm trong và sau khi nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Điều này bao gồm quyền được biết các dịch vụ đó là gì, ai sẽ thanh toán cho chúng và bạn có thể nhận chúng ở đâu.

   - Quyền của bạn được tham gia vào bất kỳ quyết định nào liên quan đến việc nằm viện của bạn.

   - Nơi báo cáo bất kỳ mối lo ngại nào bạn có về chất lượng dịch vụ chăm sóc bệnh viện của bạn.

   - Quyền của quý vị để yêu **cầu xem xét ngay lập** tức quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng quý vị đang bị xuất viện quá sớm. Đây là cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện của bạn, để chúng tôi có thể chi trả cho việc chăm sóc tại bệnh viện của bạn trong thời gian dài hơn.

2. **Bạn sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để xác nhận rằng bạn đã nhận được và hiểu các quyền của mình.**

   - Bạn hoặc người đang đại diện cho bạn sẽ được yêu cầu ký vào thông báo.

   - Việc ký thông báo chỉ cho thấy rằng bạn đã nhận được thông tin về quyền của mình. Thông báo không cung cấp ngày xuất viện của bạn. Việc ký thông báo **không có nghĩa là** bạn đang đồng ý về ngày xuất viện.

3. **Giữ bản sao** của thông báo để bạn có thông tin về việc thực hiện kháng cáo (hoặc báo cáo mối lo ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc) khi cần.

   - Nếu bạn ký thông báo trước ngày xuất viện của bạn hơn 2 ngày dương lịch, bạn sẽ nhận được thêm một bản sao trước khi bạn được lên lịch xuất viện.

   - Để xem trước một bản sao của thông báo này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) hoặc 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Bạn cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Phần 8.2 Cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 1 để thay đổi ngày xuất viện tại bệnh viện của bạn

Để yêu cầu chúng tôi chi trả cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của bạn trong thời gian dài hơn, hãy sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu những gì bạn cần làm và các thời hạn là gì.

- **Tuân theo quy trình**

- **Đáp ứng thời hạn**

- **Hãy nhờ giúp đỡ nếu bạn cần.** Nếu bạn có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711). Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của bạn để được giúp đỡ cá nhân. Thông tin liên hệ cho SHIP của bạn có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở cuối tài liệu này.

Trong quá trình kháng cáo Cấp độ 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét kháng cáo của bạn. Tổ chức này kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của bạn có phù hợp về mặt y tế đối với bạn hay không. **Tổ chức Cải thiện Chất lượng** là một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét ngày

xuất viện bệnh viện cho những người có Medicare. Những chuyên gia này không thuộc về chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng tại tiểu bang của bạn và yêu cầu xem xét ngay lập tức về việc xuất viện bệnh viện của bạn. Bạn phải hành động nhanh chóng.

Bạn có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản bạn nhận được (Thông báo Quan trọng từ Medicare về Quyền của Bạn) cho bạn biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của bạn trong Chương 2.

Hành động nhanh chóng:

- Để thực hiện kháng cáo, bạn phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng *trước* khi rời bệnh viện và **không muộn hơn nửa đêm vào ngày xuất viện của bạn**.
  - **Nếu bạn đáp ứng thời hạn này**, bạn có thể ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện của bạn *mà không phải trả tiền* trong khi chờ nhận quyết định từ Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
  - **Nếu bạn 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 theo kế hoạch, quý vị có thể phải chi trả toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện phát sinh sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- Sau khi bạn yêu cầu xem xét ngay lập tức về việc xuất viện, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Trước buổi trưa của ngày hôm sau khi chúng tôi được liên hệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn **Thông báo Xuất viện Chi tiết**. Thông báo này cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của bạn và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi cho rằng việc bạn xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).
- Quý vị có thể nhận **mẫu Thông báo Xuất viện Chi tiết** bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.) Hoặc bạn có thể nhận mẫu thông báo trực tuyến tại CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của bạn.

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (những người xem xét) sẽ hỏi bạn (hoặc đại diện của bạn) lý do tại sao bạn cho rằng phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ nên được tiếp tục. Bạn không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng bạn có thể làm vậy nếu muốn.
- Các chuyên gia xem xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của bạn, nói chuyện với bác sĩ của bạn, và xem xét thông tin mà chúng tôi và bệnh viện đã cung cấp cho họ.
- Trước buổi trưa của ngày hôm sau khi những người xem xét thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của bạn, bạn sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ chúng tôi nêu rõ ngày xuất viện theo kế hoạch của bạn. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện và chúng tôi cho rằng việc bạn xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Bước 3: Trong vòng một ngày đầy đủ sau khi có đủ thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ thông báo cho bạn kết quả kháng cáo của bạn.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là có?

- Nếu tổ chức xem xét độc lập nói *có*, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm của bạn miễn là các dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế.**

- Bạn sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu những điều này áp dụng). Ngoài ra, có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được bảo hiểm của bạn.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là không?

- Nếu tổ chức xem xét độc lập trả lời không, họ đang khẳng định rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của bạn là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **phạm vi bảo hiểm của chúng tôi đối với các dịch vụ bệnh viện nội trú của bạn sẽ kết thúc** vào buổi trưa của ngày hôm sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng thông báo kết quả kháng cáo cho bạn.

- Nếu tổ chức xem xét độc lập nói *không* với kháng cáo của bạn và bạn quyết định ở lại bệnh viện, **bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí** chăm sóc tại bệnh viện mà bạn nhận được sau buổi trưa vào ngày hôm sau kể từ khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng thông báo cho bạn câu trả lời cho kháng cáo của bạn.

Bước 4: Nếu kết quả kháng cáo Cấp 1 của bạn là không được chấp thuận, bạn quyết định xem có muốn thực hiện kháng cáo tiếp theo hay không.

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng cáo của bạn, và bạn vẫn ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, bạn có thể kháng cáo lần khác. Kháng cáo lần khác có nghĩa là bạn đang tiến đến **Cấp độ 2** của quy trình kháng cáo.

Phần 8.3 Cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 2 để thay đổi ngày xuất viện của bạn

Trong kháng cáo Cấp độ 2, bạn yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định của họ về kháng cáo lần đầu của bạn. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng cáo Cấp độ 2 của bạn, bạn có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thời gian lưu trú sau ngày xuất viện theo kế hoạch của bạn.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

- Bạn phải yêu cầu xem xét này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng *từ chối* kháng cáo Cấp độ 1 của bạn. Bạn chỉ có thể yêu cầu xem xét này nếu bạn vẫn ở lại bệnh viện sau ngày phạm vi bảo hiểm cho việc chăm sóc của bạn kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện xem xét lần thứ hai đối với tình huống của bạn.

- Những người xem xét tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại một cách cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 của bạn, các thẩm định viên sẽ ra quyết định về kháng cáo của bạn và thông báo quyết định đó cho bạn.

Nếu tổ chức xem xét độc lập nói có:

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho bạn** phần chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc bệnh viện bạn nhận được kể từ buổi trưa của ngày hôm sau ngày kháng cáo lần đầu của bạn bị Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc bệnh viện nội trú của bạn miễn là còn cần thiết về mặt y tế.**

- Bạn phải tiếp tục trả phần chi phí của mình và các giới hạn bảo hiểm có thể áp dụng.

Nếu tổ chức xem xét độc lập nói không:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đã đưa ra về Kháng cáo Cấp 1 của bạn.
- Thông báo bạn nhận được sẽ cho bạn biết bằng văn bản những gì bạn có thể làm nếu bạn muốn tiếp tục quá trình xem xét.

Bước 4: Nếu kết quả là không được chấp thuận, bạn cần quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo bằng cách chuyển lên Cấp 3 hay không.

- Có 3 cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng là 5 cấp kháng cáo).
- Nếu quý vị muốn chuyển sang kháng cáo Cấp 3, thông tin chi tiết về cách thực hiện được nêu trong thông báo bằng văn bản quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người phán xử là luật sư. Phần 10 của chương này cung cấp thêm thông tin về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả cho một số dịch vụ y tế nếu bạn cho rằng phạm vi bảo hiểm của bạn kết thúc quá sớm

Khi bạn đang được chi trả cho **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng có kỹ năng hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện)**, bạn có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ cho loại hình chăm sóc đó miễn là việc chăm sóc cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của bạn.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc ngừng bảo hiểm bất kỳ loại nào trong số 3 loại chăm sóc này cho bạn, chúng tôi có trách nhiệm thông báo trước cho bạn. Khi phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của bạn.

Nếu bạn cho rằng chúng tôi đang kết thúc phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của bạn quá sớm, **bạn có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.** Phần này cho bạn biết cách yêu cầu kháng cáo.

Phần 9.1 Chúng tôi sẽ thông báo trước cho bạn khi phạm vi bảo hiểm của bạn sắp kết thúc

Thuật ngữ pháp lý:

Thông báo về Việc Không Được Bảo hiểm Medicare. Nó cho bạn biết cách bạn có thể yêu cầu **kháng cáo nhanh.** Yêu cầu kháng cáo nhanh là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc của bạn.

1. **Bạn nhận được thông báo bằng văn bản** ít nhất 2 ngày theo lịch trước khi chương trình của chúng tôi sẽ ngừng bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của bạn. Thông báo cho bạn biết:
   - Ngày chúng tôi sẽ ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc cho bạn.
   - Cách yêu cầu kháng cáo nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả dịch vụ chăm sóc của bạn trong một khoảng thời gian dài hơn.

2. **Bạn, hoặc người đang đại diện cho bạn, sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để xác nhận rằng bạn đã nhận được nó.** Việc ký vào thông báo chỉ cho thấy rằng bạn đã nhận được thông tin về thời điểm phạm vi bảo hiểm của bạn sẽ kết thúc. **Ký vào đó không có nghĩa là bạn đồng ý** với quyết định của chương trình chúng tôi về việc ngừng dịch vụ chăm sóc.

Phần 9.2 Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi chi trả dịch vụ chăm sóc của bạn trong thời gian dài hơn

Nếu bạn muốn yêu cầu chúng tôi bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của bạn trong một khoảng thời gian dài hơn, bạn sẽ cần sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu những gì bạn cần làm và các thời hạn là gì.

- **Tuân theo quy trình**
- **Đáp ứng thời hạn**
- **Hãy nhờ giúp đỡ nếu bạn cần.** Nếu bạn có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711). Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của bạn để được giúp đỡ cá nhân. Thông tin liên hệ cho SHIP của bạn có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở cuối tài liệu này.

Trong quá trình kháng cáo Cấp độ 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét kháng cáo của bạn. Tổ chức này quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của bạn có phù hợp về mặt y tế hay không. **Tổ chức Cải thiện Chất lượng** là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét các quyết định của chương trình về thời điểm ngừng bảo hiểm một số loại dịch vụ chăm sóc y tế nhất định. Các chuyên gia này không phải là một phần của chương trình chúng tôi.

<u>Bước 1:</u> Thực hiện kháng cáo Cấp độ 1 của bạn: liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu kháng cáo nhanh. Bạn phải hành động nhanh chóng.

Bạn có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản mà bạn nhận được (Thông báo về Việc Không Được Bảo Hiểm Medicare) cho bạn biết cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.)

Hành động nhanh chóng:

- Bạn phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng cáo của bạn **trước buổi trưa của ngày trước ngày có hiệu lực** trên *Thông báo Không được Bảo hiểm Medicare*.
- Nếu bạn bỏ lỡ thời hạn và muốn nộp kháng cáo, bạn vẫn có quyền kháng cáo. Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng bằng thông tin liên lạc trên Thông báo về Việc Không Được Bảo Hiểm Medicare. Tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của bạn cũng có thể được tìm thấy trong Chương 2.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của bạn.

Thuật ngữ pháp lý:

Giải thích Chi tiết về Việc Không Được Bảo Hiểm. Thông báo cung cấp chi tiết về các lý do chấm dứt bảo hiểm.

Điều gì xảy ra trong quá trình xem xét này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (những người xem xét) sẽ hỏi bạn hoặc đại diện của bạn về lý do tại sao bạn cho rằng bảo hiểm cho các dịch vụ nên tiếp tục. Bạn không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng bạn có thể làm vậy nếu muốn.
- Tổ chức xem xét độc lập cũng sẽ xem xét thông tin y tế của bạn, trao đổi với bác sĩ của bạn, và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi cung cấp cho họ.
- Trước khi kết thúc ngày mà những người xem xét thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của bạn, bạn sẽ nhận được từ chúng tôi Giải thích Chi tiết về Việc Không được Bảo hiểm, trong đó giải thích chi tiết lý do chúng tôi kết thúc phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ của bạn.

Bước 3: Trong vòng một ngày đầy đủ sau khi có đủ thông tin cần thiết, các thẩm định viên sẽ thông báo cho bạn quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu những người xem xét nói có?

- Nếu những người xem xét *đồng ý* với kháng cáo của bạn, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ được bảo hiểm của bạn miễn là dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế**.
- Bạn sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu những điều này áp dụng). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được bảo hiểm của bạn.

Điều gì xảy ra nếu những người xem xét nói không?

- Nếu những người xem xét nói không, thì **phạm vi bảo hiểm của bạn sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho bạn.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên khoa, hoặc dịch vụ của Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày phạm vi bảo hiểm của quý vị kết thúc**, thì quý vị sẽ phải trả toàn bộ** chi phí của dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu kết quả kháng cáo Cấp 1 của bạn là không được chấp thuận, bạn quyết định xem có muốn thực hiện kháng cáo tiếp theo hay không.

- Nếu người xem xét từ chối kháng cáo Cấp độ 1 của bạn
  - – và bạn chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi quyền bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó đã kết thúc
  - – thì bạn có thể thực hiện kháng cáo Cấp độ 2.

Phần 9.3 Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của bạn trong thời gian dài hơn

Trong quá trình kháng cáo Cấp độ 2, bạn yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định trong lần kháng cáo đầu tiên của bạn. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng cáo Cấp độ 2 của bạn, bạn có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng có chuyên môn, hoặc dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của bạn sẽ kết thúc.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

- Bạn phải yêu cầu xem xét này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng *từ chối* kháng cáo Cấp độ 1 của bạn. Bạn chỉ có thể yêu cầu xem xét này nếu bạn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện xem xét lần thứ hai đối với tình huống của bạn.

- Những người xem xét tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại một cách cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của bạn, các thẩm định viên sẽ ra quyết định về kháng cáo của bạn và thông báo quyết định đó cho bạn.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức xem xét độc lập nói có?

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý** vị phần chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi cho biết bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm** cho dịch vụ chăm sóc miễn là còn cần thiết về mặt y tế.

- Bạn phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của bạn và có thể có các giới hạn bảo hiểm áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức xem xét độc lập nói không?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đã được đưa ra đối với kháng cáo Cấp 1 của bạn.

- Thông báo bạn nhận được sẽ cho bạn biết bằng văn bản những gì bạn có thể làm nếu bạn muốn tiếp tục quá trình xem xét. Nó sẽ cung cấp cho bạn thông tin chi tiết về cách chuyển sang cấp độ kháng cáo tiếp theo, được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người phán xử là luật sư.

Bước 4: Nếu kết quả là không được chấp thuận, bạn cần quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có 3 cấp độ kháng cáo bổ sung sau Cấp độ 2 (tổng cộng là 5 cấp độ kháng cáo). Nếu bạn muốn tiến hành kháng cáo Cấp độ 3, thông tin chi tiết về cách thực hiện điều này có trong thông báo bằng văn bản bạn nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp độ 2 của bạn.

- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người phán xử là luật sư. Phần 10 của chương này đề cập thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 10 Đưa kháng cáo của bạn lên Cấp 3, 4 và 5

Phần 10.1 Các Cấp Kháng cáo 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Dịch vụ Y tế

Phần này có thể phù hợp với bạn nếu bạn đã thực hiện kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, và cả hai kháng cáo của bạn đều bị từ chối.

Nếu giá trị bằng tiền của mặt hàng hoặc dịch vụ y tế bạn đã kháng cáo đáp ứng một số mức tối thiểu nhất định, bạn có thể tiến hành các cấp độ kháng cáo bổ sung. Nếu giá trị bằng đô la thấp hơn mức tối thiểu, bạn không thể kháng cáo thêm nữa. Phản hồi bằng văn bản mà bạn nhận được đối với kháng cáo Cấp 2 sẽ giải thích cách thực hiện kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, 3 cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động theo cách tương tự như 2 cấp đầu tiên. Đây là người xử lý việc xem xét kháng cáo của bạn ở mỗi cấp độ này.

Kháng cáo Cấp 3

Một **Thẩm phán Luật Hành chính hoặc một trọng tài viên là luật sư** làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng cáo của bạn và đưa ra câu trả lời cho bạn.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư phán xét đồng ý với kháng cáo của bạn, quá trình kháng cáo *có thể* hoặc *có thể không* kết thúc.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định Cấp 3 có lợi cho bạn. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, vụ việc sẽ được chuyển lên kháng cáo Cấp 4.
  - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo, chúng tôi phải cấp phép hoặc cung cấp cho bạn dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người phán xét là luật sư.
  - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao yêu cầu kháng cáo Cấp 4 kèm theo bất kỳ tài liệu đi kèm nào. Chúng tôi có thể chờ 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 thẩm định viên là luật sư từ chối kháng cáo của bạn, quá trình kháng cáo *có thể* hoặc *có thể không* kết thúc.**
  - Nếu bạn quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của bạn, quá trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu bạn không muốn chấp nhận quyết định, bạn có thể tiếp tục lên cấp tiếp theo của quy trình xem xét. bạn nhận được sẽ cho bạn biết phải làm gì đối với kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Cấp 4

Hội đồng Kháng cáo Medicare (Hội đồng) sẽ xem xét kháng cáo của bạn và đưa ra câu trả lời cho bạn. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là có, hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi về việc xem xét lại một quyết định kháng cáo Cấp 3 có lợi cho quý vị, quy trình kháng cáo *có thể hoặc có thể không* kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định Cấp 4 có lợi cho bạn. 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 phải cấp phép hoặc cung cấp cho bạn dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.
  - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản.
- **Nếu kết quả là không được chấp thuận hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét, quá trình kháng cáo *có thể* hoặc *có thể không* kết thúc.**
  - Nếu bạn quyết định chấp nhận quyết định này từ chối kháng cáo của bạn, quá trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định đó, quý vị có thể tiếp tục lên cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng từ chối kháng cáo của bạn, thông báo bạn nhận được sẽ cho bạn biết liệu các quy định có cho phép bạn thực hiện kháng cáo Cấp 5 hay không và cách tiếp tục với kháng cáo Cấp 5.

Kháng cáo Cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Liên bang Quận** sẽ xem xét kháng cáo của bạn.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định có hoặc không đối với yêu cầu của bạn. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào sau Tòa án Quận Liên bang.

Phần 10.2 Các Cấp Kháng cáo 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc theo Phần D

Phần này có thể phù hợp với bạn nếu bạn đã thực hiện kháng cáo Cấp 1 và kháng cáo Cấp 2, và cả hai kháng cáo của bạn đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc bạn kháng cáo đáp ứng một mức tiền nhất định, bạn có thể tiếp tục lên các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu số tiền thấp hơn, bạn không thể kháng cáo thêm nữa. Phản hồi bằng văn bản mà bạn nhận được đối với kháng cáo Cấp 2 sẽ giải thích người cần liên hệ và những việc cần làm để yêu cầu kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, 3 cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động theo cách tương tự như 2 cấp đầu tiên. Đây là người xử lý việc xem xét kháng cáo của bạn ở mỗi cấp độ này.

Kháng cáo Cấp 3

Một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc một trọng tài viên là luật sư làm việc cho chính phủ liên bang sẽ xem xét kháng cáo của bạn và đưa ra câu trả lời cho bạn.

- **Nếu câu trả lời là có, quá trình kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người xét xử là luật sư phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo khẩn cấp) hoặc thực hiện thanh toán không muộn hơn 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm định viên là luật sư từ chối kháng cáo của bạn, quá trình kháng cáo *có thể* hoặc *có thể không* kết thúc.**
  - Nếu bạn quyết định chấp nhận quyết định này từ chối kháng cáo của bạn, quá trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu bạn không muốn chấp nhận quyết định, bạn có thể tiếp tục lên cấp tiếp theo của quy trình xem xét. bạn nhận được sẽ cho bạn biết phải làm gì đối với kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Cấp 4

Hội đồng Kháng cáo Medicare (Hội đồng) sẽ xem xét kháng cáo của bạn và đưa ra câu trả lời cho bạn. Hội đồng là một phần của chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là có, quá trình kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc** đã được Hội đồng phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo khẩn cấp) hoặc thực hiện thanh toán không muộn hơn 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu kết quả là không được chấp thuận hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét, quá trình kháng cáo *có thể* hoặc *có thể không* kết thúc.**
  - Nếu bạn quyết định chấp nhận quyết định này từ chối kháng cáo của bạn, quá trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục lên cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng từ chối kháng cáo của bạn, thông báo bạn nhận được sẽ cho bạn biết liệu các quy định có cho phép bạn thực hiện kháng cáo Cấp 5 hay không và cách tiếp tục với kháng cáo Cấp 5.

Kháng cáo Cấp 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Liên bang Quận** sẽ xem xét kháng cáo của bạn.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định có hoặc không đối với yêu cầu của bạn. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào sau Tòa án Quận Liên bang.

Thực hiện khiếu nại

PHẦN 11 Cách thực hiện khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng, hoặc các vấn đề khác

Phần 11.1 Những loại vấn đề nào được xử lý bởi quy trình khiếu nại?

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 các ví dụ về các loại vấn đề được xử lý theo quy trình khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng chăm sóc y tế của bạn	• Bạn có không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc bạn nhận được (bao gồm cả chăm sóc tại bệnh viện) không?
Tôn trọng quyền riêng tư của bạn	• Có ai đó không tôn trọng quyền riêng tư của bạn hoặc chia sẻ thông tin bảo mật không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém, hoặc các hành vi tiêu cực khác	• Có ai đó đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng bạn không? • Bạn có không hài lòng với Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi không? • Bạn có cảm thấy mình đang bị khuyến khích rời khỏi chương trình của chúng tôi không?
Thời gian chờ đợi	• Bạn có gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn, hoặc phải chờ đợi quá lâu để được hẹn không? • Bạn có phải chờ đợi quá lâu bởi các bác sĩ, dược sĩ, hoặc các chuyên gia y tế khác không? Hoặc bởi bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc nhân viên khác tại chương trình của chúng tôi? – Ví dụ bao gồm chờ đợi quá lâu trên điện thoại, ở phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc khi lấy đơn thuốc.
Vệ sinh	• Bạn có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện, hoặc phòng mạch bác sĩ không?
Thông tin bạn nhận được từ chúng tôi	• Chúng tôi có không gửi cho bạn một thông báo bắt buộc không? • Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?

Khiếu nại	Ví dụ
Tính kịp thời (Các loại khiếu nại này đều liên quan đến *tính kịp thời* của các hành động của chúng tôi liên quan đến các quyết định bảo hiểm và kháng cáo)	Nếu bạn đã yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc đã gửi kháng cáo, và bạn cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, bạn có thể gửi khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ: • Bạn đã yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh hoặc kháng cáo nhanh, và chúng tôi đã từ chối; bạn có thể gửi khiếu nại. • Bạn cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn cho các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo; bạn có thể gửi khiếu nại. • Bạn cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn để chi trả hoặc hoàn tiền cho bạn đối với một số dịch vụ hoặc vật phẩm y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; bạn có thể gửi khiếu nại. • Bạn cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn bắt buộc để chuyển hồ sơ của bạn đến tổ chức xét duyệt độc lập; bạn có thể gửi khiếu nại.

Phần 11.2 Cách thực hiện khiếu nại

Thuật ngữ pháp lý:

- **Khiếu nại** còn được gọi là **phản ánh (grievance).**
- **Thực hiện khiếu nại** được gọi là **nộp đơn phản ánh (filing a grievance).**
- **Sử dụng quy trình khiếu nại** được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn phản ánh (filing a grievance).**
- **Khiếu nại nhanh** được gọi là **phản ánh khẩn cấp (expedited grievance).**

<u>Bước 1:</u> Liên hệ với chúng tôi ngay – bằng điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Gọi cho Chăm sóc Khách hàng** theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711) **thường là bước đầu tiên.** Nếu có bất kỳ điều gì khác bạn cần thực hiện, Chăm sóc Khách hàng sẽ cho bạn biết.
- **Nếu quý vị không muốn gọi điện (hoặc quý vị đã gọi nhưng không hài lòng), quý vị có thể gửi khiếu nại của mình bằng văn bản và gửi cho chúng** tôi. Nếu bạn gửi khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của bạn bằng văn bản.
- **Hướng dẫn nộp khiếu nại**

  Nộp khiếu nại bằng lời nói bằng cách gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (TTY: 711).

  Gửi khiếu nại bằng văn bản đến:
  Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165
  Lexington, KY 40512– 4054

  Khi nộp khiếu nại, vui lòng cung cấp:

  ☐ Tên
  ☐ Địa chỉ
  ☐ Số điện thoại
  ☐ Số nhận dạng thành viên

- ☐ Tóm tắt khiếu nại và bất kỳ liên hệ trước đó nào của bạn với chúng tôi liên quan đến khiếu nại
- ☐ Hành động bạn yêu cầu chúng tôi thực hiện
- ☐ Chữ ký của bạn hoặc người đại diện được ủy quyền của bạn và ngày tháng. Nếu bạn muốn một người bạn, người thân, bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác, hoặc người khác làm đại diện của bạn, hãy gọi cho Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của cuốn sách nhỏ này) và yêu cầu mẫu Ủy quyền Đại diện. (Mẫu đơn cũng có trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại https://www.humana.com/member/documents-and-forms.) Mẫu đơn cho phép người đó hành động thay mặt bạn. Mẫu đơn phải được ký bởi bạn và bởi người mà bạn muốn hành động thay mặt bạn. Bạn phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đơn đã ký.

- **Lựa chọn Xem xét Nhanh Khiếu nại của bạn**

  Bạn có thể yêu cầu xem xét nhanh và chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được, nếu khiếu nại của bạn liên quan đến một trong các trường hợp sau:

  - Chúng tôi đã gia hạn khung thời gian để đưa ra quyết định về tổ chức/xem xét lại, và bạn cho rằng mình cần có quyết định nhanh hơn.

  – Chúng tôi đã từ chối yêu cầu xem xét nhanh của bạn đối với quyết định của tổ chức/bảo hiểm trong 72 giờ.

  – Chúng tôi đã từ chối yêu cầu xem xét nhanh của bạn đối với một kháng cáo trong 72 giờ.

  Tốt nhất là bạn nên gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng nếu bạn muốn yêu cầu xem xét nhanh khiếu nại của mình. Nếu bạn gửi yêu cầu qua thư, chúng tôi sẽ gọi điện để thông báo cho bạn biết rằng chúng tôi đã nhận được yêu cầu đó.

- **Thời hạn** để nộp khiếu nại là 60 ngày theo lịch kể từ thời điểm bạn gặp phải vấn đề mà bạn muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của bạn và thông báo kết quả cho bạn.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời bạn ngay lập tức.** Nếu bạn gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể cung cấp cho bạn câu trả lời ngay trong cuộc gọi đó.

- **Hầu hết các khiếu nại đều được giải đáp trong vòng 30 ngày dương lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và việc trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất của bạn hoặc nếu bạn yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày dương lịch (tổng cộng 44 ngày dương lịch) để trả lời khiếu nại của bạn. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm thời gian, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn bằng văn bản.

- **Nếu bạn đang gửi khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của bạn về quyết định bảo hiểm nhanh hoặc kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ tự động xử lý khiếu nại nhanh cho bạn**. Nếu bạn có khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ cung cấp cho bạn **câu trả lời trong vòng 24 giờ**.

- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của bạn hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề bạn đang khiếu nại, chúng tôi sẽ nêu rõ lý do trong phản hồi gửi đến bạn.

Phần 11.3 Bạn cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi khiếu nại của bạn liên quan đến chất lượng chăm sóc, bạn có 2 lựa chọn bổ sung:

- **Bạn có thể gửi khiếu nại trực tiếp đến Tổ chức Cải thiện Chất lượng.** Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ đang hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện chất lượng chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- **Bạn có thể gửi khiếu nại đến cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chúng tôi cùng một lúc.**

Phần 11.4 Bạn cũng có thể thông báo cho Medicare về khiếu nại của bạn

Bạn có thể gửi khiếu nại về Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) trực tiếp đến Medicare. **Để gửi khiếu nại đến Medicare,** hãy truy cập Medicare.gov/my/medicare-complaint. Bạn cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD gọi 1-877-486-2048.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI MEDICAID CỦA BẠN

PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicaid của bạn

Nếu bạn đang gặp vấn đề với quyền lợi Medicaid của mình, thông tin liên hệ của Apple Health (Medicaid) có thể được tìm thấy trong Phụ lục A ở phần cuối tài liệu này. Nếu bạn muốn chúng tôi hỗ trợ trong quá trình này, bạn có thể liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

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

PHẦN 1 Chấm dứt tư cách thành viên của bạn trong chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt tư cách thành viên của bạn trong Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) có thể là **tự nguyện** (do bạn tự lựa chọn) hoặc **không tự nguyện** (không phải do bạn tự lựa chọn):

- Bạn có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bạn quyết định muốn rời đi. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách thành viên của bạn.
- Cũng có những tình huống hạn chế mà chúng tôi bắt buộc phải chấm dứt tư cách thành viên của bạn. Phần 5 cho bạn biết về các tình huống khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của bạn.

Nếu bạn đang rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa cho bạn, và bạn sẽ tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình cho đến khi tư cách thành viên của bạn chấm dứt.

PHẦN 2 Bạn có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi khi nào?

Phần 2.1 Bạn có thể chấm dứt tư cách thành viên vì bạn có Medicare và Medicaid

Hầu hết những người có Medicare có thể chấm dứt tư cách thành viên của họ chỉ trong những khoảng thời gian nhất định trong năm. Vì bạn có Medicaid nên bạn có thể kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi bằng cách chọn một trong các yùy chọn Medicare sau đây vào bất kỳ tháng nào trong năm:

- Original Medicare *kèm* theo chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng,
- Nếu đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp cung cấp quyền lợi và dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu bạn hủy đăng ký khỏi chương trình bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), và không có bảo hiểm thuốc tương đương trong khoảng thời gian liên tục 63 ngày trở lên, bạn có thể phải trả khoản tiền phạt đăng ký muộn Phần D nếu bạn tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare sau này. Nếu bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), Medicare có thể đăng ký cho bạn vào một chương trình thuốc, trừ khi bạn đã từ chối đăng ký tự động.

- Gọi cho Apple Health (Medicaid) của quý vị theo số để tìm hiểu về các lựa chọn chương trình Medicaid của quý vị (có thể tìm thấy trong "Phụ lục A" ở cuối tài liệu này).
- Các tùy chọn chương trình sức khỏe Medicare khác có sẵn trong **Thời gian Đăng ký Mở.** Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Thời gian Đăng ký Mở.

- **Tư cách thành viên của bạn thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của bạn.** Việc đăng ký của bạn vào chương trình mới cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Bạn có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Thời Gian Đăng Ký Mở

Bạn có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong **Thời gian Đăng ký Mở** hằng năm. Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm sức khỏe và thuốc của bạn và quyết định về bảo hiểm cho năm tới.

- **Thời kỳ Đăng ký Mở** là từ **ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.**
- **Chọn giữ bảo hiểm hiện tại của bạn hoặc thực hiện các thay đổi đối với bảo hiểm của bạn cho năm tới.** Nếu bạn quyết định chuyển sang chương trình mới, bạn có thể chọn bất kỳ loại bảo hiểm nào sau đây:
  - Một chương trình sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
  - Original Medicare có chương trình thuốc Medicare riêng.
  - Original Medicare *không* có chương trình thuốc Medicare riêng.
  - Nếu đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp cung cấp quyền lợi và dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để trả tiền thuốc theo toa của mình: Nếu bạn chuyển sang Original Medicare và không đăng ký vào một chương trình thuốc Medicare riêng, Medicare có thể đăng ký bạn vào một chương trình thuốc, trừ khi bạn đã từ chối đăng ký tự động.

Lưu ý: Nếu bạn hủy đăng ký khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), và không có bảo hiểm thuốc tương đương trong 63 ngày liên tiếp trở lên, bạn có thể phải trả khoản tiền phạt đăng ký muộn Phần D nếu bạn tham gia chương trình thuốc Medicare sau này.

Tư cách thành viên của bạn trong chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt khi bảo hiểm của chương trình mới của bạn bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Phần 2.3 Bạn có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Thời Gian Đăng Ký Mở Medicare Advantage

Bạn có thể thực hiện một thay đổi đối với bảo hiểm sức khỏe của mình trong **Thời Gian Đăng Ký Mở Medicare Advantage** mỗi năm.

- **Thời Gian Đăng Ký Mở Medicare Advantage** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng áp dụng cho những người thụ hưởng Medicare mới đang đăng ký trong một chương trình MA, từ tháng được hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được hưởng.
- **Trong Thời Gian Đăng Ký Mở Medicare Advantage** bạn có thể:
  - Chuyển sang một Chương Trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc.
  - Hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chuyển sang Medicare Gốc trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt cùng lúc đó.

- **Tư cách thành viên của bạn sẽ kết thúc** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi bạn đăng ký vào một chương trình Medicare Advantage khác, hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu của bạn để chuyển sang Original Medicare. Nếu bạn cũng chọn đăng ký vào một chương trình thuốc Medicare, tư cách thành viên của bạn trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu đăng ký của bạn.

Phần 2.4 Trong một số tình huống nhất định, bạn có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Thời Gian Đăng Ký Đặc Biệt

Trong một số tình huống nhất định, bạn có thể đủ điều kiện để chấm dứt tư cách thành viên của mình vào các thời điểm khác trong năm. Điều này được gọi là **Thời gian Đăng ký Đặc biệt**.

Bạn có thể đủ điều kiện để chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Thời gian Đăng ký Đặc biệt nếu bất kỳ tình huống nào sau đây áp dụng cho bạn. Đây chỉ là những ví dụ. Để có danh sách đầy đủ, bạn có thể liên hệ với chương trình của chúng tôi, gọi cho Medicare hoặc truy cập Medicare.gov.

- Thông thường, khi bạn chuyển chỗ ở
- Nếu bạn có Apple Health (Medicaid)
- Nếu bạn đủ điều kiện nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) để trả tiền bảo hiểm thuốc Medicare của mình
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với bạn
- Nếu bạn đang được chăm sóc tại một cơ sở, chẳng hạn như nhà dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC)
- Nếu bạn đăng ký vào Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE)
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang trong chương trình quản lý thuốc, quý vị chỉ có thể đủ điều kiện cho một số Thời gian Đăng ký Đặc biệt nhất định. Chương 5, Phần 10 cho bạn biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.
- **Lưu ý:** Phần 2.1 cung cấp thêm thông tin về thời gian đăng ký đặc biệt dành cho những người có Medicaid.

Thời gian đăng ký khác nhau tùy theo tình huống của bạn.

Để tìm hiểu xem bạn có đủ điều kiện cho Thời gian Đăng ký Đặc biệt hay không, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Nếu bạn đủ điều kiện để chấm dứt tư cách thành viên của mình do một tình huống đặc biệt, bạn có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc của mình. Bạn có thể chọn:

- Một chương trình sức khỏe Medicare khác có hoặc không có quyền lợi thuốc,
- Original Medicare có chương trình thuốc Medicare riêng,
- Original Medicare *không* có chương trình thuốc Medicare riêng.
- Nếu đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp cung cấp quyền lợi và dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Lưu ý: Nếu bạn hủy đăng ký khỏi phạm vi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), và không có phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa tương đương trong 63 ngày liên tiếp trở lên, bạn có thể phải trả tiền phạt do đăng ký muộn Phần D nếu bạn tham gia một chương trình thuốc Medicare sau này.

Nếu bạn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare để trả cho quyền lợi thuốc của bạn: Nếu bạn chuyển sang Original Medicare và không đăng ký một chương trình thuốc Medicare riêng, Medicare có thể đăng ký bạn vào một chương trình thuốc, trừ khi bạn từ chối đăng ký tự động.

Tư cách thành viên của bạn thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau yêu cầu thay đổi chương trình của bạn.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cung cấp thêm thông tin về thời gian đăng ký đặc biệt dành cho những người có Medicaid và Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help).

Phần 2.5 Tìm hiểu thêm thông tin về thời điểm bạn có thể kết thúc tư cách thành viên

Nếu bạn có thắc mắc về việc kết thúc tư cách thành viên, bạn có thể:

- **Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng** theo số 800-457-4708 (Người dùng TTY gọi 711)
- Tìm thông tin trong sổ tay ***Medicare & Bạn 2027***
- Gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048)

PHẦN 3 Cách kết thúc tư cách thành viên của bạn trong chương trình của chúng tôi

Bảng dưới đây giải thích cách bạn có thể kết thúc 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 bảo hiểm sức khỏe Medicare khác	• Đăng ký vào chương trình sức khỏe Medicare mới. • Bạn sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) khi phạm vi bảo hiểm của chương trình mới của bạn bắt đầu.
Original Medicare *kèm* theo chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng,	• Đăng ký vào chương trình thuốc Medicare mới. • Bạn sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) khi phạm vi bảo hiểm của chương trình mới của bạn bắt đầu.
Original Medicare không kèm theo chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng,	• **Gửi cho chúng tôi yêu cầu hủy đăng ký bằng văn bản.** Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) nếu bạn cần thêm thông tin về cách thực hiện điều này. • Bạn cũng có thể gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu hủy đăng ký. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. • Bạn sẽ bị hủy đăng ký khỏi Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) khi phạm vi bảo hiểm của bạn trong Original Medicare bắt đầu.

Lưu ý: Nếu bạn hủy đăng ký khỏi bảo hiểm thuốc Medicare, không còn nhận được Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), và không có bảo hiểm thuốc tương đương trong 63 ngày liên tiếp trở lên, bạn có thể phải trả khoản tiền phạt đăng ký muộn Phần D nếu bạn tham gia chương trình thuốc Medicare sau này.

Nếu có thắc mắc về quyền lợi Apple Health (Medicaid) của bạn, hãy gọi cho Apple Health (Medicaid). Thông tin liên hệ của Apple Health (Medicaid) có thể được tìm thấy trong "Phụ lục A" ở phần cuối của tài liệu này. Hỏi xem việc tham gia chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến cách bạn nhận phạm vi bảo hiểm Apple Health (Medicaid) của mình.

PHẦN 4 Cho đến khi tư cách thành viên của bạn kết thúc, bạn phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách thành viên của bạn kết thúc và quyền lợi Medicare mới của bạn bắt đầu, bạn phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới hoặc đặt hàng qua thư của chúng tôi để được cấp phát đơn thuốc.**
- **Nếu quý vị đang nằm viện vào ngày tư cách thành viên của quý vị kết thúc, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi chi trả cho đến khi** quý vị xuất viện (ngay cả khi quý vị xuất viện sau khi quyền lợi sức khỏe mới của quý vị bắt đầu).

PHẦN 5 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) phải kết thúc tư cách thành viên chương trình của bạn trong một số tình huống nhất định

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) phải kết thúc tư cách thành viên của bạn trong chương trình của chúng tôi nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:

- Nếu bạn không còn có Medicare Phần A và Phần B
- Nếu bạn không còn đủ điều kiện cho Medicaid. Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid. Nếu bạn không còn đủ điều kiện tham gia chương trình, tư cách thành viên của bạn sẽ kết thúc sau thời gian ân hạn 6 tháng. Bạn sẽ nhận được thư giải thích rằng chúng tôi phải hủy đăng ký bạn khỏi chương trình của chúng tôi nếu bạn không lấy lại đủ điều kiện hỗ trợ Apple Health (Medicaid) trong thời gian ân hạn.
- Nếu bạn không thanh toán khoản chi tiêu y tế của mình, nếu có
- Nếu bạn chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Nếu bạn vắng mặt khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi hơn 6 tháng.
  - Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc đi du lịch dài ngày, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711) để tìm hiểu xem nơi quý vị chuyển đến hoặc đến du lịch có nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm của chúng tôi hay không.
  - Vì chương trình Humana Medicare D-SNP của quý vị có quyền lợi dành cho người đến thăm/đi du lịch, quý vị có thể đủ điều kiện ở ngoài khu vực dịch vụ tối đa 12 tháng.
- Nếu bạn bị giam giữ (đi tù)

- Nếu bạn không còn là công dân hoặc quốc dân Hoa Kỳ, hoặc không phải là người không phải công dân hợp lệ
- Nếu bạn khai gian hoặc giấu thông tin về các bảo hiểm khác mà bạn có để thanh toán chi phí thuốc
- Nếu quý vị cố ý cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến đủ điều kiện của quý vị cho chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể yêu cầu bạn rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi nhận được sự cho phép từ Medicare trước.)
- Nếu quý vị liên tục có hành vi gây rối và khiến chúng tôi khó cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác của chương trình. (Chúng tôi không thể yêu cầu bạn rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi nhận được sự cho phép từ Medicare trước.)
- Nếu bạn để người khác sử dụng thẻ thành viên của bạn để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể yêu cầu bạn rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi nhận được sự cho phép từ Medicare trước.)
  - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của bạn vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra điều tra trường hợp của bạn.

Nếu bạn có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách thành viên của bạn, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711).

Phần 5.1 Chúng tôi không thể yêu cầu bạn rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) không được phép yêu cầu bạn rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do liên quan đến sức khỏe nào.

Bạn nên làm gì nếu điều này xảy ra?

Nếu bạn cảm thấy rằng bạn đang bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Phần 5.2 Bạn có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của bạn trong chương trình

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của bạn trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo cho bạn bằng văn bản về lý do chấm dứt tư cách thành viên của bạn. Chúng tôi cũng phải giải thích cách bạn có thể nộp đơn khiếu nại hoặc phản ánh về quyết định của chúng tôi về việc chấm dứt tư cách thành viên của bạn.

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 Tiêu đề 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 nơi bạn sinh sống. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của bạn ngay cả khi các luật đó không được đưa vào 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, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, độ tuổi, khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm khiếu nại, lịch sử y tế, 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, như chương trình của chúng tôi, phải tuân thủ các luật liên bang về chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo luật Dân quyền năm 1964, Đạo luật Phục hồi chức năng năm 1973, Đạo luật Chống phân biệt đối xử theo độ tuổi năm 1975, Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ, Phần 1557 của Đạo luật Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ liên bang, và bất kỳ luật và quy định nào khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu bạn muốn biết thêm thông tin hoặc có thắc mắc về phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng, hãy gọi cho **Văn phòng Quyền Dân sự** của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn phòng Quyền Dân sự địa phương của bạn. Bạn cũng có thể xem thông tin từ Văn phòng Quyền Dân sự của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại HHS.gov/ocr/index.html.

Nếu bạn bị khuyết tật và cần hỗ trợ về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, hãy gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 800-457-4708 (người dùng TTY gọi 711). Nếu bạn có khiếu nại, chẳng hạn như vấn đề về lối tiếp cận dành cho xe lăn, Bộ phận Chăm sóc Khách hàng có thể hỗ trợ bạn.

PHẦN 3 Thông báo về quyền truy đòi của Người trả Medicare Thứ cấp

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ Medicare được bảo hiểm mà Medicare không phải là người thanh toán chính. Theo các quy định của CMS tại các mục 422.108 và 423.462 của 42 CFR, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP), với tư cách là Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền thu hồi tương tự mà Bộ trưởng thực hiện theo các quy định của CMS trong các tiểu mục B đến D của phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này sẽ thay thế bất kỳ luật tiểu bang nào.

PHẦN 4 Thông báo Bổ sung về Truy đòi (Thu hồi từ Bên Thứ ba)

Quyền thu hồi thanh toán của chúng tôi

Nếu chúng tôi thanh toán một yêu cầu bồi thường cho bạn, chúng tôi có quyền truy đòi. Đây là một điều khoản bảo hiểm rất phổ biến, có nghĩa là chúng tôi có quyền thu hồi số tiền chúng tôi đã thanh toán cho khiếu nại của bạn từ bất kỳ bên thứ ba nào chịu trách nhiệm về các chi phí y tế hoặc quyền lợi liên quan đến chấn thương, bệnh tật hoặc tình trạng sức khỏe của bạn. Bạn chuyển nhượng cho chúng tôi quyền của bạn để thực hiện hành động pháp lý chống lại bất kỳ bên thứ ba có trách nhiệm nào, và bạn đồng ý:

1. Cung cấp bất kỳ thông tin liên quan nào mà chúng tôi yêu cầu; và
2. Tham gia vào bất kỳ giai đoạn nào của thủ tục pháp lý, chẳng hạn như thu thập chứng cứ, lấy lời khai và làm chứng tại phiên tòa, nếu cần.

Nếu bạn không hợp tác với chúng tôi hoặc đại diện của chúng tôi, hoặc bạn làm bất cứ điều gì cản trở quyền của chúng tôi, chúng tôi có thể thực hiện hành động pháp lý chống lại bạn. Bạn cũng đồng ý không chuyển nhượng quyền thực hiện hành động pháp lý của bạn cho người khác mà không có sự đồng ý bằng văn bản của chúng tôi.

Quyền hoàn trả của chúng tôi

Chúng tôi cũng có quyền được hoàn trả nếu một bên thứ ba có trách nhiệm thanh toán trực tiếp cho bạn. Nếu bạn nhận được bất kỳ khoản tiền nào dưới dạng phán quyết, dàn xếp hoặc khoản thanh toán khác từ bất kỳ bên thứ ba nào, bạn phải hoàn trả cho chúng tôi ngay lập tức, tối đa bằng số tiền chúng tôi đã thanh toán cho yêu cầu bồi thường của bạn.

Các quyền của chúng tôi được ưu tiên

Quyền thu hồi và hoàn trả của chúng tôi được ưu tiên hơn các yêu cầu bồi thường khác và sẽ không bị ảnh hưởng bởi bất kỳ học thuyết công bằng nào. Điều này có nghĩa là chúng tôi có quyền thu hồi số tiền chúng tôi đã thanh toán, ngay cả khi bạn chưa được bên thứ ba có trách nhiệm bồi thường cho tất cả các chi phí liên quan đến thương tích hoặc bệnh tật của bạn. Nếu bạn không đồng ý với nỗ lực thu hồi thanh toán của chúng tôi, bạn có quyền kháng cáo, như được giải thích trong Chương 9.

Chúng tôi không có nghĩa vụ theo đuổi việc hoàn trả hoặc thực hiện hành động pháp lý chống lại bên thứ ba, dù là vì lợi ích của chúng tôi hay thay mặt bạn. Các quyền của chúng tôi theo luật Medicare và Chứng Từ Bảo Hiểm này sẽ không bị ảnh hưởng nếu chúng tôi không tham gia vào bất kỳ hành động pháp lý nào bạn thực hiện liên quan đến thương tích, bệnh tật hoặc tình trạng của bạn.

PHẦN 5 Cách Medicare Hoạt động cùng với Bảo hiểm Khác

Tại sao chúng tôi cần biết nếu bạn có bảo hiểm khác?

Chúng tôi phối hợp quyền lợi theo các quy tắc Người thanh toán thứ cấp Medicare, cho phép chúng tôi lập hóa đơn, hoặc ủy quyền cho nhà cung cấp dịch vụ lập hóa đơn, cho các công ty bảo hiểm, chương trình, hợp đồng bảo hiểm, chủ lao động hoặc các tổ chức khác khi người thanh toán kia có trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho bạn. Chúng tôi cũng được phép tính phí hoặc lập hóa đơn cho bạn đối với các khoản tiền mà người thanh toán kia đã thanh toán trực tiếp cho bạn cho các dịch vụ đó. Chúng tôi sẽ có tất cả các quyền được trao cho Chương trình Medicare theo các quy tắc Người thanh toán thứ cấp Medicare.

Ai chi trả trước khi bạn có bảo hiểm khác?

Khi bạn có bảo hiểm bổ sung, cách chúng tôi phối hợp bảo hiểm của bạn phụ thuộc vào tình huống của bạn. Với sự phối hợp quyền lợi, bạn thường sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc như thông thường thông qua các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, và chương trình hoặc các chương trình khác mà bạn có sẽ đơn giản là hỗ trợ chi trả cho dịch vụ chăm sóc bạn nhận được. Nếu bạn có bảo hiểm sức khỏe theo nhóm, bạn có thể tối đa hóa các quyền lợi sẵn có cho mình nếu bạn sử dụng các nhà cung cấp tham gia **vào** chương trình nhóm của bạn và chương trình của chúng tôi. Trong các tình huống khác, chẳng hạn như đối với các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi chi trả, bạn có thể nhận dịch vụ chăm sóc ngoài chương trình của chúng tôi.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của người sử dụng lao động và tổ chức người lao động

Đôi khi, một chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm phải cung cấp quyền lợi sức khỏe cho bạn trước khi chúng tôi cung cấp quyền lợi sức khỏe cho bạn. Điều này xảy ra nếu:

- Bạn có bảo hiểm theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm (bao gồm cả chương trình của người sử dụng lao động và tổ chức người lao động), trực tiếp hoặc thông qua vợ/chồng của bạn, và
- Người sử dụng lao động có hai mươi (20) nhân viên trở lên (theo quy định của các quy tắc Medicare), và
- Bạn không có bảo hiểm Medicare do khuyết tật hoặc Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD).

Nếu chủ sử dụng lao động có ít hơn hai mươi (20) nhân viên, nhìn chung chúng tôi sẽ cung cấp quyền lợi sức khỏe chính cho bạn. Nếu bạn có bảo hiểm dành cho người nghỉ hưu theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm, dù trực tiếp hay thông qua vợ/chồng của bạn, nhìn chung chúng tôi sẽ cung cấp quyền lợi sức khỏe chính. Các quy tắc đặc biệt được áp dụng nếu bạn có hoặc phát triển ESRD.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của người sử dụng lao động và tổ chức người lao động dành cho người khuyết tật

Nếu bạn có bảo hiểm theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm, và bạn có Medicare vì bạn bị khuyết tật, nhìn chung chúng tôi sẽ cung cấp quyền lợi sức khỏe chính cho bạn. Điều này xảy ra nếu:

- Bạn dưới 65 tuổi, và
- Bạn không có ESRD, và
- Bạn không có bảo hiểm trực tiếp hoặc thông qua vợ/chồng của bạn theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm lớn.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm lớn là chương trình bảo hiểm sức khỏe được cung cấp bởi chủ sử dụng lao động có 100 nhân viên trở lên, hoặc bởi chủ sử dụng lao động là một phần của chương trình nhiều chủ sử dụng lao động trong đó bất kỳ chủ sử dụng lao động nào tham gia vào chương trình đều có 100 nhân viên trở lên. Nếu bạn có bảo hiểm theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm lớn, dù trực tiếp hay thông qua vợ/chồng của bạn, chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm lớn của bạn phải cung cấp quyền lợi sức khỏe cho bạn trước khi chúng tôi cung cấp quyền lợi sức khỏe cho bạn. Điều này xảy ra nếu:

- Bạn không có ESRD, và
- Dưới 65 tuổi và có Medicare dựa trên tình trạng khuyết tật.

Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ chỉ cung cấp những quyền lợi không được chương trình nhóm của chủ sử dụng lao động lớn của bạn chi trả. Các quy tắc đặc biệt được áp dụng nếu bạn có hoặc phát triển ESRD.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của người sử dụng lao động và tổ chức người lao động dành cho người mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD)

Nếu bạn đủ điều kiện hoặc trở nên đủ điều kiện hưởng Medicare do ESRD và có bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ sử dụng lao động hoặc tổ chức nhân viên, dù trực tiếp hay thông qua vợ/chồng của bạn, chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của bạn có trách nhiệm cung cấp quyền lợi sức khỏe chính cho bạn trong ba mươi (30) tháng đầu tiên sau khi bạn đủ điều kiện hưởng Medicare do ESRD của bạn. Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm thứ cấp cho bạn trong thời gian này, và chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm chính cho bạn sau đó. Nếu bạn đã được hưởng Medicare do tuổi tác hoặc khuyết tật khi bạn phát triển ESRD, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm chính.

Bồi thường tai nạn lao động và các chương trình tương tự

Nếu bạn bị ốm hoặc bị thương liên quan đến công việc và bạn được hưởng quyền lợi bồi thường tai nạn lao động, chương trình bồi thường tai nạn lao động phải cung cấp quyền lợi của mình trước cho bất kỳ chi phí chăm sóc sức khỏe nào liên quan đến bệnh hoặc chấn thương liên quan đến công việc của bạn trước khi chúng tôi cung cấp bất kỳ quyền lợi nào theo Chứng Từ Bảo Hiểm này cho các dịch vụ được thực hiện liên quan đến bệnh hoặc chấn thương liên quan đến công việc của bạn.

Tai nạn và thương tích

Các quy tắc Người thanh toán thứ cấp Medicare được áp dụng nếu bạn đã gặp tai nạn hoặc bị thương. Nếu các quyền lợi theo bảo hiểm "Med Pay," không lỗi, ô tô, tai nạn, hoặc trách nhiệm pháp lý có sẵn cho bạn, nhà cung cấp bảo hiểm "Med Pay," không lỗi, ô tô, tai nạn, hoặc trách nhiệm pháp lý phải chi trả quyền lợi của mình trước cho bất kỳ chi phí chăm sóc sức khỏe nào liên quan đến tai nạn hoặc chấn thương trước khi chúng tôi cung cấp bất kỳ quyền lợi nào cho các dịch vụ liên quan đến tai nạn hoặc chấn thương của bạn.

Các khiếu nại bảo hiểm trách nhiệm pháp lý thường không được giải quyết kịp thời. Chúng tôi có thể thực hiện các khoản thanh toán có điều kiện trong khi khiếu nại trách nhiệm pháp lý đang chờ giải quyết. Chúng tôi cũng có thể nhận được một yêu cầu bồi thường mà không biết rằng một khoản trách nhiệm pháp lý hoặc yêu cầu bồi thường khác đang chờ giải quyết. Trong những tình huống này, các khoản thanh toán của chúng tôi là có điều kiện. Các khoản thanh toán có điều kiện phải được hoàn trả cho chúng tôi khi nhận được khoản thanh toán bảo hiểm hoặc trách nhiệm pháp lý.

Nếu bạn thu hồi từ bên thứ ba đối với các chi phí y tế, chúng tôi có quyền thu hồi các khoản thanh toán mà chúng tôi đã thực hiện bất kể các điều khoản thỏa thuận dàn xếp nào. Các điều khoản quy định rằng việc dàn xếp không bao gồm bồi thường thiệt hại cho các chi phí y tế sẽ bị bỏ qua. Chúng tôi sẽ công nhận việc phân bổ các khoản thanh toán trách nhiệm pháp lý cho các tổn thất không liên quan đến y tế chỉ khi khoản thanh toán dựa trên lệnh của tòa án về nội dung vụ việc. Chúng tôi sẽ không tìm cách thu hồi bất kỳ phần nào của một khoản bồi thường được tòa án chỉ định thích hợp là khoản thanh toán cho các tổn thất không phải là dịch vụ y tế (ví dụ: tổn thất về tài sản).

Khi chúng tôi cung cấp quyền lợi dưới dạng dịch vụ, chúng tôi có quyền được hoàn trả trên cơ sở giá trị hợp lý của các quyền lợi được cung cấp.

Không trùng lặp quyền lợi

Chúng tôi sẽ không trùng lặp bất kỳ quyền lợi hoặc khoản thanh toán nào mà bạn nhận được theo bất kỳ bảo hiểm xe hơi, tai nạn, trách nhiệm pháp lý, hoặc bảo hiểm khác nào. Bạn đồng ý thông báo cho chúng tôi khi bảo hiểm đó có sẵn cho bạn, và bạn có trách nhiệm thực hiện mọi hành động cần thiết để nhận quyền lợi hoặc khoản thanh toán theo bảo hiểm xe hơi, tai nạn, trách nhiệm pháp lý, hoặc bảo hiểm khác đó. Chúng tôi có thể tìm cách hoàn trả giá trị hợp lý của bất kỳ quyền lợi nào chúng tôi đã cung cấp trong trường hợp chúng tôi đã trùng lặp các quyền lợi mà bạn được hưởng theo bảo hiểm đó. Bạn có nghĩa vụ hợp tác với chúng tôi trong việc thu các khoản thanh toán từ bất kỳ bảo hiểm xe hơi, tai nạn, hoặc trách nhiệm pháp lý hay nhà bảo hiểm khác nào.

Nếu chúng tôi cung cấp quyền lợi cho bạn trước bất kỳ loại bảo hiểm sức khỏe nào khác mà bạn có thể có, chúng tôi có thể tìm cách thu hồi các quyền lợi đó theo các quy tắc Người Trả Thứ Cấp Medicare. Vui lòng tham khảo thêm mục 4 của chương này, **Thông Báo Bổ Sung về Quyền Thế Quyền (Thu Hồi từ Bên Thứ Ba)** để biết thêm thông tin về quyền thu hồi của chúng tôi.

Thông tin thêm

Đây chỉ là một tóm tắt ngắn gọn. Việc chúng tôi thanh toán trước hay sau - hoặc có thanh toán hay không - phụ thuộc vào loại bảo hiểm bổ sung mà bạn có và các quy tắc Medicare áp dụng cho tình huống của bạn. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo tập sách do chính phủ phát hành có tên "Medicare & Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First." Đây là CMS Pub. No. 02179. Hãy chắc chắn tham khảo phiên bản mới nhất. Các chi tiết khác được giải thích trong các quy tắc Người Trả Thứ Cấp Medicare, chẳng hạn như cách xác định số lượng người được chủ lao động tuyển dụng cho mục đích của các quy tắc phối hợp quyền lợi. Các quy tắc được công bố trong *Bộ Quy Định Liên Bang*.

Quyền kháng cáo

Nếu bạn không đồng ý với bất kỳ quyết định hoặc hành động nào của chương trình của chúng tôi liên quan đến việc phối hợp quyền lợi và các quy tắc thanh toán được nêu ở trên, bạn phải tuân theo các thủ tục được giải thích trong Chương 9 Phải làm gì nếu bạn có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định về phạm vi bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại) trong Chứng Từ Bảo Hiểm này.

CHƯƠNG 12: Định nghĩa

Bảo hiểm Thuốc Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm giúp thanh toán cho các loại thuốc kê đơn ngoại trú, vắc-xin, sinh phẩm và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Phần B chi trả.

Bảo hiểm thuốc theo toa tương đương – Bảo hiểm thuốc theo toa (ví dụ, từ chủ sử dụng lao động hoặc công đoàn) được kỳ vọng chi trả, tính trung bình, ít nhất là bằng với mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ đủ điều kiện tham gia Medicare thường có thể giữ lại bảo hiểm đó mà không phải trả phạt nếu họ quyết định đăng ký bảo hiểm thuốc theo toa Medicare sau này.

Bậc chia sẻ chi phí – Mỗi loại thuốc trong danh sách thuốc được chi trả đều nằm trong một trong Năm (5) bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí của bạn cho thuốc càng cao.

Cá nhân đủ điều kiện kép – Người đủ điều kiện được bảo hiểm theo Medicare và Medicaid.

Các Dịch Vụ Được Medicare Chi Trả – Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B chi trả. Tất cả các chương trình y tế Medicare phải bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B chi trả. Thuật ngữ Các Dịch Vụ Được Medicare Chi Trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như thị lực, nha khoa hoặc thính lực, mà một chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Cạo vôi răng và Bào nhẵn Chân răng – Cạo vôi răng là một thủ thuật nha khoa phổ biến dành cho bệnh nhân bị bệnh nướu răng. Đây là loại làm sạch răng tiếp cận xuống dưới đường nướu để loại bỏ mảng bám tích tụ. Quá trình cạo vôi răng và bào nhẵn chân răng thường được gọi là làm sạch sâu.

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 bệnh lý của bạn và đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành y tế được chấp nhận.

Chăm sóc cuối đời (Chăm sóc cuối đời) – Một quyền lợi cung cấp phương pháp điều trị đặc biệt cho thành viên đã được xác nhận về mặt y tế là mắc bệnh giai đoạn cuối, có nghĩa là tuổi thọ còn lại 6 tháng hoặc ít hơn. Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho bạn danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời (chăm sóc cuối đời) trong khu vực địa lý của bạn. Nếu bạn chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời (chăm sóc cuối đời) và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, bạn vẫn là thành viên của chương trình chúng tôi. Bạn vẫn có thể nhận tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Chăm sóc hỗ trợ – Chăm sóc hỗ trợ là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp tại viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc giảm nhẹ, hoặc các cơ sở khác khi bạn không cần chăm sóc y tế có tay nghề hoặc chăm sóc điều dưỡng có tay nghề. Dịch vụ chăm sóc hỗ trợ, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hoặc đào tạo chuyên nghiệp, bao gồm hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên hoặc xuống giường hoặc ghế, di chuyển và sử dụng phòng tắm. Nó cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự thực hiện, như nhỏ thuốc mắt. Medicare không chi trả cho chăm sóc hỗ trợ.

Chăm sóc Khách hàng – Một bộ phận trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp các thắc mắc của bạn về tư cách thành viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng cáo.

Chăm sóc khẩn cấp – Các dịch vụ được bảo hiểm: 1) được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ có đủ năng lực để cung cấp dịch vụ khẩn cấp; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng cấp cứu y tế.

Chăm sóc nội trú – Dịch vụ chăm sóc sức khỏe bạn nhận được khi được nhập viện.

Chăm sóc sức khỏe tại nhà – Dịch vụ điều dưỡng chuyên nghiệp và một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được cung cấp cho bệnh nhân tại nhà riêng của họ để điều trị bệnh hoặc chấn thương. Các dịch vụ được bảo hiểm được liệt kê trong Chương 4, Bảng quyền lợi y tế dưới tiêu đề "Dịch vụ chăm sóc từ cơ quan y tế tại nhà." Nếu bạn cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chương trình của chúng tôi sẽ chi trả các dịch vụ này cho bạn, với điều kiện đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm của Medicare. Chăm sóc sức khỏe tại nhà có thể bao gồm các dịch vụ từ người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà nếu các dịch vụ đó là một phần trong kế hoạch chăm sóc sức khỏe tại nhà cho bệnh hoặc chấn thương của bạn. Các dịch vụ này sẽ không được bảo hiểm trừ khi bạn cũng đang nhận một dịch vụ chuyên nghiệp được bảo hiểm. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà không bao gồm dịch vụ của người giúp việc nhà, sắp xếp dịch vụ ăn uống, hoặc chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà.

Chăm sóc tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên biệt (SNF) – Dịch vụ điều dưỡng chuyên biệt và phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày, tại một cơ sở điều dưỡng chuyên biệt. Ví dụ về chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch chỉ có thể được thực hiện bởi y tá hoặc bác sĩ đã được đăng ký.

Chi phí Tự chi trả – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của thành viên để thanh toán một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được cũng được gọi là yêu cầu chi phí tự chi trả của thành viên.

Chỉ Định Được Chấp Nhận Về Mặt Y Tế – Việc sử dụng một loại thuốc được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin Thuốc của Dịch vụ Dược điển Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin DRUGDEX của Micromedex.

Chia sẻ chi phí – Chia sẻ chi phí đề cập đến các khoản tiền mà thành viên phải trả khi sử dụng dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của 3 loại thanh toán sau: (1) bất kỳ khoản khấu trừ nào mà một chương trình bảo hiểm có thể áp dụng trước khi dịch vụ hoặc thuốc được chi trả; (2) bất kỳ khoản đồng thanh toán cố định nào mà một chương trình bảo hiểm yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào, một tỷ lệ phần trăm trên tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc mà một chương trình bảo hiểm yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Chia Sẻ Chi Phí Tiêu Chuẩn – Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là chia sẻ chi phí khác với chia sẻ chi phí ưu tiên được cung cấp tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Chia Sẻ **Chi Phí Ưu Tiên** – Chia sẻ chi phí ưu tiên có nghĩa là mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho một số loại thuốc Phần D được chi trả tại một số nhà thuốc trong mạng lưới nhất định.

Chính Sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Bảo hiểm bổ sung Medicare được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để lấp đầy các khoảng trống trong Original Medicare. Các chính sách Medigap chỉ hoạt động với Original Medicare. (Chương Trình Medicare Advantage không phải là chính sách Medigap.)

Chụp Cắt Lớp Phát Xạ Positron (PET) Scan – Kỹ thuật chụp ảnh y tế liên quan đến việc tiêm đồng vị phóng xạ vào bệnh nhân và sử dụng máy quét PET để phát hiện bức xạ được phát ra.

Chụp cắt lớp vi tính (CT/CAT) – Kết hợp việc sử dụng máy tính kỹ thuật số cùng với thiết bị X-quang quay để tạo ra các hình ảnh cắt ngang chi tiết của các cơ quan và bộ phận cơ thể khác nhau.

Chụp Cộng Hưởng Từ (MRI) – Phương pháp chẩn đoán hình ảnh sử dụng từ trường và phân tích máy tính các tín hiệu tần số vô tuyến được tạo ra để chụp ảnh mô cơ thể một cách không xâm lấn.

Chụp mạch máu cộng hưởng từ (MRA) – Một phương pháp không xâm lấn và là một dạng chụp cộng hưởng từ (MRI) có thể đo lưu lượng máu qua các mạch máu.

Chụp Quang Tuyến Vú Tầm Soát – Một thủ thuật X-quang chuyên biệt để phát hiện sớm liệu bệnh nhân có bị ung thư vú hay không.

Chụp X-quang tuyến vú chẩn đoán – Một loại chụp X-quang chuyên biệt được thực hiện cho bệnh nhân có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh vú.

Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) và Thông tin Công khai – Tài liệu này, cùng với mẫu đăng ký của bạn và bất kỳ tài liệu đính kèm, điều khoản bổ sung hoặc phạm vi bảo hiểm tùy chọn khác đã chọn, giải thích phạm vi bảo hiểm của bạn, những gì chúng tôi phải thực hiện, quyền của bạn và những gì bạn phải làm với tư cách là thành viên của chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

Chương Trình Chiết Khấu của Nhà Sản Xuất – Một chương trình theo đó các nhà sản xuất thuốc trả một phần chi phí toàn phần của chương trình của chúng tôi cho các loại thuốc biệt dược và thuốc sinh học thuộc Phần D được bảo hiểm. Các khoản chiết khấu dựa trên các thỏa thuận giữa chính phủ liên bang và các nhà sản xuất thuốc.

Chương Trình Của Chúng Tôi – Chương trình bạn đang đăng ký tham gia, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP).

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 bạn tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của bạn. Chương Trình Medicare Advantage có thể là i) HMO, ii) PPO, iii) chương trình Phí Dịch Vụ Tư Nhân (PFFS), hoặc iv) chương trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare (MSA). Ngoài việc lựa chọn từ các loại chương trình này, chương trình HMO hoặc PPO của Medicare Advantage cũng có thể là Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, các Chương Trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc theo đơn). Các chương trình này được gọi là **Chương Trình Medicare Advantage với Bảo Hiểm Thuốc Theo Đơn**.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt – Một loại chương trình Medicare Advantage đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho các nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Medicaid, những người sống trong viện dưỡng lão, hoặc những người mắc một số bệnh mạn tính nhất định.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Chăm sóc Mạn tính (C-SNP) – C-SNP là các SNP giới hạn đăng ký đối với những người đủ điều kiện MA mắc các bệnh mạn tính cụ thể.

Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP) – D-SNP đăng ký cho những người có quyền hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội) và hỗ trợ y tế từ chương trình chương trình tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và điều kiện đủ điều kiện của cá nhân.

Chương trình PACE – Chương trình PACE (Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ y tế, xã hội và dài hạn (LTSS) cho những người yếu ớt nhằm giúp họ duy trì sự độc lập và sống trong cộng đồng của mình (thay vì chuyển đến nhà dưỡng lão) càng lâu càng tốt. Những người đăng ký vào các chương trình PACE nhận được cả quyền lợi Medicare và Medicaid của họ thông qua chương trình của chúng tôi.

Chương Trình Quản Lý Liệu Pháp Thuốc (MTM) – Chương trình Medicare Phần D dành cho các nhu cầu sức khỏe phức tạp, được cung cấp cho những người đáp ứng các yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương Trình Quản Lý Thuốc. Các dịch vụ MTM thường bao gồm một buổi trao đổi với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc.

Chương Trình Sức Khỏe Medicare – Chương trình sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare đăng ký vào chương trình của chúng tôi. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Chi Phí Medicare, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt, Chương Trình Thử Nghiệm/Thí Điểm, và Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE).

Chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO) – Chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên là Chương trình Medicare Advantage có mạng lưới các nhà cung cấp theo hợp đồng đã đồng ý điều trị cho các thành viên của chương trình với một mức thanh toán cụ thể. Chương trình PPO phải chi trả tất cả các quyền lợi của chương trình dù chúng được nhận từ các Nhà cung cấp Chia sẻ chi phí của thành viên thường sẽ cao hơn khi các quyền lợi của chương trình được nhận từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các chương trình PPO có giới hạn hằng năm về chi phí tự chi trả của bạn cho các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên) và giới hạn cao hơn về tổng chi phí tự chi trả kết hợp của bạn cho các dịch vụ từ cả nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên) và ngoài mạng lưới (không ưu tiên).

"Công cụ Quyền lợi Thời gian Thực" – Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính mà người tham gia có thể tra cứu thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, thông tin về danh mục thuốc và quyền lợi cụ thể cho từng người tham gia. Điều này bao gồm các khoản 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 như một loại thuốc nhất định, và các hạn chế về bảo hiểm (Ủy quyền Trước, Liệu pháp Từng bước, Giới hạn Số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) – Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh hoặc chấn thương, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, hô hấp trị liệu, hoạt động trị liệu và các dịch vụ bệnh học ngôn ngữ-lời nói, và các dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

D-SNP Tích Hợp – Một D-SNP bao gồm Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất dành cho một số nhóm người đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid. Những người này còn được gọi là những người đủ điều kiện kép với đầy đủ quyền lợi.

Danh mục thuốc – Một tài liệu liệt kê tất cả các thuốc theo toa được bảo hiểm bởi một chương trình bảo hiểm.

Danh sách thuốc được bảo hiểm (danh mục thuốc hoặc Hướng dẫn về thuốc) – Danh sách các thuốc theo toa được bảo hiểm bởi chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp – Dịch vụ được chương trình chi trả yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là trường hợp khẩn cấp được coi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu bạn 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 dựa trên thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của bạn. Ví dụ về dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh tật và chấn thương y tế không lường trước được, hoặc các đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng hiện có. Các lần khám định kỳ cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hằng năm) không được coi là khẩn cấp ngay cả khi bạn đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không có sẵn.

Dịch vụ chăm sóc cuối đời (Chăm sóc cuối đời Care) – Dịch vụ chăm sóc chuyên biệt cho những người mắc bệnh giai đoạn cuối, tập trung vào sự thoải mái chứ không phải chữa trị. Điều này cũng bao gồm tư vấn cho gia đình bệnh nhân. Tùy thuộc vào tình huống, loại chăm sóc này có thể được thực hiện tại nhà, cơ sở chăm sóc cuối đời (chăm sóc cuối đời), bệnh viện, hoặc nhà dưỡng lão, và được cung cấp bởi một nhóm các chuyên gia y tế được cấp phép.

Dịch vụ được bảo hiểm – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và vật tư y tế được bảo hiểm bởi chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

Dịch Vụ Hình Ảnh Nâng Cao – Phương pháp chụp hình ảnh chuyên biệt cho phép chụp hình ảnh chi tiết hơn so với chụp X-quang tiêu chuẩn. Có nhiều loại dịch vụ chụp hình ảnh, bao gồm Chụp Cắt Lớp Vi Tính (CT/CAT), Chụp Mạch Máu Cộng Hưởng Từ (MRA), Chụp Cộng Hưởng Từ (MRI), và Chụp Cắt Lớp Phát Xạ Positron (PET) hoặc công nghệ tương tự khác.

Dịch vụ phòng ngừa – Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giúp bạn duy trì sức khỏe, phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe, xác định các phương pháp điều trị hiệu quả nhất và phòng ngừa một số bệnh nhất định. Các dịch vụ phòng ngừa bao gồm khám sức khỏe, tiêm chủng, xét nghiệm và tầm soát. Chúng cũng bao gồm các chương trình theo dõi sức khỏe, tư vấn và giáo dục để giúp bạn tự chăm sóc sức khỏe của mình.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Các dịch vụ này bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và lời nói, và hoạt động trị liệu.

Dịch Vụ Quan Sát – Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú được cung cấp để giúp bác sĩ quyết định liệu bệnh nhân có cần được nhập viện nội trú hay có thể xuất viện. Dịch vụ quan sát có thể được cung cấp tại khoa cấp cứu hoặc khu vực khác của bệnh viện. Ngay cả khi bạn ở lại qua đêm trong một giường bệnh viện thông thường, bạn vẫn có thể là bệnh nhân ngoại trú.

Đánh giá rủi ro sức khỏe – Xem xét lịch sử y tế và tình trạng hiện tại của bạn. Nó được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của bạn và cách sức khỏe đó có thể thay đổi trong tương lai.

Điều trị nội trú tại bệnh viện – Thời gian nằm viện khi bạn đã được chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên nghiệp. Ngay cả khi bạn ở lại bệnh viện qua đêm, bạn vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Đồng bảo hiểm – Số tiền bạn có thể được yêu cầu thanh toán, được thể hiện dưới dạng phần trăm (ví dụ 20%) là phần chi phí của bạn cho các dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Đồng thanh toán (hoặc copay) – Khoản tiền bạn có thể được yêu cầu thanh toán như phần chi phí của bạn cho một dịch vụ hoặc vật tư y tế, chẳng hạn như khám bác sĩ, thăm khám ngoại trú tại bệnh viện, hoặc thuốc theo toa. Đồng thanh toán là một khoản tiền cố định (ví dụ $10), thay vì một tỷ lệ phần trăm.

Giá Hợp Lý Tối Đa – Mức giá Medicare đã thương lượng cho một loại thuốc được chọn.

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu – Đây là giai đoạn sau khi bạn thanh toán khoản khấu trừ của mình (nếu có) và trước khi chi phí tự trả của bạn trong năm đạt đến mức ngưỡng chi phí tự trả.

Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương:

- Giai đoạn trong Quyền Lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi bạn (hoặc các bên có đủ điều kiện khác thay mặt bạn) đã chi **$2,400** cho các loại thuốc được chi trả theo Phần D trong năm được bảo hiểm. Trong giai đoạn này, bạn không phải trả gì cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của bạn. **Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS)**
- Cơ quan liên bang quản lý Medicare.

Giai Đoạn Quyền Lợi – Cách Original Medicare đo lường việc sử dụng dịch vụ cơ sở điều dưỡng chuyên sâu (SNF) của bạn. Đối với chương trình của chúng tôi, bạn sẽ có một giai đoạn quyền lợi cho các quyền lợi tại cơ sở điều dưỡng chuyên sâu của mình. Giai đoạn quyền lợi SNF bắt đầu vào ngày bạn vào cơ sở điều dưỡng chuyên sâu. Giai đoạn quyền lợi sẽ tích lũy một ngày cho mỗi ngày bạn ở tại SNF. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi bạn không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc chuyên sâu nào tại SNF trong 60 ngày liên tiếp. Nếu bạn vào cơ sở điều dưỡng chuyên sâu sau khi một giai đoạn quyền lợi đã kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới bắt đầu. Không có giới hạn về số lượng giai đoạn quyền lợi.

Giấy giới thiệu – Lệnh bằng văn bản từ bác sĩ chăm sóc chính của bạn để bạn đến gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận một số dịch vụ y tế nhất định. Nếu không có giấy giới thiệu, chương trình bảo hiểm của chúng tôi có thể không chi trả cho các dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa.

Giới hạn Số lượng – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng một loại thuốc vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể áp dụng cho lượng thuốc mà chúng tôi chi trả cho mỗi đơn thuốc hoặc cho một khoảng thời gian xác định.

Hủy đăng ký hoặc **Việc hủy đăng ký** – Quá trình chấm dứt tư cách thành viên của bạn trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi.

Hướng dẫn Thuốc theo Toa (Danh mục Thuốc) – Danh sách các loại thuốc được bảo hiểm do chương trình bảo hiểm cung cấp. Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình bảo hiểm lựa chọn với sự hỗ trợ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách bao gồm cả thuốc biệt dược và thuốc gốc.

Kế Hoạch Chăm Sóc – Một kế hoạch về các dịch vụ bạn sẽ nhận được và cách bạn nhận chúng. Chương trình của bạn có thể bao gồm các dịch vụ y tế và dịch vụ sức khỏe hành vi, và các dịch vụ khác.

Khám/Đánh Giá Răng Miệng Toàn Diện – Đây là khi một nha sĩ tổng quát và/hoặc chuyên gia nha khoa khám bệnh nhân. Áp dụng cho: bệnh nhân mới, bệnh nhân đã có điều trị trước đây nhưng có sự thay đổi đáng kể về tình trạng sức khỏe hoặc các trường hợp bất thường khác, theo báo cáo, hoặc bệnh nhân đã có điều trị trước đây nhưng chưa được điều trị tích cực trong ba năm hoặc hơn.

Khám Răng Miệng Định Kỳ – Cuộc khám được thực hiện cho các bệnh nhân hiện tại nhằm xác định những thay đổi về tình trạng răng miệng và sức khỏe kể từ lần khám định kỳ hoặc khám toàn diện trước đó.

Kháng Cáo – Kháng cáo là điều bạn thực hiện nếu bạn không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối yêu cầu chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa hoặc thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc mà bạn đã nhận. Bạn cũng có thể kháng cáo nếu bạn không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc ngừng các dịch vụ mà bạn đang nhận.

Khiếu Nại – Tên chính thức để thực hiện khiếu nại là **nộp đơn khiếu nại**. 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 bạn nhận được. Nó cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của chúng tôi không tuân theo các khoảng thời gian trong quy trình kháng cáo.

Khiếu nại – Một loại khiếu nại bạn đưa ra về chương trình, nhà cung cấp dịch vụ, hoặc nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm khiếu nại liên quan đến chất lượng chăm sóc của bạn. Điều này không liên quan đến các tranh chấp về bảo hiểm hoặc thanh toán.

Khoản Điều Chỉnh Hàng Tháng Dựa Trên Thu Nhập (IRMAA) – Nếu thu nhập gộp đã điều chỉnh đã sửa đổi của bạn được báo cáo trên tờ khai thuế IRS từ 2 năm trước vượt quá một mức nhất định, bạn sẽ phải trả mức phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Khoản Điều Chỉnh Hàng Tháng Dựa Trên Thu Nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phụ thu thêm vào phí bảo hiểm của bạn. Ít hơn 5% người có Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả phí bảo hiểm cao hơn.

Khoản khấu trừ – Số tiền bạn phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc đơn thuốc trước khi chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả.

Khu vực Dịch vụ – Khu vực địa lý nơi bạn phải sinh sống để tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe cụ thể. Đối với các chương trình bảo hiểm giới hạn những bác sĩ và bệnh viện bạn có thể sử dụng, đây thường cũng là khu vực mà bạn có thể nhận các dịch vụ thông thường (không khẩn cấp). Chương trình bảo hiểm của chúng tôi phải hủy đăng ký của bạn nếu bạn chuyển đi vĩnh viễn ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm.

Làm sạch răng (Prophylaxis) – Loại bỏ mảng bám, cao răng và vết ố trên các cấu trúc răng và implant trong hệ răng vĩnh viễn và răng chuyển tiếp. Làm sạch răng chỉ dành cho những người không có bất kỳ dấu hiệu và triệu chứng nào của bệnh nha chu, bao gồm tiêu xương, chảy máu, lung lay, xuất tiết và tụt nướu. Do đó, làm sạch răng là một thủ thuật phòng ngừa dành cho những bệnh nhân chưa mắc bệnh nha chu và chỉ nên được áp dụng cho những bệnh nhân có nha chu khỏe mạnh.

Liệu Pháp Từng Bước – Một công cụ sử dụng yêu cầu bạn trước tiên phải thử một loại thuốc khác để điều trị tình trạng bệnh của bạn trước khi chúng tôi chi trả cho loại thuốc mà bác sĩ của bạn có thể đã kê đơn ban đầu.

Mạng Lưới – Xem "Nhà Thuốc trong Mạng Lưới" và "Nhà Cung Cấp trong Mạng Lưới."

Mạng lưới Ghép tạng Quốc gia của Humana (NTN) – Một mạng lưới các cơ sở được Humana phê duyệt, tất cả đều là các cơ sở được Medicare phê duyệt.

Medicaid (hoặc Hỗ Trợ Y Tế) – Một chương trình liên bang và tiểu bang kết hợp giúp trang trải chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang khác nhau, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bảo hiểm nếu bạn đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid.

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 những khuyết tật nhất định, và những người mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần chạy thận nhân tạo hoặc ghép thận).

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày – Mức chia sẻ chi phí hàng ngày có thể áp dụng khi bác sĩ của bạn kê toa ít hơn lượng thuốc dùng trong một tháng đầy đủ của một số loại thuốc nhất định cho bạn và bạn được yêu cầu trả đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày trong lượng thuốc dùng trong một tháng. Dưới đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của bạn cho lượng thuốc dùng trong một tháng của một loại thuốc là $30, và lượng thuốc dùng trong một tháng trong chương trình bảo hiểm của chúng tôi là 30 ngày, thì mức chia sẻ chi phí hàng ngày của bạn là $1 mỗi ngày.

Mức giá theo Hợp đồng – Mức giá mà chương trình bảo hiểm sức khỏe chi trả cho nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới cho các dịch vụ được bảo hiểm hoặc thuốc theo toa.

Ngoại lệ – Một loại quyết định bảo hiểm mà nếu được chấp thuận, cho phép bạn nhận một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi (ngoại lệ về danh mục thuốc), hoặc nhận một loại thuốc không được ưu tiên với mức chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ về xếp hạng). Bạn cũng có thể yêu cầu ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu bạn thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc bạn đang yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải có ủy quyền trước đối với một loại thuốc và bạn muốn chúng tôi bãi bỏ tiêu chí hạn chế, hoặc nếu chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc mà bạn yêu cầu (ngoại lệ về danh mục thuốc).

Ngưỡng Chi Phí Tự Trả – Số tiền tối đa bạn phải tự chi trả cho các loại thuốc thuộc Phần D.

Nhà Cung Cấp của Chương Trình – Xem "Nhà Cung Cấp trong Mạng Lưới."

Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác mà bạn gặp đầu tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình bảo hiểm y tế Medicare, bạn phải gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Nhà cung cấp Ngoài Mạng lưới hoặc Cơ sở Ngoài Mạng lưới – 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 chi trả cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là những nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc vận hành.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – Nhà cung cấp là thuật ngữ chung dành cho các bác sĩ, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện, và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** có thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ, và trong một số trường hợp để phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được chi trả 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**.

Nhà Thuốc Đặt Hàng Qua Thư – Nhà thuốc thực hiện và gửi đơn thuốc qua đường bưu điện đến nhà của thành viên.

Nhà thuốc Ngoài Mạng lưới – Nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp thuốc được chi trả cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc bạn nhận từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi chi trả trừ khi có một số điều kiện nhất định được áp dụng.

Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới – Nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, nơi các thành viên trong chương trình của chúng tôi có thể nhận các quyền lợi thuốc theo toa. Trong hầu hết các trường hợp, đơn thuốc của bạn chỉ được bảo hiểm nếu chúng được mua tại một trong các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Original Medicare (Medicare Truyền Thống hoặc Medicare Theo Dịch Vụ) – Original Medicare được cung cấp bởi chính phủ, không phải là một chương trình sức khỏe tư nhân như các chương trình Medicare Advantage và các chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được chi trả bằng cách thanh toán cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo các mức thanh toán được Quốc hội quy định. Bạn có thể gặp bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào chấp nhận Medicare. Bạn phải thanh toán khoản khấu trừ. Medicare thanh toán phần của mình theo mức được Medicare phê duyệt, và bạn 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 khắp nơi trên Hoa Kỳ.

Phần C – Chuyển đến chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Chương trình Quyền Lợi Thuốc Theo Đơn Medicare Tự Nguyện.

Phí Bảo Hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe để được bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc theo đơn.

Phí cấp phát thuốc – Một khoản phí được tính mỗi lần cấp phát thuốc được bảo hiểm để chi trả cho chi phí cấp phát đơn thuốc, chẳng hạn như thời gian của dược sĩ để chuẩn bị và đóng gói đơn thuốc.

Phí Được Medicare Cho Phép – Số tiền tối đa có thể được tính cho một dịch vụ y tế cụ thể được Medicare chi trả. Đây là các mức phí cố định do Medicare quyết định.

Phí Giới Hạn Medicare – Trong chương trình Original Medicare, mức phí cao nhất mà bạn có thể bị tính cho một dịch vụ được chi trả bởi các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác không chấp nhận chuyển nhượng. Phí giới hạn là 15 phần trăm trên mức phí được Medicare chấp thuận. Phí giới hạn chỉ áp dụng cho một số dịch vụ nhất định và không áp dụng cho vật tư hoặc thiết bị.

Phòng xét nghiệm độc lập – Một cơ sở y tế được cấp phép, không phải là bệnh viện, cung cấp các xét nghiệm để phòng ngừa, xác định hoặc điều trị chấn thương hoặc bệnh tật, mà không cần lưu trú qua đêm.

Quyết định chi trả – Quyết định về việc liệu một loại thuốc được kê toa cho bạn có được chương trình bảo hiểm của chúng tôi chi trả hay không và khoản tiền, nếu có, mà bạn phải trả cho đơn thuốc đó. Nhìn chung, nếu bạn mang đơn thuốc của mình đến nhà thuốc và nhà thuốc cho bạn biết rằng đơn thuốc không được chi trả theo chương trình bảo hiểm của chúng tôi, thì đó không phải là quyết định chi trả. Bạn cần gọi điện hoặc viết thư cho chương trình bảo hiểm của chúng tôi để yêu cầu một quyết định chính thức về việc chi trả. Các quyết định chi trả được gọi là **quyết định bảo hiểm** trong tài liệu này.

Quyết Định của Tổ Chức – Quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về việc liệu các mặt hàng hoặc dịch vụ có được chi trả hay không hoặc bạn phải trả bao nhiêu cho các mặt hàng hoặc dịch vụ được chi trả. Các quyết định của tổ chức được gọi là quyết định chi trả trong tài liệu này.

Sản Phẩm Sinh Học – Một loại thuốc theo toa được làm từ các nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn, hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự.(Xem "**Sản Phẩm Sinh Học Gốc**" và "**Thuốc Sinh Học Tương Tự**").

Sản Phẩm Sinh Học Gốc – Một sản phẩm sinh học đã được FDA phê duyệt và dùng làm cơ sở so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản thuốc sinh học tương tự. Nó còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

Số tiền được Phép – Số tiền tối đa mà một chương trình sẽ chi trả cho một quyền lợi chăm sóc sức khỏe.

Số tiền tự trả tối đa – Số tiền tối đa mà bạn phải chi trả ngoài túi trong năm dương lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm. Các khoản bạn trả cho bất kỳ khoản tiền phạt đăng ký muộn, phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và thuốc theo đơn không được tính vào số tiền tự trả tối đa. (**Lưu ý:** Vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Apple Health (Medicaid), rất ít thành viên đạt đến mức chi trả tối đa ngoài túi này.)

Thành Viên (thành viên của chương trình của chúng tôi, hoặc thành viên chương trình) – Người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được chi trả, đã đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi và việc đăng ký đã được Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) xác nhận.

Thiết Bị Chỉnh Hình và Phục Hồi Chức Năng – Các thiết bị y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở, 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 nội tạng của cơ thể, bao gồm vật tư hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng đường ruột và ngoài đường ruột.

Thiết bị y tế lâu bền (DME) – Một số thiết bị y tế nhất định được bác sĩ của bạn chỉ định vì lý do y tế. Các ví dụ bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống đệm có động cơ, vật tư dành cho bệnh tiểu đường, máy bơm truyền dịch đường tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy phun sương, hoặc giường bệnh viện được chỉ định bởi nhà cung cấp để sử dụng tại nhà.

Thời Gian Đăng Ký Đặc Biệt – Khoảng thời gian nhất định khi các thành viên có thể thay đổi chương trình sức khỏe và thuốc của họ hoặc quay lại Original Medicare do các sự kiện hoặc thay đổi nhất định trong cuộc sống của họ. Các tình huống mà bạn có thể đủ điều kiện cho Thời Gian Đăng Ký Đặc Biệt bao gồm: nếu bạn chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ, nếu bạn đang nhận Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) cho chi phí thuốc theo toa, nếu bạn chuyển vào nhà dưỡng lão, hoặc nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với bạn. Điều này cũng được gọi là Thời Gian Bầu Chọn Đặc Biệt hoặc "SEP."

Thời gian Đăng ký Mở (Open Enrollment Period) – Khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hằng năm khi các thành viên có thể thay đổi chương trình sức khỏe hoặc thuốc của họ hoặc chuyển sang Original Medicare.

Thời kỳ đăng ký ban đầu – Khi bạn lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare, đây là khoảng thời gian bạn có thể đăng ký Medicare Phần A và Phần B. Nếu bạn đủ điều kiện tham gia Medicare khi bạn tròn 65 tuổi, Thời kỳ đăng ký ban đầu của bạn là khoảng thời gian 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng bạn tròn 65 tuổi, bao gồm tháng bạn tròn 65 tuổi và kết thúc 3 tháng sau tháng bạn tròn 65 tuổi.

Thời Kỳ Đăng Ký 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 đăng ký chương trình của mình và chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác hoặc được bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu bạn chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, bạn cũng có thể tham gia chương trình thuốc theo đơn Medicare riêng biệt vào thời điểm đó. Thời Gian Đăng Ký Mở của Medicare Advantage cũng có sẵn trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một người lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) – Khoản trợ cấp hàng tháng do Cơ Quan An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có thu nhập và tài nguyên hạn chế, bị khuyết tật, mù lòa, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Trợ cấp SSI không giống với trợ cấp An Sinh Xã Hội.

Thủ thuật chẩn đoán – Một cuộc kiểm tra để xác định điểm mạnh và điểm yếu của bệnh nhân trong một lĩnh vực cụ thể, nhằm tìm hiểu thêm về tình trạng, bệnh tật hoặc ốm đau của họ.

Thuốc Biệt Dược – Một loại thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển thuốc đó ban đầu. Thuốc biệt dược có cùng công thức hoạt chất như phiên bản thuốc gốc của thuốc đó. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế của thuốc biệt dược hết hạn.

Thuốc được Bảo hiểm – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc được bảo hiểm bởi chương trình của chúng tôi.

Thuốc Được Chọn – Một loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D mà Medicare đã thương lượng Mức Giá Hợp Lý Tối Đa.

Thuốc gốc – Thuốc theo toa được FDA chấp thuận là có cùng thành phần hoạt chất như thuốc biệt dược. Nhìn chung, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn.

Thuốc Phần D – Các loại thuốc có thể được chi trả theo Phần D. Chúng tôi có thể hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Phần D. Một số danh mục thuốc nhất định đã bị Quốc hội loại trừ khỏi phạm vi chi trả của Phần D. Một số danh mục thuốc Phần D nhất định phải được mọi chương trình chi trả.

Thuốc Sinh Học Tương Tự – Một sản phẩm sinh học rất giống, nhưng không giống hệt, với sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự có độ an toàn và hiệu quả tương đương với 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 đơn thuốc mới (Xem **"Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Thế Lẫn Nhau"**).

Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Thế – Một loại thuốc sinh học tương tự có thể được sử dụng thay thế cho sản phẩm thuốc sinh học tương tự gốc tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới vì nó đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật của từng tiểu bang.

Tiền phạt Đăng ký Muộn Phần D – Một khoản tiền được cộng thêm vào phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của bạn cho phạm vi chi trả thuốc Medicare nếu bạn không có bảo hiểm tương đương (bảo hiểm được kỳ vọng sẽ chi trả, tính trung bình, ít nhất bằng mức chi trả thuốc Medicare tiêu chuẩn) trong khoảng thời gian liên tục từ 63 ngày trở lên sau khi bạn đủ điều kiện tham gia chương trình Phần D lần đầu tiên. Nếu bạn mất Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help), bạn có thể phải chịu tiền phạt đăng ký muộn nếu bạn liên tục từ 63 ngày trở lên mà không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc tương đương khác.

Tổ chức Bảo trì Sức khỏe (HMO) – Một loại chương trình bảo hiểm y tế mà trong đó các thành viên phải nhận dịch vụ chăm sóc từ mạng lưới bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của chương trình bảo hiểm.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ đang hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện chất lượng chăm sóc được cung cấp cho bệnh nhân Medicare.

Tổ Chức Medicare Advantage – Một công ty tư nhân điều hành các Chương Trình Medicare Advantage để cung cấp cho các thành viên nhiều lựa chọn hơn, và đôi khi có thêm quyền lợi bổ sung. Các chương trình Medicare Advantage còn được gọi là "Phần C." Chúng cung cấp toàn bộ bảo hiểm Phần A (Bệnh Viện) và Phần B (Y Tế) của bạn, và một số cũng có thể cung cấp bảo hiểm Phần D (thuốc theo đơn).

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS) – Xem mục Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help).

Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) – Một chương trình Medicare để giúp những người có thu nhập và tài nguyên hạn chế chi trả các chi phí của chương trình thuốc theo toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Trợ lý y tế tại nhà – Người cung cấp các dịch vụ không đòi hỏi kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu có chứng chỉ, chẳng hạn như hỗ trợ chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập được chỉ định).

Trung Tâm Chăm Sóc Khẩn Cấp – Một cơ sở y tế được cấp phép nơi các bác sĩ và y tá cung cấp dịch vụ để xác định và điều trị chấn thương hoặc bệnh đột ngột, không cần lưu trú qua đêm.

Trung tâm lọc máu độc lập – Một cơ sở y tế được cấp phép, không phải là bệnh viện, cung cấp dịch vụ điều trị lọc máu mà không cần lưu trú qua đêm.

Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú – Trung tâm Phẫu thuật Ngoại trú là một cơ sở hoạt động dành riêng cho mục đích cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu trú dự kiến tại trung tâm không vượt quá 24 giờ.

Trung tâm X-quang (Hình ảnh) độc lập – Một cơ sở y tế được cấp phép, không phải là bệnh viện, cung cấp một hoặc nhiều dịch vụ sau đây để phòng ngừa, xác định hoặc điều trị chấn thương hoặc bệnh tật, mà không cần lưu trú qua đêm: chụp X-quang; y học hạt nhân; xạ trị ung thư (bao gồm chụp MRI, CT và PET).

Trường hợp khẩn cấp – Tình huống khẩn cấp y tế là khi bạn, hoặc bất kỳ người bình thường nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế, tin rằng bạn có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa mất mạng (và nếu bạn là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất chi, hoặc mất chức năng của một chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh, chấn thương, đau dữ dội, hoặc một tình trạng y tế đang nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Ủy quyền Trước – Sự chấp thuận trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định dựa trên các tiêu chí cụ thể. Các dịch vụ được bảo hiểm cần ủy quyền trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4. Các loại thuốc được bảo hiểm cần ủy quyền trước được đánh dấu trong danh mục thuốc và các tiêu chí của chúng tôi được đăng trên trang web của chúng tôi.

X-quang – Chụp X-quang và các quy trình chuyên biệt khác sử dụng bức xạ năng lượng cao để xác định và điều trị bệnh.

Y Học Hạt Nhân – Ngành X-quang trong đó các đồng vị phóng xạ (các hợp chất chứa dạng phóng xạ của các nguyên tử) được đưa vào cơ thể nhằm mục đích chụp ảnh, đánh giá chức năng cơ quan hoặc xác định vị trí bệnh hoặc khối u.

Phụ lục A- Thông tin Liên hệ Cơ quan Tiểu bang

Phần này cung cấp thông tin liên hệ cho các cơ quan nhà nước được đề cập trong Chương 2 và ở các vị trí khác trong Chứng Từ Bảo Hiểm này. Nếu bạn gặp khó khăn trong việc tìm kiếm thông tin cần thiết, vui lòng liên hệ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này.

WASHINGTON	
Tên và Thông tin Liên hệ SHIP	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Office of the Insurance Commissioner PO Box 40255 Olympia, WA 98504-0255 800-562-6900 (miễn phí) 360-586-0241 (TTY) http://www.insurance.wa.gov/shiba
Tổ chức Cải thiện Chất lượng	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317 888-305-6759 TTY 711 844-878-7921 (FAX) https://acentraqio.com/aboutus/contact/
Văn phòng Medicaid Tiểu bang	Apple Health (Medicaid) Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE Olympia, WA 98501 800-562-3022 (miễn phí) 711 (TTY) http://www.hca.wa.gov/
Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS	Washington State AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Early Intervention Program (EIP). Client Services PO Box 47841 Olympia, WA 98504 877-376-9316 (trong tiểu bang Washington) 360-664-2216 (fax) 360-236-3426 http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP

Thông báo không phân biệt đối xử

Humana Inc. và các công ty con của Humana Inc. tuân thủ các điều luật hiện hành về dân quyền của Liên bang và không phân biệt đối xử hoặc loại trừ mọi người vì lý do chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, bản dạng giới, giới, khuynh hướng tính dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, quốc gia xuất thân, tình trạng quân nhân, tình trạng cựu chiến binh, thông tin di truyền, tổ tiên, dân tộc, tình trạng hôn nhân, ngôn ngữ, tình trạng sức khỏe hoặc nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
Humana Inc.:

- Cung cấp cho người khuyết tật các điều chỉnh hợp lý và các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp miễn phí để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác).

- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, có thể bao gồm:

  - Phiên dịch viên có chuyên môn
  - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu bạn cần các điều chỉnh hợp lý, các phương tiện hỗ trợ phù hợp hoặc dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, hãy liên hệ **877-320-1235 (TTY: 711)**. Giờ hoạt động: 8 giờ sáng - 8 giờ tối, giờ miền Đông. Nếu bạn tin rằng Humana Inc. đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, bản dạng giới, giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi, khuyết tật, nguồn gốc quốc gia, tình trạng quân nhân, tình trạng cựu chiến binh, thông tin di truyền, dòng dõi tổ tiên, dân tộc, tình trạng hôn nhân, ngôn ngữ, tình trạng sức khỏe, hoặc nhu cầu về dịch vụ y tế, bạn có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư bưu điện hoặc email với Điều phối viên Không Phân biệt Đối xử của Humana Inc. tại P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, hoặc **accessibility@humana.com**. Nếu bạn cần hỗ trợ nộp đơn khiếu nại, Điều phối viên Không Phân biệt Đối xử của Humana Inc. có thể giúp bạn.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Văn phòng Dân quyền thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ qua phương thức điện tử hoặc thông qua Cổng thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân quyền tại trang web **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, hoặc gửi qua đường bưu điện theo địa chỉ hoặc qua số điện thoại sau:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

Thành viên tại California:
Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền dân sự tới Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California, Văn phòng Quyền Dân sự bằng cách gọi **916-440-7370 (TTY: 711)**, gửi email đến **Civilrights@dhcs.ca.gov**, hoặc qua thư bưu điện tại: Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Các mẫu khiếu nại có tại: **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

Thông báo này có tại **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.
GHHNDN2026HUM

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسِّيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-bɔ̌-po-kà ɓě ɓɛ́ wa nyuɛsé wídí péè-péèdò kɔ.̌ Ɓá **877-320-1235 (TTY: 711)**.

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235**（听障专线：**711**）。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235**（聽障專線：**711**）。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711).**

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi] : خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati] : મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY:711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026HUM_0526

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)** ។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **877-320-1235 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **877-320-1235 (TTY: 711)**۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́.
Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at **https://www.humana.com/legal/multi-language-support**.

Ghi chú

Ghi chú

Ghi chú

Chăm Sóc Khách Hàng Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP)

Phương Thức	Chăm Sóc Khách Hàng – Thông Tin Liên Hệ
Gọi Điện	800-457-4708 Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Bạn có thể gọi cho chúng tôi bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Bộ Phận Chăm Sóc Khách Hàng cũng có dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn trong việc nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến những số này là miễn phí. Giờ hoạt động giống như trên.
Fax	877-889-9934
Viết Thư	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
Trang Web	**Humana.com/customer-support**

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang
Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính phủ Liên bang để cung cấp tư vấn bảo hiểm y tế địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

Thông tin liên hệ của SHIP tại địa phương bạn có thể được tìm thấy trong "Phụ Lục A" trong tài liệu này.

Tuyên Bố Công Khai PRA Theo Đạo Luật Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai bị yêu cầu
phải phản hồi một bộ sưu tập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. *Số kiểm soát OMB hợp lệ cho bộ sưu tập thông tin này là 0938-1051.* Nếu bạn có ý kiến hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer,
Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Humana Inc.
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

Thông Tin Quan Trọng về Chương Trình

Humana®

Humana.com