



Santa Clara Family  
Health Plan™

# CAL MEDICONNECT PLAN

(Chương Trình Medicare-Medicaid)

## **Sổ Tay Hội Viên 2021**

Dịch Vụ Khách Hàng: **1-877-723-4795**

TTY: **711**

Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Cuộc gọi miễn phí.

[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

H7890\_16002V Accepted

**TRANG NÀY CÓ Ý ĐỂ TRỐNG**

# Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid) Sổ Tay Hội Viên

Ngày 1 tháng 1 năm 2021 – Ngày 31 tháng 12 năm 2021

## Bảo Hiểm Sức Khỏe và Thuốc của Quý Vị theo Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid)

### Giới thiệu về Sổ Tay Hội Viên

Sổ tay này cho quý vị biết về phạm vi đài thọ bảo hiểm của quý vị theo Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan đến ngày 31 tháng 12 năm 2021. Sổ tay giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng dược chất), bảo hiểm thuốc theo toa, cũng như các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài. Các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS) giúp quý vị được ở nhà thay vì phải đến dưỡng đường hay bệnh viện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của Sổ Tay Hội Viên.

**Đây là một tài liệu pháp luật quan trọng. Xin hãy giữ nó ở một nơi an toàn.**

Chương Trình Cal MediConnect này được Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cung cấp. Khi Sổ Tay Hội Viên này đề cập “chúng tôi”, “đối với chúng tôi” hoặc “của chúng tôi,” có nghĩa là SCFHP. Khi đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” có nghĩa là SCFHP Cal MediConnect.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

注意：如果您说中文，您可申请免费语言援助服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY 用户请致电 711）与客户服务部联系。本电话免费。



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

H7890\_16002V Accepted

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Ջանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY: 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Ջանգն անվճար է:

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

ご注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY : 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前8時から午後8時までです。通話は無料です。

LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

! تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795 (الهاتف النصي لضعاف السمع (TTY: 711) من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. الاتصال مجاني.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ใต้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

ជូនចំពោះ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍សេវា 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ។

โปรดทราบ: ทั่วท่านว่าภาษาลาว, มีການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສໍາລັບທ່ານ. ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທຶເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ໂທຟຣີ.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác, như bản in khổ lớn, chữ nổi braille và/hoặc âm thanh. Hãy gọi 1-877-723-4795 (TTY:711). Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí.

Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận được tài liệu này, bây giờ và sau này, bằng ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh hoặc dưới định dạng thay thế. Chúng tôi sẽ giữ thông tin này trong hồ sơ để gửi thư trong tương lai. Quý vị không cần đưa ra yêu cầu riêng biệt mỗi lần. Để thực hiện hoặc thay đổi yêu cầu của quý vị, hãy gọi tới Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản tới:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect

---

### Mục Lục

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên.....	5
Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực quan trọng .....	19
Chương 3: Sử dụng khoản bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác của quý vị .....	43
Chương 4: Bảng Phúc Lợi .....	66
Chương 5: Nhận thuốc theo toa ngoại trú của quý vị thông qua chương trình .....	121
Chương 6: Số tiền quý vị trả cho các thuốc theo toa trong chương trình Medicare và Medi-Cal của mình .....	141
Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phân hóa đơn của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ quý vị đã nhận được .....	152
Chương 8: Các quyền và trách nhiệm của quý vị .....	159
Chương 9: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định bảo hiểm, kháng nghị hoặc khiếu nại) .....	173
Chương 10: Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong Chương Trình Cal MediConnect của chúng tôi .....	235
Chương 11: Các thông báo pháp lý .....	245
Chương 12: Định nghĩa những từ ngữ quan trọng .....	264

### Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- Chương Trình Bảo Hiểm Cal MediConnect thuộc Santa Clara Family Health Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh.
- Bảo hiểm theo Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect đủ tiêu chuẩn cho bảo hiểm y tế được gọi là “bảo hiểm thiết yếu tối thiểu”. Bảo hiểm này thỏa mãn yêu cầu về chia sẻ trách nhiệm cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (ACA). Truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (IRS) tại địa chỉ [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) để biết thêm thông tin về yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



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

---

### Giới Thiệu

Chương này bao gồm thông tin về SCFHP Cal MediConnect, một chương trình bảo hiểm sức khỏe đài thọ tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal, và tư cách hội viên của quý vị trong đó. Nó cũng cho quý vị biết điều gì sẽ xảy ra và những thông tin nào khác mà quý vị sẽ nhận được từ SCFHP Cal MediConnect. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### Mục Lục

A. Chào mừng Quý Vị đến với Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan.....	7
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal? .....	7
B1. Medicare.....	7
B2. Medi-Cal .....	8
C. Ưu điểm của chương trình này.....	8
D. Khu vực dịch vụ của SCFHP Cal MediConnect.....	9
E. Những tiêu chuẩn giúp quý vị hội đủ điều kiện để trở thành hội viên trong chương trình .....	11
F. Quý vị có thể mong đợi điều gì khi lần đầu tham gia vào chương trình sức khỏe.....	12
G. Nhóm Chăm Sóc và Kế Hoạch Chăm Sóc của Quý Vị.....	13
G1. Nhóm Chăm Sóc .....	13
G2. Kế Hoạch Chăm Sóc.....	13
H. Phí bảo hiểm hàng tháng của SCFHP Cal MediConnect.....	13
I. <i>Sổ Tay Hội Viên</i> .....	14
J. Quý vị sẽ nhận được các thông tin khác từ chúng tôi.....	14
J1. Thẻ ID Hội Viên SCFHP Cal MediConnect của quý vị.....	14



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

J2. <i>Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc</i> .....	15
J3. <i>Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ</i> .....	16
J4. <i>Bản Giải Thích về Các Phúc Lợi</i> .....	17
K. Cách cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị .....	17
K1. Quyền riêng tư của thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) .....	18

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





---

## A. Chào mừng Quý Vị đến với Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan

SCFHP Cal MediConnect là một Chương Trình Cal MediConnect. Chương Trình Cal MediConnect là một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe hành vi và các nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có nhân viên quản lý trường hợp và nhóm chăm sóc để giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả họ làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

SCFHP Cal MediConnect đã được Tiểu Bang California và Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) phê duyệt để cung cấp cho quý vị các dịch vụ như một phần của Cal MediConnect.

Cal MediConnect là một chương trình thử nghiệm được chính quyền California và liên bang phối hợp theo dõi nhằm cung cấp sự chăm sóc tốt hơn cho những người có cả Medicare và Medi-Cal. Theo thử nghiệm này, chính quyền tiểu bang và liên bang muốn thử các cách mới để cải thiện cách quý vị nhận được các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của mình.

Cảm ơn quý vị vì đã chọn SCFHP Cal MediConnect. SCFHP là một chương sức khỏe phi lợi nhuận công của địa phương chuyên cải thiện sức khỏe và hạnh phúc của các cư dân trong Quận Santa Clara. Chúng tôi mong được phục vụ quý vị. Công việc của chúng tôi là chứng kiến các hội viên của chúng tôi nhận được sự chăm sóc sức khỏe chất lượng tốt. Cam kết của chúng tôi với quý vị là chúng tôi sẽ nỗ lực không ngừng để đạt được mục tiêu này.

---

## B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal?

### B1. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho:

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



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên của chương trình Medicaid của California. Medi-Cal được tiểu bang điều hành và được chính quyền tiểu bang và chính phủ liên bang chi trả. Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Lâu Dài (LTSS) và các chi phí y tế. Medi-Cal đài thọ thêm dịch vụ và thuốc không được Medicare đài thọ.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- những gì được tính là thu nhập và các nguồn lực,
- ai đủ điều kiện,
- những dịch vụ nào được đài thọ và
- chi phí cho dịch vụ.

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

Medicare và California đã phê duyệt SCFHP Cal MediConnect. Quý vị có thể nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal thông qua chương trình của chúng tôi miễn là:

- Chúng tôi chọn cung cấp chương trình này, và
- Medicare và Tiểu Bang California cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

Cho dù chương trình của chúng tôi ngừng hoạt động trong tương lai, điều kiện hội đủ nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng.

---

## C. Ưu điểm của chương trình này

Bây giờ quý vị sẽ nhận được tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được đài thọ của mình từ SCFHP Cal MediConnect, bao gồm cả các thuốc theo toa. **Quý vị sẽ không phải trả thêm tiền để tham gia chương trình sức khỏe này.**

SCFHP Cal MediConnect sẽ giúp cho các phúc lợi Medicare và Medi-Cal kết hợp với nhau tốt hơn và có tác dụng tốt hơn cho quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị sẽ có thể làm việc với **một** chương trình sức khỏe cho **tất cả** các nhu cầu bảo hiểm y tế của quý vị.
- Quý vị sẽ có một nhóm chăm sóc giúp quý vị sắp xếp các hoạt động chăm sóc của quý vị. Nhóm chăm sóc của quý vị có thể bao gồm chính quý vị, nhân viên chăm sóc, bác sĩ, y tá, cố vấn hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác của quý vị.

---

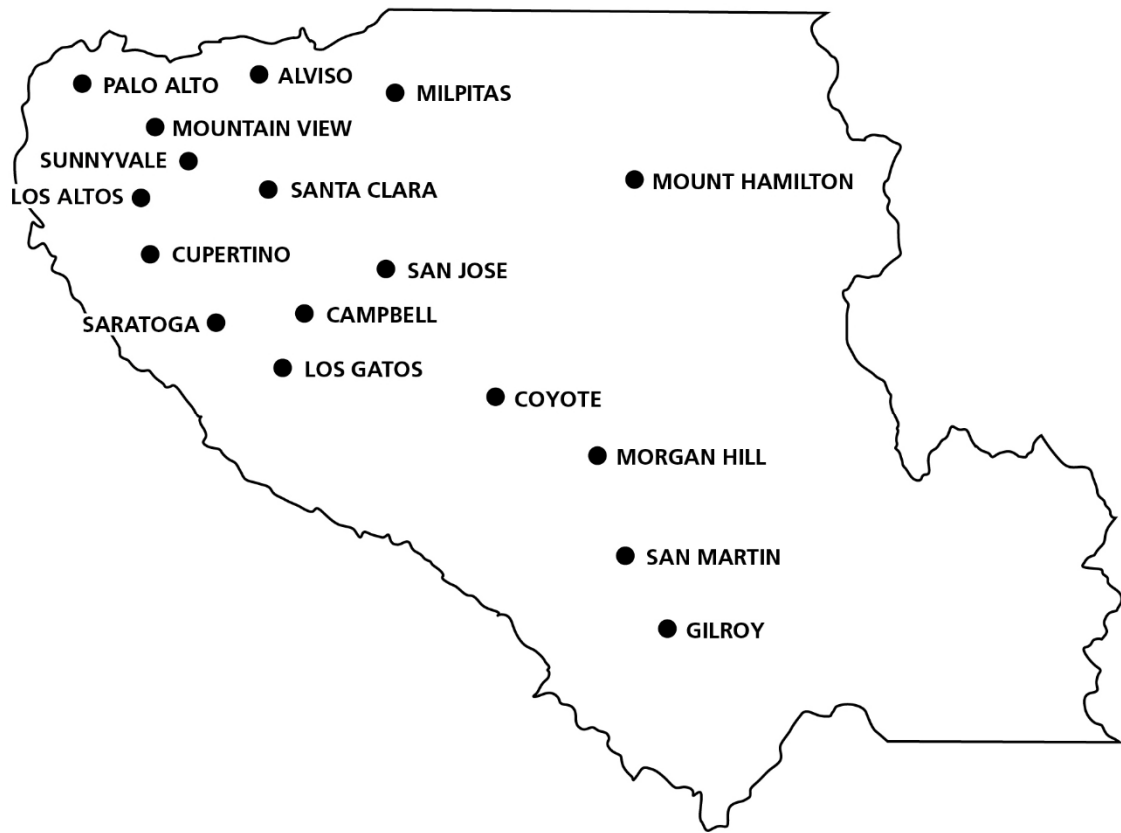
**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Quý vị sẽ có quyền tiếp cận với nhân viên quản lý trường hợp. Đây là người hợp tác với quý vị, với SCFHP Cal MediConnect và với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp lên chương trình chăm sóc.
- Quý vị sẽ có khả năng quản lý sự chăm sóc của chính mình với sự trợ giúp từ nhóm chăm sóc và nhân viên quản lý trường hợp của quý vị.
- Nhóm chăm sóc và cán bộ quản lý trường hợp sẽ hợp tác với quý vị để đưa ra một chương trình chăm sóc được thiết kế đặc biệt nhằm đáp ứng các nhu cầu sức khỏe của quý vị. Nhóm chăm sóc sẽ giúp phối hợp các dịch vụ mà quý vị cần. Điều này có nghĩa là, ví dụ:
  - Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ đảm bảo các bác sĩ của quý vị biết rõ về tất cả các thuốc mà quý vị dùng để họ có thể đảm bảo rằng quý vị đang dùng đúng thuốc, và như vậy các bác sĩ của quý vị có thể giảm bất kỳ tác dụng phụ nào mà quý vị có thể gặp phải từ những thuốc đó.
  - Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ đảm bảo các kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ với tất cả các bác sĩ và các nhà cung cấp khác của quý vị, nếu thích hợp.

---

## D. Khu vực dịch vụ của SCFHP Cal MediConnect



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Khu vực dịch vụ của chúng tôi là Quận Santa Clara.

Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể tham gia SCFHP Cal MediConnect.

**Nếu quý vị muốn chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi**, quý vị không thể ở lại chương trình này. Xem Chương 8, Phần I, trang 172 để biết thêm thông tin về những ảnh hưởng của việc chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi. Quý vị sẽ cần liên hệ với nhân viên phụ trách về điều kiện hội đủ tại quận của quý vị:

### **Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội (Social Services Agency), Quận Santa Clara**

<b>GỌI</b>	1-877-96-BENEFITS (1-877-962-3633) hoặc 1-408-758-4600 Làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần
<b>TTY</b>	711
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.MyBenefitsCalWIN.org">www.MyBenefitsCalWIN.org</a> hoặc <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

### **Trung Tâm Hỗ Trợ Đăng Ký**

<b>GỌI</b>	1-408-758-3800
<b>TTY</b>	1-408-758-3822
<b>ĐỊA ĐIỂM</b>	1867 Senter Road San Jose, CA 95112
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### Văn Phòng Phía Bắc của Quận

<b>GỌI</b>	1-650-988-6200 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
<b>TTY</b>	1-408-278-2403
<b>ĐỊA ĐIỂM</b>	1330 W. Middlefield Road Mountain View, CA 94043
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

### Văn Phòng Phía Nam của Quận

<b>GỌI</b>	1-408-758-3300 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
<b>TTY</b>	1-408-758-3475
<b>ĐỊA ĐIỂM</b>	379 Tomkins Court Gilroy, CA 95020
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

---

## E. Những tiêu chuẩn giúp quý vị hội đủ điều kiện để trở thành hội viên trong chương trình

Quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình của chúng tôi nếu quý vị:

- Sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, **và**
- Từ 21 tuổi trở lên tại thời điểm ghi danh tham gia, **và**
- Có cả bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- Hiện hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal, có đầy đủ các phúc lợi Medi-Cal và đáp ứng bất kỳ phần chia sẻ chi phí nào, **và**
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Có thể có thêm các quy định về điều kiện hội đủ khác trong quận của quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng để biết thêm thông tin.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## F. Quý vị có thể mong đợi điều gì khi lần đầu tham gia vào chương trình sức khỏe

Khi quý vị tham gia vào chương trình lần đầu, quý vị sẽ nhận được một đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) trong vòng 90 ngày đầu tiên theo lịch dành cho các hội viên có nguy cơ thấp hoặc 45 ngày theo lịch cho những hội viên có nguy cơ cao.

Chúng tôi được yêu cầu hoàn thành HRA cho quý vị. HRA này là cơ sở để phát triển kế hoạch chăm sóc cá nhân của quý vị (ICP). HRA bao gồm các câu hỏi để xác định các nhu cầu y tế, LTSS, các nhu cầu về sức khỏe hành vi và chức năng của quý vị.

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để hoàn tất HRA. HRA có thể được hoàn tất thông qua việc ghé thăm trực tiếp, qua điện thoại, hoặc qua thư từ.

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

**Nếu quý vị mới tham gia SCFHP Cal MediConnect**, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với các bác sĩ mà mình đang thăm khám hiện nay trong một khoảng thời gian nhất định. Quý vị có thể giữ các nhà cung cấp hiện tại và sự cho phép nhận dịch vụ vào thời điểm ghi danh trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị, người đại diện hoặc nhà cung cấp của quý vị đưa yêu cầu trực tiếp với chúng tôi để tiếp tục được thăm khám nhà cung cấp hiện tại.
- Chúng tôi có thể xác minh rằng quý vị đã có sẵn mối quan hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ đặc biệt, với một số ngoại lệ. Khi chúng tôi nói rằng mối quan hệ hiện có nghĩa là quý vị đã thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới ít nhất một lần cho lần thăm khám không khẩn cấp trong 12 tháng trước ngày ghi danh đầu tiên của quý vị vào SCFHP Cal MediConnect.
  - Chúng tôi sẽ xác định một mối quan hệ hiện có bằng cách xem xét thông tin sức khỏe của quý vị mà chúng tôi có hoặc thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi.
  - Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định nhanh hơn và chúng tôi phải trả lời trong 15 ngày.
  - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải trình tài liệu về mối quan hệ hiện có và đồng ý với một số điều khoản nhất định khi quý vị đưa ra yêu cầu.

**Lưu ý: Không được** đưa ra yêu cầu này đối với các nhà cung cấp Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME), dịch vụ đưa đón và các dịch vụ phụ trợ khác, hoặc dịch vụ không thuộc Chương Trình Cal MediConnect.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Sau khi kết thúc giai đoạn chăm sóc liên tục, quý vị sẽ cần phải thăm khám với các bác sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới SCFHP Cal MediConnect trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình sức khỏe này. Xem Chương 3, Phần B, trang 43 để biết thêm thông tin về cách nhận chăm sóc.

---

## G. Nhóm Chăm Sóc và Kế Hoạch Chăm Sóc của Quý Vị

### G1. Nhóm Chăm Sóc

Quý vị có cần trợ giúp để nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết không? Nhóm chăm sóc có thể giúp quý vị. Một nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, người quản lý trường hợp hoặc người chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị chọn.

Nhân viên quản lý trường hợp là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ nhận được một nhân viên quản lý trường hợp khi quý vị ghi danh vào SCFHP Cal MediConnect. Người này cũng sẽ giới thiệu các nguồn lực cộng đồng cho quý vị, nếu SCFHP Cal MediConnect không cung cấp các dịch vụ mà quý vị cần.

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-877-590-8999, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 phút sáng đến 5 giờ chiều để yêu cầu một nhóm chăm sóc.

### G2. Kế Hoạch Chăm Sóc

Nhóm chăm sóc sẽ làm việc cùng quý vị để đưa ra một kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc sẽ cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết quý vị cần những dịch vụ gì và làm thế nào để nhận được chúng. Kế hoạch bao gồm nhu cầu y tế, sức khỏe hành vi, và các nhu cầu về LTSS. Kế hoạch chăm sóc sẽ được thiết lập dành riêng cho quý vị và các nhu cầu của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ gồm:

- Mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Lịch trình cho biết thời điểm quý vị nên nhận các dịch vụ mà quý vị cần.

Sau khi đánh giá rủi ro sức khỏe, nhóm chăm sóc sẽ gặp gỡ quý vị. Họ sẽ trao đổi với quý vị về dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng có thể cho quý vị biết về các dịch vụ quý vị có thể muốn nhận sau này. Kế hoạch chăm sóc sẽ dựa trên nhu cầu của quý vị. Nhóm chăm sóc sẽ làm việc cùng quý vị để cập nhật Kế hoạch chăm sóc ít nhất là hàng năm.

---

## H. Phí bảo hiểm hàng tháng của SCFHP Cal MediConnect

SCFHP Cal MediConnect không có phí bảo hiểm hàng tháng.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## I. Sổ Tay Hội Viên

Sổ Tay Hội Viên này là một phần hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Điều này có nghĩa là chúng tôi phải làm theo tất cả các quy định trong tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm điều gì đó ngược lại những quy định này, quý vị có thể kháng nghị hoặc không thừa nhận hành động của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về cách kháng nghị, xem Chương 9, trang 173 hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp Sổ Tay Hội Viên bằng cách gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể xem Sổ Tay Hội Viên tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) hoặc tải về sổ tay từ trang web này. Quý vị sẽ nhận được thông báo về sự sẵn có của Sổ Tay Hội Viên trước khi bắt đầu mỗi năm mới.

Hợp đồng này có hiệu lực trong những tháng quý vị ghi danh tham gia SCFHP Cal MediConnect từ ngày 1 tháng 1 năm 2021 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021.

## J. Quý vị sẽ nhận được các thông tin khác từ chúng tôi

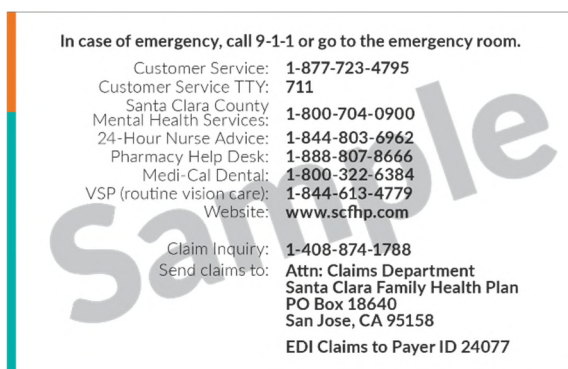
Quý vị chắc đã nhận được Thẻ ID Hội Viên SCFHP Cal MediConnect, thông tin về cách tiếp cận *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, Danh Sách Thiết Bị Y tế Lâu Bền và thông tin về cách truy cập *Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ*.

### J1. Thẻ ID Hội Viên SCFHP Cal MediConnect của quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ có một tấm thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi Cal của mình, bao gồm các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, dịch vụ sức khỏe hành vi, và các toa thuốc. Quý vị phải trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào. Đây là thẻ mẫu để quý vị biết thẻ của mình trông sẽ thế nào:



Mặt trước



Mặt sau

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Nếu thẻ Cal MediConnect của quý vị bị hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Dịch Vụ Khách Hàng và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới. Quý vị có thể gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Khi nào quý vị còn là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh hay thẻ Medi-Cal để nhận các dịch vụ Cal MediConnect. Nên cất những tấm thẻ đó ở nơi an toàn, trong trường hợp quý vị cần chúng sau này. Nếu quý vị trình thẻ Medicare của mình thay vì Thẻ ID Hội Viên SCFHP Cal MediConnect, nhà cung cấp có thể tính phí cho Medicare thay vì chương trình của chúng tôi, và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Xem Chương 7, Phần A, trang 153 để biết những việc cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp.

Xin nhớ rằng, với các dịch vụ sức khỏe tâm thần đặc biệt mà quý vị có thể nhận từ chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của quận, quý vị sẽ cần thẻ Medi-Cal để tiếp cận những dịch vụ đó.

## **J2. Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc**

*Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới SCFHP Cal MediConnect. Trong khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận được các dịch vụ được đài thọ. Có một số ngoại lệ khi quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu (xem Phần F, trang 12).

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* bằng cách gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) hoặc tải về danh mục từ trang web này.

Thông tin có sẵn trong thư mục bao gồm tên nhà cung cấp, số điện thoại, địa chỉ, chuyên khoa, số giấy phép, ngôn ngữ nói và nhiều thứ khác.

### **Định nghĩa về các nhà cung cấp trong mạng lưới**

- Các nhà cung cấp trong mạng lưới của SCFHP Cal MediConnect bao gồm:
  - Các bác sĩ, y tá, hoặc các nhân viên chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể đến gặp với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi;
  - Các phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, và những địa điểm khác cung cấp các dịch vụ sức khỏe trong chương trình của chúng tôi; và
  - LTSS, dịch vụ sức khỏe hành vi, cơ quan chăm sóc y tế tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và những người khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được qua Medicare hoặc Medi-Cal.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đã đồng ý nhận thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được đài thọ là khoản thanh toán đầy đủ.

### **Định nghĩa về các nhà thuốc trong mạng lưới**

- Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc (cửa hàng thuốc) đồng ý bán các thuốc theo toa cho hội viên trong chương trình của chúng tôi. Sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Trừ trường hợp cấp cứu, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình của chúng tôi giúp quý vị thanh toán cho những thuốc đó.

Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối để biết thêm thông tin. Cả Dịch Vụ Khách Hàng và trang web của SCFHP Cal MediConnect có thể cung cấp cho quý vị thông tin mới nhất về những thay đổi đối với các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

### **Danh Sách Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME)**

Với *Sổ Tay Hội Viên* này, chúng tôi đã gửi cho quý vị Danh Sách Thiết Bị Y Tế Lâu Bền của SCFHP Cal MediConnect. Danh sách này cho quý vị biết các nhãn hàng và nhà sản xuất DME mà chúng tôi đài thọ. Danh sách mới nhất về các nhãn hàng, nhà sản xuất và vật liệu cũng có trên trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Xem Chương 4, Phần D, trang 78 để tìm hiểu thêm về thiết bị DME.

### **J3. Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ**

Chương trình có một *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”. Tài liệu này sẽ cho quý vị biết những thuốc theo toa nào được SCFHP Cal MediConnect đài thọ.

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết nếu có bất kỳ quy định hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ thuốc nào, như giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận. Xem Chương 5, Phần C, trang 130 để biết thêm thông tin về những quy định và hạn chế này.

Mỗi năm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về cách nhận bản sao của Danh Sách Thuốc, nhưng có thể có một số thay đổi trong năm. Để biết thông tin cập nhật mới nhất về các loại thuốc được đài thọ, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) hoặc gọi số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



#### **J4. Bản Giải Thích về Các Phúc Lợi**

Khi quý vị sử dụng các phúc lợi về thuốc theo toa Phần D, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một báo cáo tóm tắt nhằm giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán cho các thuốc theo toa Phần D của mình. Báo cáo tóm tắt này được gọi là *Bản Giải Thích Các Phúc Lợi (EOB)*.

EOB cho quý vị biết về tổng số tiền mà quý vị hoặc người đại diện cho quý vị đã thanh toán cho các thuốc theo toa Phần D và tổng số tiền mà chúng tôi phải trả cho mỗi loại thuốc theo toa Phần D của quý vị trong cả tháng. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị sử dụng. Chương 6, trang 141 cung cấp thêm thông tin về EOB và cách bản giải thích này có thể giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của mình.

EOB cũng có sẵn khi quý vị yêu cầu. Để nhận bản sao, hãy liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

---

#### **K. Cách cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị**

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

Các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình cần có thông tin đúng về quý vị. **Họ sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết những dịch vụ và thuốc nào quý vị nhận và chi phí của những thuốc đó mà quý vị phải trả.** Vì lý do này, điều rất quan trọng là quý vị giúp chúng tôi luôn được cập nhật về thông tin của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết những điều sau:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị.
- Nếu quý vị có thay đổi trong bất kỳ khoản bảo hiểm y tế nào khác, như là từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của người hôn phối của quý vị hay bồi thường cho nhân viên.
- Bất kỳ yêu cầu bồi thường nào về trách nhiệm pháp lý, như yêu cầu bồi thường từ một tai nạn ô tô.
- Nhập viện hoặc dưỡng đường.
- Chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.
- Những thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm cho quý vị).
- Quý vị là một phần của hoặc trở thành một phần của một nghiên cứu lâm sàng.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Nếu có bất kỳ thay đổi thông tin nào, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

### **K1. Quyền riêng tư của thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)**

Thông tin trong hồ sơ hội viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (PHI). Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu chúng tôi giữ bảo mật PHI của quý vị. Chúng tôi đảm bảo rằng PHI của quý vị được bảo mật. Để biết thêm chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, xem Chương 8, Phần C, trang 164.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực quan trọng

---

### Giới Thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên lạc về các nguồn lực quan trọng có thể giúp quý vị trả lời các câu hỏi về SCFHP Cal MediConnect và các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng chương này để nhận thông tin về cách liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của quý vị và những người có thể vận động hỗ trợ cho quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### Mục Lục

A. Cách liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect .....	21
A1. Khi nào nên liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng.....	21
B. Cách liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của quý vị.....	24
B1. Khi nào nên liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của quý vị .....	24
C. Cách liên hệ với Đường Dây Y Tá Tư Vấn .....	25
C1. Khi nào cần liên hệ với Đường Dây Y Tá Tư Vấn .....	26
D. Cách liên hệ với Đường Dây Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi.....	26
D1. Khi nào cần liên hệ với Đường Dây Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi.....	26
E. Cách liên hệ với Chương Trình Tư Vấn & Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP).....	27
E1. Khi nào cần liên hệ với HICAP .....	27
F. Cách liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO).....	28
F1. Khi nào cần liên hệ với Livanta BFCC-QIO .....	28
G. Cách liên hệ với Medicare .....	29
H. Cách liên hệ với Medi-Cal Health Care Options .....	30
I. Cách liên hệ với Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds).....	31
J. Cách liên hệ với Dịch Vụ Xã Hội của Quận .....	31



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

K. Cách liên hệ với Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Đặc Biệt của Quận .....	32
K1. Liên hệ với chương trình sức khỏe tâm thần đặc biệt của quận về: .....	32
L. Cách liên hệ với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California (California Department of Managed Health Care).....	33
M. Các nguồn lực khác.....	33

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## A. Cách liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect

<b>GỌI</b>	<p>1-877-723-4795. Cuộc gọi này được miễn phí.</p> <p>Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.</p> <p>Nếu quý vị gọi ngoài giờ làm việc của dịch vụ khách hàng thông thường của chương trình, SCFHP Cal MediConnect có hệ thống trả lời tương tác bằng giọng nói để quý vị sử dụng hoặc quý vị có thể để lại thư thoại và chúng tôi sẽ trả gọi lại cho quý vị trong vòng một ngày làm việc. Truy cập <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a> để biết thêm thông tin về SCFHP Cal MediConnect.</p> <p>Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Cuộc gọi này được miễn phí.</p> <p>Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.</p> <p>Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.</p>
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	<p>Attn: Customer Service Department Santa Clara Family Health Plan PO Box 18880 San Jose, CA 95158</p>
<b>TRANG WEB</b>	<p><a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a></p>

### A1. Khi nào nên liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng

- Câu hỏi về chương trình
- Câu hỏi về yêu cầu bồi thường, hóa đơn hoặc Thẻ ID Hội Viên
- Các quyết định bảo hiểm về chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm về chăm sóc sức khỏe của quý vị là một quyết định về:
    - Các phúc lợi và dịch vụ được đài thọ của quý vị, **hoặc**
    - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị.
  - Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có câu hỏi về quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Để biết thêm thông tin về các quyết định bảo hiểm, xem Chương 9, Phần D, trang 179.
- Kháng nghị về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại một quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về khoản đài thọ của quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi nó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã sai lầm.
  - Để tìm hiểu thêm về cách nộp đơn kháng nghị, xem Chương 9, Phần D, trang 179.
- Khiếu nại về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể gửi khiếu nại về chúng tôi hay bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình sức khỏe này. Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng của việc chăm sóc mà quý vị đã nhận với chúng tôi hoặc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (Quality Improvement Organization) (xem Phần F ở trang 28).
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích về khiếu nại của mình. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
  - Nếu khiếu nại của quý vị về một quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể kháng nghị (hãy xem phần trên).
  - Quý vị có thể gửi khiếu nại về SCFHP Cal MediConnect cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để đề nghị trợ giúp.
  - Quý vị có thể khiếu nại về SCFHP Cal MediConnect với Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect bằng cách gọi đến 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914), Thứ Hai - Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
  - Để tìm hiểu thêm cách nộp đơn khiếu nại liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, xem Chương 9, trang 173.
- Các quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị là một quyết định về:
    - Các phúc lợi và thuốc được đài thọ của quý vị, **hoặc**
    - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho các thuốc của quý vị.
  - Điều này áp dụng cho các thuốc Phần D, các thuốc theo toa trong Medi-Cal và các thuốc không theo toa trong Medi-Cal.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Để biết thêm thông tin về các quyết định đòi thọ thuốc theo toa của quý vị, xem Chương 9, Phần F, trang 199.
- Kháng nghị về thuốc của quý vị
  - Kháng nghị là cách để yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm.
  - Nếu quý vị muốn kháng nghị về một quyết định bảo hiểm cho bất kỳ loại thuốc nào của quý vị, hãy liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Hoặc truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) để tải về biểu mẫu kháng nghị và khiếu nại và gửi thư tới:  
  
Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158
  - Để biết thêm thông tin về cách nộp đơn kháng nghị thuốc theo toa của mình, hãy xem Chương 9, trang 173.
- Khiếu nại về thuốc của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào. Việc này bao gồm khiếu nại về các thuốc theo toa của quý vị.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm cho các thuốc theo toa của mình, quý vị có thể kháng nghị. (Xem phần bên trên).
  - Quý vị có thể gửi khiếu nại về SCFHP Cal MediConnect cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trực tuyến tại [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để đề nghị trợ giúp.
  - Để biết thêm thông tin về cách nộp đơn khiếu nại về thuốc theo toa của quý vị, hãy xem Chương 9, Phần F, trang 199.
- Thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các thuốc mà quý vị đã trả tiền
  - Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được, hãy xem Chương 7, Phần A, trang 153 và Phần B, trang 155.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Hãy xem Chương 9, Phần D, trang 179 để biết thêm thông tin về kháng nghị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## B. Cách liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của quý vị

Nhân viên quản lý trường hợp là một bác sĩ lâm sàng hoặc người khác đã được đào tạo cung cấp các dịch vụ phối hợp chăm sóc cho quý vị, đặc biệt là trong quá trình chuyển tiếp chăm sóc và xuất viện. Khi quý vị ghi danh vào SCFHP Cal MediConnect, nhu cầu sức khỏe của quý vị sẽ được đánh giá và nhân viên quản lý trường hợp sẽ được đề nghị giúp quý vị. Quý vị có thể liên hệ với phòng quản lý trường hợp theo các số dưới đây. Để yêu cầu thay đổi nhân viên quản lý trường hợp của quý vị, hãy gọi đến Phòng Quản Lý Trường Hợp của SCFHP Cal MediConnect.

<b>GỌI</b>	1-877-590-8999. Cuộc gọi này được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 phút sáng đến 5 giờ chiều. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
<b>TTY</b>	711. Cuộc gọi này được miễn phí. Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 phút sáng đến 5 giờ chiều.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Attn: Case Management Santa Clara Family Health Plan PO Box 18880 San Jose, CA 95158
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>

### B1. Khi nào nên liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của quý vị

- Câu hỏi về chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Câu hỏi về việc nhận các dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng dược chất)
- Câu hỏi về dịch vụ đưa đón
- Thắc mắc về các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS)

LTSS bao gồm Các Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS), Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP) và Cơ Sở Điều Dưỡng (NF).

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Để biết thông tin về các yêu cầu hội đủ điều kiện tham gia LTSS, hãy xem Cách nhận các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS), Chương 3, Phần E, trang 53. Để biết thêm thông tin, xin hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng.

Đôi khi quý vị có thể yêu cầu trợ giúp chăm sóc sức khỏe hàng ngày và các nhu cầu cuộc sống của mình. Quý vị có thể nhận được những dịch vụ:

- Các Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS),
- Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP),
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn,
- Vật lý trị liệu,
- Liệu pháp vận động,
- Liệu pháp ngôn ngữ,
- Các dịch vụ xã hội y tế, và
- Chăm sóc y tế tại nhà.

---

## C. Cách liên hệ với Đường Dây Y Tá Tư Vấn

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy gọi cho Đường Dây Y Tá Tư Vấn của SCFHP. Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của chúng tôi có thể trợ giúp quý vị 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Đường Dây Y Tá Tư Vấn có thể giúp quý vị:

- Hướng dẫn tự chăm sóc tại nhà
- Những việc cần làm nếu quý vị cần chăm sóc và văn phòng của nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe đóng cửa
- Tư vấn về việc quý vị có cần được chăm sóc y tế hay không
- Cách thức và nơi nhận dịch vụ chăm sóc
- Giới thiệu đến nhà cung cấp thăm khám y tế từ xa

Ví dụ: nếu quý vị không chắc liệu tình trạng của mình có phải là tình trạng bệnh lý khẩn cấp không, Y Tá Tư Vấn có thể giúp quý vị quyết định nếu quý vị cần các dịch vụ cấp cứu hay chăm sóc khẩn cấp.

Trong trường hợp khẩn cấp, quý vị nên gọi 9-1-1 hoặc đến bệnh viện gần nhất.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>GỌI</b>	1-844-803-6962. Cuộc gọi này được miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
<b>TTY</b>	711. Cuộc gọi này được miễn phí. Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

### C1. Khi nào cần liên hệ với Đường Dây Y Tá Tư Vấn

- Câu hỏi về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

## D. Cách liên hệ với Đường Dây Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

Dịch Vụ Tự Tử và Khủng Hoảng (SACS) của Cơ Quan Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara cung cấp hỗ trợ cho các cá nhân và gia đình đang bị khủng hoảng, đấu tranh với bệnh tâm thần hoặc lạm dụng chất kích thích.

<b>GỌI</b>	1-855-278-4204. Cuộc gọi này được miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.
<b>TTY</b>	711. Cuộc gọi này được miễn phí. Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/bhd/Pages/home.aspx">www.sccgov.org/sites/bhd/Pages/home.aspx</a>

### D1. Khi nào cần liên hệ với Đường Dây Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

- Câu hỏi về các dịch vụ sức khỏe hành vi và lạm dụng dược chất

Đối với câu hỏi về các dịch vụ sức khỏe hành vi đặc biệt tại quận của quý vị, hãy xem Chương 3, Phần F, trang 54.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## E. Cách liên hệ với Chương Trình Tư Vấn & Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)

Chương Trình Tư Vấn & Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) cung cấp miễn phí dịch vụ tư vấn về bảo hiểm sức khỏe cho những người có Medicare. Các nhân viên tư vấn HICAP có thể trả lời câu hỏi của quý vị và giúp quý vị hiểu những việc cần làm để giải quyết vấn đề của mình. HICAP có các nhân viên tư vấn đã được đào tạo ở mọi quận và các dịch vụ đều miễn phí.

HICAP không kết nối với bất kỳ hãng bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào.

<b>GỌI</b>	1-408-350-3200 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
<b>TTY</b>	711 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Sourcewise 3100 De La Cruz Blvd, Suite 310 Santa Clara, CA 95054
<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:community@mysourcewise.com">community@mysourcewise.com</a>
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.mysourcewise.com">www.mysourcewise.com</a>

### E1. Khi nào cần liên hệ với HICAP

- Các câu hỏi về chương trình Cal MediConnect của quý vị hoặc những câu hỏi khác về Medicare
  - Nhân viên tư vấn HICAP có thể trả lời các câu hỏi của quý vị về việc chuyển sang một chương trình mới và giúp quý vị:
    - hiểu quyền của mình,
    - hiểu về các lựa chọn chương trình của quý vị,
    - giúp quý vị gửi khiếu nại về việc chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị, **và**
    - giải quyết vấn đề về hóa đơn của quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## F. Cách liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Tiểu bang của chúng tôi có một tổ chức được gọi là Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) Livanta Beneficiary and Family Centered Care (BFCC, Chăm Sóc Lầy Gia Đình và Người Thụ Hưởng Làm Trung Tâm Livanta). Đây là một nhóm các bác sĩ và nhân viên chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta BFCC-QIO không liên kết với chương trình của chúng tôi.

<b>GỌI</b>	1-877-588-1123 Làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
<b>TTY</b>	1-855-887-6668 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Livanta BFCC-QIO 10520 Guilford Rd, Ste 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.livanta.com">www.livanta.com</a>

### F1. Khi nào cần liên hệ với Livanta BFCC-QIO

- Câu hỏi về chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về dịch vụ chăm sóc nếu quý vị:
    - gặp vấn đề với chất lượng chăm sóc,
    - cho rằng thời gian nằm viện của mình kết thúc quá sớm, **hoặc**
    - cho rằng các dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc cơ sở phục hồi chức năng toàn diện ngoại trú (CORF) kết thúc quá sớm.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## G. Cách liên hệ với Medicare

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

Cơ quan liên bang chịu trách nhiệm về Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid hay CMS.

<b>GỌI</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Các cuộc gọi đến số này được miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048. Cuộc gọi này được miễn phí.</p> <p>Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.</p>
<b>TRANG WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Đây là trang web chính thức của Medicare. Trang web này cho quý vị thông tin cập nhật về Medicare. Trang web cũng có thông tin về các bệnh viện, dưỡng đường, bác sĩ, cơ quan về sức khỏe tại nhà và cơ sở lọc máu. Trang web bao gồm các sổ tay mà quý vị có thể in ra từ máy vi tính của mình. Quý vị cũng có thể tìm các thông tin liên hệ của Medicare trong tiểu bang của mình bằng cách chọn “Forms, Help &amp; Resources” (Biểu Mẫu, Trợ Giúp &amp; Nguồn Lực) và sau đó nhấp vào “Phone numbers &amp; websites” (Số điện thoại &amp; trang web).</p> <p>Trang web của Medicare có công cụ sau đây để giúp quý vị tìm các chương trình trong khu vực của mình:</p> <p><b>Công Cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare:</b> Cung cấp thông tin được cá nhân hóa về các chương trình thuốc theo toa Medicare, chương trình sức khỏe Medicare và các chính sách Medigap (Medicare Supplement Insurance) trong khu vực của quý vị. Chọn “Find plans” (Tìm chương trình).</p> <p>Nếu quý vị không có máy vi tính, thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao niên có thể giúp quý vị truy cập trang web này bằng máy vi tính của họ. Hoặc, quý vị có thể gọi đến Medicare theo số điện thoại bên trên và cho họ biết thông tin mà quý vị đang tìm. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web, in ra và gửi cho quý vị.</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## H. Cách liên hệ với Medi-Cal Health Care Options

Medi-Cal Health Care Options có thể giúp nếu quý vị có câu hỏi về việc chọn một chương trình Cal MediConnect hoặc các vấn đề về ghi danh khác.

<b>GỌI</b>	1-844-580-7272 Nhân viên đại diện của Health Care Options làm việc từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
<b>TTY</b>	1-800-430-7077 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## I. Cách liên hệ với Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds)

Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect hoạt động như một người vận động cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Chương trình Thanh Tra Cal MediConnect có thể giúp quý vị với các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect không được kết nối với chương trình của chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Các dịch vụ đều miễn phí.

<b>GỌI</b>	1-855-501-3077. Cuộc gọi này được miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều
<b>TTY</b>	1-855-847-7914 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Ombudsman Santa Clara County Bay Area Legal Aid 4 N. Second Street, Suite 600 San Jose, CA 95113
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.healthconsumer.org">www.healthconsumer.org</a>

## J. Cách liên hệ với Dịch Vụ Xã Hội của Quận

Nếu quý vị cần trợ giúp về các phúc lợi Dịch Vụ Hỗ Trợ của mình, hãy liên hệ với Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội của Quận tại địa phương của quý vị.

<b>GỌI</b>	1-408-755-7100 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Social Services Agency Administration 353 West Julian Street San Jose, CA 95110
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/about_us/Pages/ssa_contacts.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/about_us/Pages/ssa_contacts.aspx</a>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## K. Cách liên hệ với Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Đặc Biệt của Quận

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần đặc biệt Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần của quận (MHP) nếu quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn về sự cần thiết về mặt y tế.

<b>GỌI</b>	<p>Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara (Santa Clara County Behavioral Health Services Department)</p> <p>1-800-704-0900. Cuộc gọi này được miễn phí.</p> <p>Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.</p> <p>Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho những người không nói được tiếng Anh.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Cuộc gọi này được miễn phí.</p> <p>Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.</p> <p>Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.</p>

### K1. Liên hệ với chương trình sức khỏe tâm thần đặc biệt của quận về:

- Câu hỏi về các dịch vụ sức khỏe hành vi được quận cung cấp.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## L. Cách liên hệ với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California (California Department of Managed Health Care)

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California (DMHC) có trách nhiệm điều chỉnh các chương trình sức khỏe. Trung Tâm Trợ Giúp DMHC có thể giúp quý vị kháng nghị và khiếu nại về chương trình sức khỏe của mình liên quan các dịch vụ Medi-Cal.

<b>GỌI</b>	1-888-466-2219 Nhân viên đại diện của DMHC làm việc từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
<b>TTY</b>	1-877-688-9891 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth St, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>FAX</b>	1-916-255-5241
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

## M. Các nguồn lực khác

Các nguồn lực cộng đồng được liệt kê dưới đây được cung cấp như một dịch vụ công cộng. Là một phần trong chương trình chăm sóc của quý vị, nhân viên quản lý trường hợp SCFHP của quý vị có thể giúp kết nối quý vị với các dịch vụ này. Lưu ý: SCFHP không phải là nhà tài trợ cho các tổ chức được liệt kê ở đây. Các nguồn thông tin bổ sung hiện có sẵn trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### Hiệp Hội Alzheimer Bắc California (Alzheimer's Association of Northern California)

Hiệp Hội Alzheimer giải đáp các câu hỏi về tất cả các khía cạnh của Bệnh Alzheimer, các nguồn lực cộng đồng hỗ trợ nhân viên chăm sóc và hỗ trợ tình cảm.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>GỌI</b>	1-800-272-3900, Đường dây hỗ trợ. 1-408-372-9900, Số điện thoại chính. 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	2290 N First St, Suite 101 San Jose, CA 95131
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.alz.org/norcal/">www.alz.org/norcal/</a>

### Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ

Cung cấp nguồn lực cho các tình trạng tim mạch, dinh dưỡng và cuộc sống lành mạnh khác nhau.

<b>GỌI</b>	1-510-903-4050
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	426 17 <sup>th</sup> St, Ste 300 Oakland, CA 94612
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.heart.org/en/affiliates/california/greater-bay-area">www.heart.org/en/affiliates/california/greater-bay-area</a>

### Aunt Bertha

Aunt Bertha là một mạng lưới chăm sóc xã hội kết nối mọi người và các chương trình. Nền tảng trực tuyến này giúp dễ dàng tìm thấy các dịch vụ xã hội trong cộng đồng dựa vào mã ZIP của dịch vụ.

<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.scfhp.auntbertha.com">www.scfhp.auntbertha.com</a>
------------------	--

### Sở Phục Hồi Chức Năng California (California Department of Rehabilitation), Văn Phòng Quận San Jose

Cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng nghề nghiệp, đào tạo và giới thiệu việc làm cho những người khuyết tật.

<b>GỌI</b>	1-408-277-1355
<b>TTY</b>	1-844-729-2800 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	100 Paseo de San Antonio, Room 324 San Jose, CA 95113-1479
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>

### Sở Phục Hồi Chức Năng California, Chi Nhánh Gilroy

<b>GỌI</b>	1-408-848-1345
<b>TTY</b>	1-844-729-2800 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	8060 Santa Teresa Blvd, Suite 200 Gilroy, CA 95020-3864
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>

### Sở Phục Hồi Chức Năng California, Chi Nhánh Phía Bắc Quận San Jose

<b>GỌI</b>	1-669-207-0014
<b>TTY</b>	1-844-729-2800 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	2160 Lundy Ave, Suite 115 San Jose, CA 95131
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Đường Dây Trợ Giúp Người Hút Thuốc ở California

Cung cấp dịch vụ tư vấn và nguồn lực để giúp người tham gia bỏ thuốc lá.

<b>GỌI</b>	English – 1-800-987-2908 Spanish – 1-800-456-6386 Mandarin/Cantonese – 1-800-838-8917 Vietnamese – 1-800-778-8440
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.nobutts.org/">www.nobutts.org/</a>

## Liên Minh Nhân Viên Chăm Sóc Trong Gia Đình (Family Caregiver Alliance, FCA)

FCA hướng dẫn cho nhân viên chăm sóc tại cộng đồng và trực tuyến, đồng thời liên kết đến các nguồn lực và nhóm hỗ trợ.

<b>GỌI</b>	1-800-445-8106 hoặc 1-415-434-3388
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	101 Montgomery St, Suite 2150 San Francisco, CA 94104
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.caregiver.org">www.caregiver.org</a>

## Chợ Nông Sản

Hầu hết các chợ nông sản tại Quận Santa Clara đều chấp nhận EBT CalFresh, giúp việc mua các sản phẩm tươi ngon của địa phương trong vùng lân cận trở nên dễ dàng hơn. Khi quý vị sử dụng thẻ EBT CalFresh của mình tại một chợ nông sản đang tham gia Chợ nhà nông, quý vị có thể tăng gấp đôi số tiền của mình, tối đa \$10 miễn phí mỗi ngày.

<b>GỌI</b>	1-408-793-2700
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	1775 Story Rd, Suite 120 San Jose, CA 95122
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/phd/hi/heal/Pages/calfresh.aspx">www.sccgov.org/sites/phd/hi/heal/Pages/calfresh.aspx</a>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Đường Dây Bạn Bè

Đường Dây Bạn Bè là đường dây khủng hoảng được chứng nhận dành cho người từ 60 tuổi trở lên và người lớn bị khuyết tật. Đường Dây Bạn Bè thực hiện các cuộc gọi tiếp cận liên tục cho người cao tuổi sống đơn độc.

<b>GỌI</b>	1-800-971-0016, đường dây điện thoại miễn phí 24 giờ
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ioaging.org/services/all-inclusive-health-care/friendship-line">www.ioaging.org/services/all-inclusive-health-care/friendship-line</a>

## Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS) Quận Santa Clara

Chương trình cho phép quý vị chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà của mình nếu quý vị không thể sống an toàn tại nhà mình mà không có sự trợ giúp. Các dịch vụ IHSS có thể bao gồm, nhưng không giới hạn: lau dọn nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt giũ, đi mua đồ, chăm sóc cá nhân, đi kèm đến các cuộc hẹn khám bệnh và các dịch vụ khác.

<b>GỌI</b>	1-408-792-1600 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	1888 Senter Rd San Jose, CA 95112
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/other-services/ihss/Pages/ihss.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/other-services/ihss/Pages/ihss.aspx</a>

## Dịch Vụ Bảo Vệ Dành Cho Người Trưởng Thành Quận Santa Clara

Dịch vụ bảo vệ người trưởng thành nhận và điều tra các báo cáo về làm dưng và bỏ rơi người cao niên (tuổi từ 65 trở lên) hoặc người trưởng thành sống phụ thuộc (tuổi từ 18 đến 64, là những người do khuyết tật tâm thần hoặc thể chất mà không thể tự bảo vệ mình và bệnh vực cho bản thân).

<b>GỌI</b>	1-408-975-4900 hoặc 1-800-414-2002, đường dây báo cáo 24 giờ.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	333 W Julian St, 4th Floor San Jose, CA 95110
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/da/prosecution/DistrictAttorneyDepartments/Pages/ElderDepAdultAbuseReporting.aspx">www.sccgov.org/sites/da/prosecution/DistrictAttorneyDepartments/Pages/ElderDepAdultAbuseReporting.aspx</a>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Đường Dây Nóng Phòng Chống Gian Lận của SCFHP Cal MediConnect

Nếu quý vị cho rằng người cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng chăm sóc sức khỏe của quý vị đang gian lận, hãy liên hệ với đường dây nóng về Gian Lận SCFHP Cal MediConnect.

<b>GỌI</b>	1-408-874-1450 Làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần
<b>TTY</b>	711 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Attn: Compliance Officer Santa Clara Family Health Plan PO Box 18880 San Jose, CA 95158
<b>FAX</b>	1-408-874-1970
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>

Để biết thêm thông tin về gian lận, lãng phí và lạm dụng, hãy xem Chương 11, Phần G, trang 258.

## Ngân Hàng Thực Phẩm Gặt Hái Thứ Hai (Second Harvest Food Bank, SHFB)

Thông qua nhiều chương trình và dịch vụ khác nhau, Ngân Hàng Thực Phẩm cung cấp thực phẩm đến những người đang gặp thiếu thốn tại nơi họ sống, học tập, và làm việc. Hãy gọi đến SHFB để được kết nối với các nguồn lực như thực phẩm miễn phí và CalFresh. Food Connection là đường dây nóng miễn phí của Second Harvest giúp những người thiếu thốn thực phẩm tìm thấy các nguồn lực trong khu vực họ sinh sống. Các nhân viên đa ngữ hướng dẫn người gọi đến các chương trình hỗ trợ thực phẩm tại địa phương.

<b>GỌI</b>	1-800-984-3663
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.shfb.org">www.shfb.org</a>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## Hỗ Trợ Pháp Lý Dành Cho Người Cao Niên (Senior Adult Legal Assistance, SALA)

SALA hỗ trợ và hướng dẫn về pháp lý thông qua một mạng lưới các trung tâm người cao niên. Họ chuyên về vấn đề phúc lợi công, chăm sóc lâu dài, lạm dụng người già, các vấn đề về nhà ở, lên kế hoạch cho người khuyết tật, lựa chọn chứng thực di chúc và các di chúc đơn giản.

<b>GỌI</b>	Văn Phòng Trung Tâm – 1-408-295-5991 Phía Bắc Quận – 1-650-969-8656 Phía Nam Quận – 1-408-847-7252 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	1425 Koll Circle, Suite 109 San Jose, CA 95112
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sala.org">www.sala.org</a>

## Chương Trình Dinh Dưỡng Dành Cho Người Cao Niên - Dịch Vụ Giao Bữa Ăn Tại Nhà (Meals on Wheels)

Các bữa ăn đủ dinh dưỡng được cung cấp cho những người cao niên đủ điều kiện (60 tuổi trở lên) tại các địa điểm trong cộng đồng nằm trong khắp quận và thông qua hai chương trình Bữa Ăn Giao Tại Nơi.

<b>GỌI</b>	Chương Trình Dinh Dưỡng Dành Cho Người Cao Niên – 1-408-975-4860 Ghi danh tham gia Meals on Wheels – 1-408-350-3246
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	333 W Julian St, 4th Floor San Jose, CA 95110
<b>FAX</b>	1-408-975-4830
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/food-assistance/snp/Pages/meals_on_wheels.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/food-assistance/snp/Pages/meals_on_wheels.aspx</a>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Trung Tâm Sinh Sống Tự Lập Silicon Valley (SVILC)

Các chương trình chính của SVILC bao gồm: đào tạo các kỹ năng sống độc lập, thông tin và giới thiệu, tư vấn đồng trang lứa, cố vấn và đào tạo, bệnh vực cho người tiêu dùng cá nhân và theo hệ thống. SVILC cũng cung cấp các dịch vụ công nghệ mang tính hỗ trợ, Chương Trình Hòa Nhập Cộng Đồng giúp đỡ những cá nhân chuyển từ cơ sở điều dưỡng sang nhà ở cộng đồng, và hỗ trợ các dịch vụ nhà ở và hỗ trợ cá nhân (PA).

### Trung Tâm Sinh Sống Tự Lập Silicon Valley (SVILC) – Văn Phòng Chính

<b>GỌI</b>	1-408-894-9041
<b>TTY</b>	1-408-894-9012 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	25 N. 14th St., Suite 1000 San Jose, CA, 95112
<b>FAX</b>	1-408-894-9050
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.svilc.org/">www.svilc.org/</a>

### Trung Tâm Sinh Sống Tự Lập Silicon Valley (SVILC) – Văn Phòng Chi Nhánh Phía Nam Quận

<b>GỌI</b>	1-408-843-9100
<b>TTY</b>	1-408-894-9012 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	7881 Church St, Suite C Gilroy, CA 95020
<b>FAX</b>	1-408-842-4791
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.svilc.org/">www.svilc.org/</a>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Sở Quản Lý An Sinh Xã Hội

<b>GỌI</b>	1-800-772-1213 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd Baltimore, MD 21235
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.socialsecurity.gov">www.socialsecurity.gov</a>

## Sourcewise

Sourcewise đóng vai trò là Cơ Quan Khu Vực về Người Cao Niên tại địa phương. Sourcewise cung cấp quyền truy cập vào một cơ sở dữ liệu toàn diện về các nguồn lực cộng đồng dành cho người cao niên và nhân viên chăm sóc của họ, thông qua trung tâm chăm sóc khách hàng và trang web của họ. Họ cũng cung cấp các dịch vụ về thông tin và nhận thức, chương trình việc làm cho người cao niên, Chương Trình Tư Vấn & Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) và quản lý chăm sóc.

<b>GỌI</b>	1-408-350-3200 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
<b>TTY</b>	711 Số này dành cho những người có các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.
<b>VIẾT THƯ GỬI</b>	3100 De La Cruz Blvd, Suite 310 Santa Clara, CA 95054
<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:community@mysourcewise.com">community@mysourcewise.com</a>
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.mysourcewise.com">www.mysourcewise.com</a>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Chương Trình Các Bữa Ăn Giao Tận Nơi Của Health Trust

Chương trình Bữa Ăn Giao Tận Nơi Health Trust phục vụ những người gặp khó khăn về sức khỏe, phải ở trong nhà, cho dù họ là người cao niên, người đang hồi phục sau một đợt nhập viện gần đây hay người khuyết tật buộc phải ngồi xe lăn. Các bữa ăn nóng, đủ dinh dưỡng được mang đến 5 ngày một tuần, cùng với bữa ăn đông lạnh để chuẩn bị cho cuối tuần. Người giao thức ăn cũng tiến hành kiểm tra sức khỏe hàng ngày.

<b>GỌI</b>	1-408-961-9870 hoặc 1-800-505-3367
<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:mow@healthtrust.org">mow@healthtrust.org</a>
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://healthtrust.org/provider/food/">healthtrust.org/provider/food/</a>

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## **Chương 3: Sử dụng khoản bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác của quý vị**

### **Giới Thiệu**

Chương này có các điều khoản và quy tắc cụ thể mà quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được đài thọ khác với SCFHP Cal MediConnect. Chương này cũng cho quý vị biết về nhân viên quản lý trường hợp của mình, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (bao gồm từ nhà cung cấp hoặc nhà thuốc ngoài mạng lưới), phải làm gì khi quý vị thanh toán trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ và các quy tắc để sở hữu Thiết bị Y tế Bền vững (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### **Mục Lục**

A. Giới thiệu về “các dịch vụ”, “các dịch vụ được đài thọ”, “các nhà cung cấp” và “các nhà cung cấp trong mạng lưới” .....	46
B. Các quy định để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài được đài thọ bởi chương trình.....	46
C. Thông tin về nhân viên quản lý trường hợp của quý vị.....	48
C1. Nhân viên quản lý trường hợp là ai .....	48
C2. Cách quý vị có thể liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của mình.....	48
C3. Cách thay đổi nhân viên quản lý trường hợp .....	48
D. Chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, nhà cung cấp dịch vụ y tế trong mạng lưới khác, và các nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới .....	49
D1. Nhận chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính .....	49
D2. Chăm sóc từ các chuyên gia và các nhà cung cấp ở mạng lưới khác.....	51
D3. Làm gì khi một nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi.....	52
D4. Cách nhận chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới .....	53



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

E.	Cách nhận các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS).....	53
F.	Cách nhận các dịch vụ sức khỏe hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và sử dụng chất gây nghiện) .....	54
F1.	Dịch vụ sức khỏe hành vi nào của Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình SCFHP Cal MediConnect thông qua Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara .....	54
G.	Cách nhận các dịch vụ đưa đón .....	56
H.	Cách nhận các dịch vụ được đài thọ khi quý vị cần cấp cứu y tế hoặc có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc đang gặp một thảm họa.....	56
H1.	Nhận chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế .....	56
H2.	Chăm sóc cần thiết khẩn cấp .....	58
H3.	Chăm sóc trong thảm họa .....	58
I.	Phải làm gì nếu quý vị được lập hoá đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ .....	59
I1.	Phải làm gì nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ..	59
J.	Bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị đang tham gia nghiên cứu lâm sàng.....	60
J1.	Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng.....	60
J2.	Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị đang tham gia nghiên cứu lâm sàng....	61
J3.	Tìm hiểu thêm về nghiên cứu lâm sàng .....	61
K.	Cách đài thọ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị được chăm sóc tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế.....	61
K1.	Định nghĩa về tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế .....	61
K2.	Nhận sự chăm sóc từ một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế.....	62
L.	Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME).....	62
L1.	DME hội viên trong chương trình của chúng tôi.....	62
L2.	Sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage .....	63

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- L3. Các phúc lợi về thiết bị cung cấp oxy với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi ..... 64
- L4. Thiết bị cung cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage ..... 64



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Giới thiệu về “các dịch vụ”, “các dịch vụ được đài thọ”, “các nhà cung cấp” và “các nhà cung cấp trong mạng lưới”

Các dịch vụ là chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, đồ dùng, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc không theo toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Các dịch vụ được đài thọ** là bất kỳ dịch vụ nào được chương trình của chúng tôi thanh toán. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, chăm sóc và hỗ trợ lâu dài (LTSS) được đài thọ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi tại Chương 4, Phần D, trang 69.

Các nhà cung cấp là các bác sĩ, y tá, và những người khác chăm sóc và cung cấp các dịch vụ cho quý vị. Thuật ngữ nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan y tế tại nhà, phòng khám, và những nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế, và dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS).

Các nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà cung cấp hợp tác với chương trình sức khỏe này. Những nhà cung cấp này đã đồng ý chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ. Các nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi về cho dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị thăm khám với một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ.

---

## B. Các quy định để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài được đài thọ bởi chương trình

SCFHP Cal MediConnect đài thọ tất cả các dịch vụ được đài thọ bởi Medicare và Medi-Cal. Bao gồm sức khỏe hành vi cùng các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).

SCFHP Cal MediConnect thường sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, và LTSS mà quý vị nhận nếu quý vị làm theo các quy định của chương trình. Để được chương trình của chúng tôi đài thọ:

- Sự chăm sóc mà quý vị nhận phải là một **phúc lợi của chương trình**. Điều này có nghĩa là nó phải được bao gồm trong Bảng Phúc Lợi của chương trình. (Bảng này có trong Chương 4, Phần D, trang 69 của sổ tay này).
- Dịch vụ chăm sóc phải được xác định là **cần thiết về mặt y tế**. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là quý vị cần các dịch vụ để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng của mình hay để duy trì trạng thái sức khỏe hiện thời của mình. Điều này bao gồm sự chăm sóc giữ cho quý vị không phải vào bệnh viện hay dưỡng đường. Điều này cũng có nghĩa là các dịch vụ, đồ dùng, hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong hành nghề y khoa.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có một nhà cung cấp trong mạng lưới đã chỉ định dịch vụ chăm sóc. Là một hội viên của chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)**.
  - Trong một số trường hợp, PCP của quý vị phải hướng dẫn quý vị đến các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình trước khi quý vị có thể gặp những nhà cung cấp khác đó. Đây được gọi là **thư giới thiệu**. Nếu quý vị không nhận được thư giới thiệu, SCFHP Cal MediConnect có thể sẽ không đài thọ cho các dịch vụ đó. Quý vị không cần thư giới thiệu để gặp một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe của phụ nữ. Để tìm hiểu thêm về thư giới thiệu, hãy xem trang 51.
  - Quý vị không cần thư giới thiệu từ PCP của mình đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc để gặp nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe dành cho phụ nữ. Quý vị có thể nhận các loại dịch vụ chăm sóc khác mà không cần thư giới thiệu từ PCP của mình. Để tìm hiểu thêm về điều này, hãy xem trang 51.
  - Để tìm hiểu thêm về việc chọn một PCP, hãy xem trang 50.
- **Quý vị phải nhận sự chăm sóc từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.** Thông thường, chương trình sẽ không đài thọ cho chi phí chăm sóc từ một nhà cung cấp không hợp tác với chương trình sức khỏe này. Sau đây là một số trường hợp không áp dụng quy định này:
  - Chương trình đài thọ cho chi phí chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu thêm và để xem các dịch vụ chăm sóc nào là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết, hãy xem Phần H, trang 56.
  - Nếu quý vị cần sự chăm sóc mà chương trình của chúng tôi đài thọ và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp cho quý vị, thì quý vị có thể nhận sự chăm sóc đó từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong một số trường hợp, chương trình của chúng tôi phải phê duyệt cho quý vị trước khi quý vị nhận được các dịch vụ nhất định. Điều này được gọi là **sự cho phép trước**. Ngoài ra, quý vị phải có sự cho phép từ SCFHP trước khi tìm kiếm sự chăm sóc ngoài mạng lưới SCFHP Cal MediConnect. Trong tình huống này, chúng tôi sẽ đài thọ miễn phí cho sự chăm sóc đó cho quý vị. Để tìm hiểu về thủ tục nhận phê duyệt để thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy xem Phần D, trang 53. Để tìm hiểu thêm về các dịch vụ nào cần sự cho phép trước, hãy xem Bảng Phúc Lợi trong Chương 4, Phần D, trang 69.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Chương trình đài thọ các dịch vụ chạy thận nhân tạo khi quý vị ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình trong một thời gian ngắn. Quý vị có thể nhận các dịch vụ này tại một cơ sở chạy thận nhân tạo đã được Medicare chứng nhận.
- Khi quý vị mới tham gia vào chương trình lần đầu, quý vị có thể đề nghị được tiếp tục thăm khám với các nhà cung cấp hiện tại. Trong một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải phê duyệt yêu cầu này nếu chúng tôi có thể xác minh rằng quý vị có sẵn mối quan hệ với các nhà cung cấp (xem Chương 1, Phần F, trang 12). Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp mà quý vị hiện đang thăm khám trong vòng tối đa 12 tháng đối với dịch vụ. Trong thời gian này, nhân viên quản lý trường hợp của quý vị sẽ liên hệ với quý vị để giúp quý vị tìm nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không còn đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nếu quý vị tiếp tục thăm khám với các nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chúng tôi.
- Quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc đối với các dịch vụ mà quý vị đang nhận từ bác sĩ. Nếu quý vị nhận các dịch vụ từ một nhà cung cấp phụ (như thiết bị y tế lâu bền, đồ dùng y tế và đồ dùng cho bệnh nhân không tự chủ thuộc Medicare hoặc Medi-Cal), SCFHP có thể chuyển quý vị sang một nhà cung cấp trong mạng lưới.

---

## C. Thông tin về nhân viên quản lý trường hợp của quý vị

### C1. Nhân viên quản lý trường hợp là ai

Nhân viên quản lý trường hợp là một bác sĩ lâm sàng hoặc người đã được đào tạo khác làm việc cho chương trình của chúng tôi để cung cấp các dịch vụ phối hợp chăm sóc cho quý vị, đặc biệt là trong quá trình chuyển tiếp chăm sóc và xuất viện.

### C2. Cách quý vị có thể liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của mình

Quý vị có thể liên hệ với Phòng Quản Lý Trường Hợp bằng cách gọi điện theo số 1-877-590-8999 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều.

### C3. Cách thay đổi nhân viên quản lý trường hợp

Để yêu cầu thay đổi nhân viên quản lý trường hợp của quý vị, hãy liên hệ với Phòng Quản Lý Trường Hợp theo số 1-877-590-8999, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## **D. Chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, nhà cung cấp dịch vụ y tế trong mạng lưới khác, và các nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới**

### **D1. Nhận chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính**

Quý vị phải chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) để cung cấp và quản lý việc chăm sóc cho quý vị.

#### **Định nghĩa về “PCP” và những việc PCP làm cho quý vị**

PCP của quý vị là nhà cung cấp chịu trách nhiệm chăm sóc quý vị và là người đầu tiên mà quý vị gặp khi quý vị cần chăm sóc, trừ trường hợp khẩn cấp. Quý vị sẽ nhận sự chăm sóc thường xuyên và cơ bản từ PCP của mình. PCP của quý vị sẽ phối hợp các dịch vụ được đài thọ còn lại mà quý vị nhận được từ SCFHP Cal MediConnect, bao gồm:

- chụp X-quang
- các xét nghiệm tại phòng thí nghiệm
- các liệu pháp điều trị
- sự chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa
- nhập viện
- chăm sóc theo dõi

Trong một số trường hợp, PCP của quý vị có thể cần phải có sự cho phép trước (phê duyệt trước) từ SCFHP cho một số dịch vụ nhất định.

Quý vị có thể chọn một PCP là:

- Bác sĩ hành nghề y khoa gia đình (thường chữa bệnh cho mọi lứa tuổi)
- Bác sĩ sản/phụ khoa (OB/GYN) (chữa bệnh cho phụ nữ) cũng cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
- Bác sĩ nội khoa tổng quát (chữa bệnh cho người lớn)
- Phòng khám, bao gồm Trung Tâm Sức Khỏe Tiêu Chuẩn Liên Bang (Federally Qualified Health Center, FQHC), Phòng Khám Cộng Đồng hoặc cơ sở Dịch Vụ Y Tế Cho Thổ Dân Mỹ (Indian Health Service) ở Quận Santa Clara

Quý vị có thể có PCP là một bác sĩ chuyên khoa. Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc một bộ phận cơ thể cụ thể. Quý vị có thể chọn một bác sĩ chuyên khoa làm PCP của mình nếu bác sĩ đó được liệt kê là một PCP trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Quý vị có thể nhận sự chăm sóc từ một chuyên viên y tá (NP), trợ lý bác sĩ (PA) hoặc nữ hộ sinh đã được chứng nhận (CNM) để cung cấp các dịch vụ PCP của quý vị. NP, PA hoặc CNM đó phải làm việc tại văn phòng của PCP và được PCP của quý vị giám sát. Nếu quý vị mang thai hoặc có kế hoạch mang thai, quý vị cũng có quyền chọn một nữ hộ sinh đã được chứng nhận (CNM) ngoài chương trình.

### Lựa chọn PCP của quý vị

Quý vị có thể chọn bất kỳ PCP nào trong mạng lưới của chúng tôi hiện đang tiếp nhận hội viên mới. Hãy tham khảo công cụ tìm kiếm “Find a Doctor” (Tìm Bác Sĩ) của SCFHP hoặc *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của SCFHP Cal MediConnect trên trang web [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) để biết danh sách các nhà cung cấp trong mạng lưới của SCFHP. Khi chọn một PCP, quý vị có thể muốn chọn nhà cung cấp:

- mà quý vị đang sử dụng, **hoặc**
- người được một người mà quý vị tin tưởng khuyến nghị, **hoặc**
- người nói ngôn ngữ của quý vị, **hoặc**
- có văn phòng mà quý vị có thể đến một cách dễ dàng.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về một nhà cung cấp, chẳng hạn như họ đã hoàn thành thời gian thực tập chuyên khoa ở đâu, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng. Dịch Vụ Khách Hàng có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về những nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

Quý vị cũng có thể tìm hiểu thêm thông tin về nhà cung cấp ở đây:

- Chứng nhận đã theo học trường y và các bằng cấp chuyên môn khác – truy cập Dịch Vụ Trực Tuyến BreEZe của Phòng Đặc Trách Vấn Đề Người Tiêu Dùng California (DCA) tại địa chỉ [www.breeze.ca.gov/datamart/loginCADCA.do](http://www.breeze.ca.gov/datamart/loginCADCA.do).
- Chứng nhận chuyên khoa – truy cập Ban Phụ Trách Chứng Nhận Chuyên Khoa của Hội Đồng Y Khoa Hoa Kỳ tại địa chỉ [www.certificationmatters.org](http://www.certificationmatters.org).

Để chọn PCP, vui lòng đăng ký trên cổng thông tin hội viên mySCFHP tại địa chỉ [www.member.scfhp.com](http://www.member.scfhp.com). Nếu quý vị không lựa chọn PCP, SCFHP sẽ chọn một PCP cho quý vị và thông báo với quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp về việc chọn PCP, hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng và nhân viên Dịch Vụ Khách Hàng sẽ hỗ trợ quý vị.

### Lựa chọn thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP vì bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ lúc nào. Ngoài ra, PCP của quý vị có thể rời khỏi mạng lưới của chương trình của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chương trình, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới của chương trình.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Nếu chúng tôi có thể thực hiện thay đổi về PCP theo mong muốn của quý vị, trong hầu hết trường hợp, thay đổi này sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Ví dụ như nếu quý vị yêu cầu thay đổi PCP vào tháng 2, trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ có thể đến thăm khám với PCP mới của mình vào ngày 1 tháng 3.

### **Những dịch vụ quý vị có thể nhận được mà không cần phê duyệt trước từ PCP của mình**

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

- Dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.
- Chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Chăm sóc cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể liên hệ với nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ như khi quý vị ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình).
- Dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. (Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng trước khi rời khỏi khu vực dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm dịch vụ lọc thận khi quý vị ở ngoài khu vực.)
- Chủng ngừa cúm, chích ngừa viêm gan B và chích ngừa viêm phổi, miễn là quý vị nhận dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình thường xuyên cho phụ nữ. Điều này bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú sàng lọc (chụp X-quang vú), xét nghiệm tế bào cổ tử cung (Pap) và khám cổ tử cung miễn là quý vị nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế cho Thổ Dân Mỹ, quý vị có thể tới khám các nhà cung cấp này mà không cần thư giới thiệu.

### **D2. Chăm sóc từ các chuyên gia và các nhà cung cấp ở mạng lưới khác**

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

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



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến các chuyên gia hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nếu quý vị cần các dịch vụ mà PCP của quý vị không thể cung cấp. Đối với một số loại dịch vụ hoặc thuốc theo toa hoặc để gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, PCP, bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể cần phải nhận được sự chấp thuận trước từ SCFHP. Điều này được gọi là **ủy quyền trước**. Vui lòng xem Chương 4 để biết thêm thông tin về dịch vụ nào cần ủy quyền trước.

Nếu bác sĩ chuyên khoa muốn quý vị quay lại để chăm sóc thêm, hãy kiểm tra trước để chắc chắn rằng sự cho phép trước mà quý vị nhận được vào lần thăm khám đầu tiên sẽ dài thọ cho các lần thăm khám sau với bác sĩ chuyên khoa.

### **D3. Làm gì khi một nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi**

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

- Cho dù mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, chúng tôi phải cho phép quý vị tiếp cận liên tục với nhà cung cấp đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức để gửi thông báo đến quý vị trước ít nhất 30 ngày để quý vị có thời gian chọn một nhà cung cấp mới.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp đủ điều kiện mới để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang được điều trị y tế, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ phối hợp với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận không bị gián đoạn.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không thay thế nhà cung cấp trước của quý vị với một nhà cung cấp đủ điều kiện hoặc việc chăm sóc của quý vị không được quản lý thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị quyết định của chúng tôi.

SCFHP có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc hoặc hoàn thành dịch vụ chăm sóc trong khoảng thời gian nhất định với PCP hiện tại của quý vị. Những sắp xếp đặc biệt này áp dụng cho bất kỳ tình trạng bệnh lý nào dưới đây:

- Tình trạng cấp tính;
- Tình trạng mạn tính nghiêm trọng;
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác;
- Trường hợp mang thai, bao gồm chăm sóc sau khi sinh; hoặc
- Căn bệnh giai đoạn cuối.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Quý vị phải cho SCFHP biết rằng quý vị muốn nhà cung cấp đó tiếp tục cung cấp và hoàn thành các dịch vụ. Nếu nhà cung cấp và SCFHP không thể nhất trí về khoản thanh toán hoặc các điều khoản khác về cung cấp dịch vụ chăm sóc thì SCFHP không phải chi trả cho những dịch vụ đó. Trong trường hợp này, nếu quý vị vẫn muốn sử dụng dịch vụ, quý vị sẽ có trách nhiệm chi trả cho nhà cung cấp.

Nếu quý vị phát hiện một trong số các nhà cung cấp của quý vị sắp rời khỏi chương trình của chúng tôi, vui lòng liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp mới và quản lý việc chăm sóc cho quý vị. Hãy gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

#### **D4. Cách nhận chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới**

Nếu các dịch vụ chuyên môn cần thiết về mặt y tế không có sẵn từ nhà cung cấp trong mạng lưới SCFHP Cal MediConnect, quý vị có thể nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. PCP của quý vị có trách nhiệm gửi yêu cầu này để được ủy quyền trước cho các dịch vụ ngoài mạng lưới.

Nếu quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp đó phải hội đủ điều kiện để tham gia vào Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Chúng tôi không thể thanh toán cho nhà cung cấp không hội đủ điều kiện tham gia vào Medicare và/hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị đến một nhà cung cấp không hội đủ điều kiện để tham gia vào Medicare, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ quý vị nhận được.
- Các nhà cung cấp phải cho quý vị biết liệu họ có hội đủ điều kiện để tham gia vào Medicare không.

---

### **E. Cách nhận các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS)**

Các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS) bao gồm Các Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS), Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP), và Cơ Sở Điều Dưỡng (NF). Các dịch vụ có thể diễn ra tại nhà, cộng đồng của quý vị hoặc tại một cơ sở. Các loại LTSS khác nhau được mô tả dưới đây:

- **Các Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS):**  
Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, các liệu pháp vận động và ngôn ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/nhân viên chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, đưa đón và các dịch vụ khác nếu quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện hiện hành.



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- **Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP):** Chương trình cụ thể của California cung cấp Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS) cho người già yếu có thể chứng nhận được ở trong một cơ sở điều dưỡng nhưng muốn ở lại cộng đồng.
  - Các cá nhân đủ điều kiện của Medi-Cal từ 65 tuổi trở lên mắc khuyết tật có thể đủ điều kiện tham gia chương trình này. Chương trình này là lựa chọn thay thế cho việc sắp xếp cơ sở điều dưỡng.
  - Các dịch vụ MSSP có thể bao gồm nhưng không giới hạn: Trung Tâm Chăm Sóc Ban Ngày Dành Cho Người Trưởng Thành/ Trung Tâm Hỗ Trợ, hỗ trợ nhà ở như thích nghi chỗ ở và thiết bị hỗ trợ, hỗ trợ việc vật và chăm sóc cá nhân, giám sát bảo vệ, quản lý chăm sóc, và các loại dịch vụ khác.
- **Cơ Sở Điều Dưỡng (NF):** Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể sống an toàn tại nhà nhưng không cần phải ở trong bệnh viện.

Nhân viên quản lý trường hợp của quý vị sẽ giúp quý vị tìm hiểu về mỗi chương trình. Để tìm hiểu thêm về bất kỳ chương trình nào trong các chương trình này, hãy liên hệ với Phòng Quản Lý Trường Hợp SCFHP Cal MediConnect, theo số 1-877-590-8999 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 phút sáng đến 5 giờ chiều.

---

## F. Cách nhận các dịch vụ sức khỏe hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và sử dụng chất gây nghiện)

Quý vị có quyền tiếp cận đến các dịch vụ sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế được đài thọ bởi Medicare và Medi-Cal. SCFHP Cal MediConnect cho phép tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được đài thọ bởi Medicare. Các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medi-Cal đài thọ không được cung cấp bởi SCFHP Cal MediConnect nhưng sẽ có sẵn cho các hội viên SCFHP Cal MediConnect đủ điều kiện thông qua Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara.

### F1. Dịch vụ sức khỏe hành vi nào của Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình SCFHP Cal MediConnect thông qua Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình sức khỏe tâm thần của quận (MHP) nếu quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn cần thiết về mặt y tế của các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp bởi Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara bao gồm:

- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần (đánh giá, trị liệu, phục hồi, bảng hệ và phát triển chương trình)

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Các dịch vụ hỗ trợ thuốc
- Điều trị tăng cường ban ngày
- Phục hồi chức năng ban ngày
- Can thiệp khủng hoảng
- Ổn định khủng hoảng
- Các dịch vụ điều trị tại nơi cư trú cho người trưởng thành
- Các dịch vụ điều trị khủng hoảng tại nơi cư trú
- Các dịch vụ của cơ sở sức khỏe tâm thần
- Các dịch vụ của bệnh viện tâm thần nội trú
- Quản lý ca bệnh mục tiêu

Các dịch vụ của Drug Medi-Cal có sẵn cho quý vị thông qua Sở Dịch Vụ về Rượu và Thuốc của Quận Santa Clara (Santa Clara County Department of Alcohol and Drug Services) nếu quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn cần thiết về mặt y tế của Drug Medi-Cal. Các dịch vụ của Drug Medi-Cal được cung cấp bởi Sở Dịch Vụ về Rượu và Thuốc của Quận Santa Clara bao gồm:

- Các dịch vụ điều trị ngoại trú tăng cường
- Các dịch vụ điều trị tại nơi cư trú
- Các dịch vụ ngoại trú không dùng thuốc
- Các dịch vụ điều trị ma túy
- Các dịch vụ điều trị naltrexone cho người bị phụ thuộc opioid

Bên cạnh các dịch vụ của Drug Medi-Cal được liệt kê bên trên, quý vị có thể tiếp cận các dịch vụ cai nghiện nội trú tự nguyện nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y tế.

Không cần có sự cho phép trước đối với các dịch vụ sức khỏe hành vi. Nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y tế đối với các dịch vụ sức khỏe hành vi chuyên khoa của Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Quận Santa Clara và/hoặc đối với các dịch vụ về thuốc của Medi-Cal với Sở Dịch Vụ Liên Quan Đến Đồ Uống Có Cồn và Chất Gây Nghiện của Quận Santa Clara, SCFHP Cal MediConnect sẽ liên kết và điều phối việc chăm sóc của quý vị với cơ quan phù hợp. Để trực tiếp liên hệ với Sở Dịch Vụ về Rượu và Thuốc của Quận Santa Clara (DADS), hãy gọi cho Cổng Kết Nối theo số 1-800-488-9919.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## G. Cách nhận các dịch vụ đưa đón

Dịch vụ đưa đón y tế không khẩn cấp (NEMT) yêu cầu phải hoàn thành một mẫu tuyên bố chứng nhận của bác sĩ (PCS) để xác định mức dịch vụ thích hợp. Mẫu này phải được hoàn thành bởi bác sĩ điều trị của quý vị trước khi sắp xếp hoặc cung cấp dịch vụ. NEMT phải được SCFHP Cal MediConnect phê duyệt trước và được sắp xếp ít nhất 5 ngày làm việc trước buổi hẹn thăm khám theo lịch của quý vị.

Dịch vụ đưa đón phi y tế (NMT) yêu cầu quý vị phải đưa ra chứng thực, có thể là trực tiếp, bằng phương thức điện tử hay qua điện thoại, rằng quý vị không có phương thức đưa đón nào khác. NMT phải được SCFHP Cal MediConnect phê duyệt trước và được sắp xếp ít nhất 3 ngày làm việc trước buổi hẹn khám theo lịch của quý vị.

Để sắp xếp NEMT hoặc NMT, hãy đăng nhập vào cổng thông tin hội viên mySCFHP hoặc gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

---

## H. Cách nhận các dịch vụ được đài thọ khi quý vị cần cấp cứu y tế hoặc có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc đang gặp một thảm họa

### H1. Nhận chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế

#### Định nghĩa về cấp cứu y tế

Cấp cứu y tế là một tình trạng bệnh lý với các triệu chứng như đau dữ dội hoặc thương tích nghiêm trọng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức thì quý vị hay bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế có thể dự đoán nó sẽ dẫn đến:

- Rủi ro nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc sức khỏe của đứa con chưa ra đời của quý vị; **hoặc**
- Nguy hại nghiêm trọng cho các chức năng của cơ thể; **hoặc**
- Rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp phụ nữ có thai đang chuyển dạ, khi:
  - không đủ thời gian để di chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh.
  - việc di chuyển tới một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Làm gì nếu quý vị cần cấp cứu y tế

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Hãy nhận trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc đi đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu cần. Quý vị **không** cần nhận được sự cho phép hoặc thư giới thiệu trước từ PCP của quý vị.
- **Đảm bảo rằng quý vị thông báo cho chương trình của chúng tôi biết về trường hợp cấp cứu của quý vị sớm nhất có thể.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc người khác nên gọi cho chúng tôi báo về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thông thường trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải thanh toán cho các dịch vụ khẩn cấp vì thông báo cho chúng tôi trễ. Hãy thông báo cho SCFHP về tình huống khẩn cấp của quý vị theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin liên hệ ở mặt sau Thẻ ID Hội Viên SCFHP Cal MediConnect của quý vị.

## Các dịch vụ được đài thọ khi cần cấp cứu y tế

Quý vị có thể được chăm sóc cấp cứu được đài thọ bất cứ khi nào quý vị cần, tại bất cứ đâu ở Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ. Nếu quý vị cần xe cứu thương để đến phòng cấp cứu, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho việc đó. Để tìm hiểu thêm, hãy xem Bảng Phúc Lợi ở Chương 4, Phần D, trang 80.

Sau khi tình trạng cấp cứu đã qua, quý vị có thể cần chăm sóc theo dõi để đảm bảo quý vị phục hồi tốt hơn. Việc chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chúng tôi đài thọ. Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng để các nhà cung cấp trong mạng lưới đảm nhiệm việc chăm sóc quý vị sớm nhất có thể.

## Nhận chăm sóc cấp cứu nếu đó không phải là trường hợp khẩn cấp

Đôi khi có thể khó biết nếu quý vị có trường hợp khẩn cấp về sức khỏe hoặc hành vi y tế. Quý vị có thể đi chăm sóc cấp cứu và nhờ bác sĩ nói rằng đó không phải là trường hợp khẩn cấp. Miễn là quý vị có lý do để nghĩ rằng sức khỏe của quý vị đang bị đe dọa nghiêm trọng, chúng tôi sẽ đài thọ cho việc chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ nói đó không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ đài thọ cho việc chăm sóc bổ sung của quý vị chỉ khi:

- Quý vị tới gặp một nhà cung cấp trong mạng lưới, **hoặc**
- Việc chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được xem là “chăm sóc cần thiết khẩn cấp” và quý vị tuân theo các quy định để nhận sự chăm sóc này. (Xem phần tiếp theo.)



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## H2. Chăm sóc cần thiết khẩn cấp

### Định nghĩa về chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp là chăm sóc mà quý vị nhận được trong trường hợp ốm, bị thương hoặc bệnh lý bất ngờ không phải cấp cứu nhưng cần chăm sóc ngay. Ví dụ như quý vị có thể khởi phát cơn bệnh hiện tại và cần phải điều trị.

### Nhận chăm sóc cần thiết khẩn cấp khi quý vị đang ở khu vực dịch vụ của chương trình

Trong hầu hết các tình huống, chúng tôi sẽ đòi hỏi cho việc chăm sóc cần thiết khẩn cấp chỉ khi:

- Quý vị nhận được sự chăm sóc này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, và
- Quý vị tuân theo các quy định khác được mô tả trong chương này.

Tuy nhiên, nếu quý vị không thể đến một nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ đòi hỏi cho việc chăm sóc khẩn cấp mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Nếu quý vị nghĩ rằng mình có vấn đề y tế khẩn cấp, hãy gọi cho Đường Dây Y Tá Tư Vấn theo số 1-844-803-6962 (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Y Tá Tư Vấn có thể cho quý vị biết cách thức và nơi nhận chăm sóc.

### Nhận chăm sóc cần thiết khẩn cấp khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình

Khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ, quý vị không thể nhận chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi sẽ đòi hỏi cho việc chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận từ bất kỳ nhà cung cấp nào.

Chương trình của chúng tôi không đòi hỏi cho việc chăm sóc cần thiết khẩn cấp hoặc bất kỳ chăm sóc nào khác mà quý vị nhận ở ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

## H3. Chăm sóc trong thảm họa

Nếu Thống Đốc của tiểu bang, Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (U.S Secretary of Health and Human Services) hoặc Tổng Thống Hoa Kỳ thông báo rằng khu vực địa lý của quý vị đang ở vào tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp, quý vị vẫn nhận được chăm sóc từ SCFHP Cal MediConnect.

Vui lòng truy cập trang web của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết trong một thảm họa đã được thông báo: [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Trong thời gian thảm họa được công bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoàn toàn miễn phí. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong thời gian thảm họa được công bố, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5, Phần A, trang 124 để biết thêm thông tin.

---

## I. Phải làm gì nếu quý vị được lập hoá đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ

Nếu một nhà cung cấp gửi hóa đơn cho quý vị thay vì gửi hóa đơn đó đến chương trình, quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho hóa đơn đó.

**Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn. Nếu quý vị làm như vậy, chương trình có thể không thanh toán lại cho quý vị.**

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế được đài thọ, hãy xem Chương 7, trang 153 để tìm hiểu những việc cần làm.

### I1. Phải làm gì nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ

SCFHP Cal MediConnect đài thọ tất cả các dịch vụ:

- Điều đó được xác định cần thiết về mặt y tế, và
- Được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi của chương trình (xem Chương 4, Phần D, bắt đầu từ trang 69), và
- Quý vị nhận dịch vụ đó theo các quy định sau của chương trình.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình đài thọ, **quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí.**

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có thanh toán cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc việc chăm sóc nào không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền yêu cầu bằng cách gửi thư. Nếu chúng tôi nói chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Chương 9, trang 173 giải thích những việc cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Phần này cũng cho quý vị biết cách kháng nghị quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Quý vị cũng có thể gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng để tìm hiểu thêm về các quyền kháng nghị của quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Chúng tôi sẽ thanh toán cho một số dịch vụ lên đến giới hạn nhất định. Nếu quý vị vượt quá giới hạn đó, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí để nhận nhiều hơn cho loại dịch vụ đó. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng để tìm hiểu về các giới hạn đó và quý vị đang đến gần giới hạn đó đến mức nào.

---

## **J. Bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị đang tham gia nghiên cứu lâm sàng**

### **J1. Định nghĩa về nghiên cứu lâm sàng**

Nghiên cứu lâm sàng (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng) là một cách các bác sĩ thử nghiệm các loại chăm sóc sức khỏe hoặc các loại thuốc mới. Họ yêu cầu các tình nguyện viên giúp đỡ họ thực hiện nghiên cứu. Loại nghiên cứu này giúp các bác sĩ quyết định xem loại chăm sóc sức khỏe hoặc loại thuốc mới có tác dụng không và có an toàn hay không.

Khi Medicare cho phép nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia, một người trong nghiên cứu này sẽ liên hệ với quý vị. Người đó sẽ cho quý vị biết về nghiên cứu đó và xem quý vị có hội đủ điều kiện để tham gia hay không. Quý vị có thể tham gia vào nghiên cứu nếu quý vị đáp ứng các điều kiện bắt buộc. Quý vị cũng phải hiểu và chấp nhận những gì quý vị phải làm cho nghiên cứu đó.

Khi quý vị tham gia vào nghiên cứu, quý vị có thể vẫn được ghi danh trong chương trình của chúng tôi. Bằng cách đó quý vị vẫn tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc từ chương trình của chúng tôi mà không liên quan đến nghiên cứu.

Nếu quý vị muốn tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng được Medicare cho phép, quý vị *không* cần phải được chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị cho phép. Các nhà cung cấp chăm sóc quý vị là một phần của nghiên cứu *không* cần phải là nhà cung cấp trong mạng lưới.

### **Quý vị cần cho chúng tôi biết trước khi quý vị bắt đầu tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng.**

Nếu quý vị dự định tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, quý vị hoặc nhân viên điều phối chăm sóc của quý vị nên liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng để báo cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia một thử nghiệm lâm sàng.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



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

Nếu quý vị tình nguyện tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, quý vị sẽ không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ trong nghiên cứu và Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ trong nghiên cứu cũng như các chi phí thông thường liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Khi quý vị tham gia vào nghiên cứu lâm sàng được Medicare cho phép, quý vị được đài thọ cho hầu hết các vật dụng và dịch vụ mà quý vị nhận như một phần của nghiên cứu. Khoản đài thọ này bao gồm:

- Dịch vụ ăn ở khi nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia vào nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y khoa khác là một phần của cuộc nghiên cứu đó.
- Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng của biện pháp chăm sóc mới.

Nếu quý vị là một phần của nghiên cứu mà Medicare **không chấp thuận**, quý vị sẽ phải thanh toán bất kỳ chi phí nào để tham gia trong nghiên cứu đó.

## J3. Tìm hiểu thêm về nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia một nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc “Medicare & Các Nghiên Cứu Lâm Sàng” trên trang web của Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

---

## K. Cách đài thọ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị được chăm sóc tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế

### K1. Định nghĩa về tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế

Cơ quan chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị thường nhận được trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu nhận chăm sóc trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn là trái với tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ việc chăm sóc tại cơ quan chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế.

Quý vị có thể lựa chọn để được chăm sóc sức khỏe vào bất kỳ lúc nào vì bất cứ lý do gì. Phúc lợi này chỉ dành cho các dịch vụ nội trú Medicare Phần A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không thuộc y tế). Medicare sẽ chỉ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không thuộc y tế được cung cấp bởi các cơ quan chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế.



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## K2. Nhận sự chăm sóc từ một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế

Để được chăm sóc từ cơ quan chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý cho biết quý vị phản đối việc nhận điều trị y tế thuộc diện “không được áp dụng ngoại lệ.”

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

Để được chương trình của chúng tôi đài thọ, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ một cơ quan chăm sóc sức khỏe tôn giáo không thuộc y tế phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc đó phải được chứng nhận bởi Medicare.
- Chương trình của chúng tôi giới hạn đài thọ các dịch vụ đối với các lĩnh vực chăm sóc phi tôn giáo.
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ từ cơ quan này mà các dịch vụ đó được cung cấp cho quý vị trong một cơ sở, các điều kiện sau áp dụng:
  - Quý vị phải có tình trạng bệnh lý cho phép quý vị được nhận các dịch vụ được đài thọ để được chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
  - Quý vị phải được phê duyệt từ chúng tôi trước khi quý vị được nhận vào cơ sở, nếu không việc lưu trú của quý vị sẽ không được đài thọ.

Áp dụng giới hạn đài thọ cho Bệnh Viện Nội Trú Medicare. Hãy xem Bảng Phúc Lợi ở Chương 4, Phần D, bắt đầu từ trang 69.

---

## L. Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME)

### L1. DME hội viên trong chương trình của chúng tôi

DME tức là các vật dụng nhất định được một nhà cung cấp chỉ định để sử dụng tại nhà riêng của quý vị. Ví dụ về các vật dụng như xe lăn, nạng, hệ thống đệm tự động, đồ dùng điều trị tiểu đường, giường bệnh viện theo chỉ định của một nhà cung cấp để dùng tại nhà, bơm truyền dịch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và đồ dùng cung cấp oxy, máy khí dung và khung tập đi.

Quý vị sẽ luôn sở hữu một số vật dụng nhất định, ví dụ như chân tay giả.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Trong phần này, chúng tôi sẽ thảo luận về DME mà quý vị phải thuê. Là hội viên SCFHP Cal MediConnect, quý vị thường sẽ không sở hữu DME, bất kể quý vị thuê thiết bị đó trong bao lâu.

Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu thiết bị DME cho quý vị. Điều này sẽ được xác định tại thời điểm cho phép và căn cứ vào việc có cần thiết về mặt y tế hay không khi sở hữu DME. Trong một số trường hợp, chẳng hạn như xe lăn hoặc thanh nẹp tùy chỉnh, SCFHP Cal MediConnect sẽ chuyển giao quyền sở hữu vật dụng DME. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng để tìm hiểu về các yêu cầu quý vị phải đáp ứng và các giấy tờ quý vị cần cung cấp.

## **L2. Sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage**

Trong chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME nhất định sở hữu nó sau 13 tháng. Trong chương trình Medicare Advantage, chương trình có thể thiết lập số tháng mà mọi người phải thuê một số loại DME nhất định trước khi họ sở hữu nó.

**Lưu ý:** Quý vị có thể tìm thấy các định nghĩa về Chương trình Original Medicare và Medicare Advantage trong Chương 12. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin về chúng trong *Sổ Tay Medicare & Quý Vị 2021/2020*. Nếu quý vị chưa có bản sao của sổ tay này, quý vị có thể yêu cầu tại trang web Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp theo Original Medicare, hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số lần thanh toán liên tiếp theo chương trình Medicare Advantage, để sở hữu DME nếu:

- Quý vị không trở thành chủ sở hữu DME khi đang tham gia chương trình của chúng tôi, **và**
- Quý vị rời chương trình của chúng tôi và nhận phúc lợi Medicare bên ngoài bất kỳ chương trình sức khỏe nào trong chương trình Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

Nếu quý vị đã thanh toán cho DME theo chương trình Original Medicare hoặc Medicare Advantage trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, **các khoản thanh toán Original Medicare hoặc Medicare Advantage đó không được tính vào khoản thanh toán mà quý vị cần thực hiện sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi.**

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare hoặc một số khoản thanh toán mới liên tiếp được thiết lập bởi chương trình Medicare Advantage để sở hữu DME.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Không có ngoại lệ đối với trường hợp này khi quý vị quay lại chương trình Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

### **L3. Các phúc lợi về thiết bị cung cấp oxy với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi**

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận thiết bị cung cấp oxy được Medicare đài thọ và quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ đài thọ những mục sau:

- Thuê thiết bị cung cấp oxy
- Cấp oxy và các thành phần của oxy
- Ống và các phụ kiện liên quan đến việc cấp oxy và các thành phần của oxy
- Bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị cung cấp oxy

Thiết bị cung cấp oxy phải được trả lại cho chủ sở hữu khi không còn cần thiết về mặt y tế cho quý vị nữa hoặc nếu quý vị rời khỏi chương trình.

### **L4. Thiết bị cung cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage**

Khi thiết bị cung cấp oxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình và chuyển sang Original Medicare**, quý vị sẽ phải thuê nó từ một nhà cung cấp trong 36 tháng. Khoản thanh toán tiền thuê hàng tháng bao gồm thiết bị cung cấp oxy cũng như các vật tư và dịch vụ liệt kê bên trên.

Nếu thiết bị cung cấp oxy là cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị đã thuê nó trong 36 tháng**:

- nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị cung cấp oxy, vật tư và các dịch vụ trong 24 tháng tiếp theo.
- nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị cung cấp oxy, vật tư tối đa 5 năm nếu cần thiết về mặt y tế.

Nếu thiết bị cung cấp oxy vẫn cần thiết về mặt y tế **khi kết thúc giai đoạn 5 năm**:

- nhà cung cấp của quý vị không còn phải cung cấp nó và quý vị có thể chọn nhận thiết bị khác từ bất kỳ nhà cung cấp nào.
- giai đoạn 5 năm mới lại bắt đầu.
- quý vị sẽ thuê từ nhà cung cấp trong 36 tháng.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- nhà cung cấp của quý vị khi đó phải cung cấp thiết bị cung cấp oxy, vật tư và các dịch vụ trong 24 tháng tiếp theo.
- chu kỳ mới bắt đầu mỗi 5 năm miễn là thiết bị cung cấp oxy vẫn cần thiết về mặt y tế.

Khi thiết bị cung cấp oxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình và chuyển sang chương trình Medicare Advantage**, chương trình sẽ đài thọ ít nhất những gì Original Medicare đài thọ. Quý vị cũng có thể hỏi chương trình Medicare Advantage về những thiết bị cung cấp oxy và vật tư nào chương trình đài thọ và chi phí của quý vị là như thế nào.



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Chương 4: Bảng Phúc Lợi

---

### Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ được SCFHP Cal MediConnect đài thọ và bất kỳ hạn chế hoặc giới hạn nào đối với các dịch vụ đó. Nó cũng cho quý vị biết về các phúc lợi không được đài thọ theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### Mục Lục

A. Các dịch vụ được đài thọ của quý vị.....	67
B. Các quy tắc đối với nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị .....	67
C. Bảng Phúc Lợi trong chương trình của chúng tôi .....	67
D. Bảng Phúc Lợi .....	69
E. Các phúc lợi được đài thọ bên ngoài SCFHP Cal MediConnect .....	116
E1. Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT) .....	116
E2. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal.....	117
E3. Chăm Sóc Cuối Đời.....	118
F. Các phúc lợi không được đài thọ bởi SCFHP Cal MediConnect, Medicare, hoặc Medi-Cal.....	119

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Các dịch vụ được đài thọ của quý vị

Chương này cho quý vị biết các dịch vụ được SCFHP Cal MediConnect thanh toán. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được đài thọ. Thông tin về các phúc lợi thuốc có ở Chương 5, trang 121. Chương này cũng giải thích các giới hạn trên một số dịch vụ.

Vì quý vị nhận hỗ trợ từ Medi-Cal nên quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ của mình miễn là quý vị tuân theo các quy định của chương trình. Hãy xem Chương 3, Phần B, trang 46 để biết chi tiết về các quy định của chương trình.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu những dịch vụ nào được đài thọ, hãy gọi điện cho Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

---

## B. Các quy tắc đối với nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp SCFHP Cal MediConnect lập hóa đơn các dịch vụ được đài thọ cho quý vị. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi bất kỳ khoản phí nào. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn khoản phí nhà cung cấp tính cho dịch vụ.

**Quý vị sẽ không nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho các dịch vụ được đài thọ.** Nếu quý vị nhận được hóa đơn, hãy xem Chương 7, Phần A, trang 153 hoặc gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng.

---

## C. Bảng Phúc Lợi trong chương trình của chúng tôi

Bảng Phúc Lợi cho quý vị biết các dịch vụ mà chương trình thanh toán. Bảng này liệt kê các danh mục dịch vụ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích các dịch vụ được đài thọ.

**Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi chỉ khi các quy định sau được đáp ứng.** Quý vị không phải trả bất kỳ thứ gì cho dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu đài thọ được mô tả dưới đây.

- Các dịch vụ của quý vị được Medicare và Medi-Cal đài thọ phải được cung cấp theo các quy định do Medicare và Medi-Cal đề ra.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Các dịch vụ (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, sức khỏe tâm thần và sử dụng dược chất, dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, đồ dùng, thiết bị và thuốc) phải cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là quý vị cần các dịch vụ để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh lý hay để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của mình. Điều này bao gồm sự chăm sóc giữ cho quý vị không phải vào bệnh viện hay dưỡng đường. Điều này cũng có nghĩa là các dịch vụ, đồ dùng, hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong hành nghề y khoa. Một dịch vụ được xem là cần thiết về mặt y tế khi nó hợp lý và cần thiết để bảo vệ sự sống, ngăn ngừa bệnh tật nghiêm trọng hoặc khuyết tật đáng kể, hoặc làm dịu cơn đau dữ dội.
- Quý vị được sự chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ thanh toán cho sự chăm sóc mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương 3, Phần D, trang 49 có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) hoặc một nhóm chăm sóc để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận trước khi quý vị có thể gặp một người không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Đây được gọi là thư giới thiệu. Chương 3, Phần B, trang 51 có thêm thông tin về việc nhận thư giới thiệu và giải thích khi nào quý vị không cần thư giới thiệu.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi được đòi hỏi chỉ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được phê duyệt trước từ chúng tôi. Điều này được gọi là sự cho phép trước. Các dịch vụ được đòi hỏi cần sự cho phép trước tiên được đánh dấu trong Bảng Phúc Lợi bằng chú thích. Ngoài ra, trước tiên quý vị phải nhận được sự cho phép trước đối với các dịch vụ không được liệt kê trong bảng phúc lợi sau đây:
  - Kem và bím cho chứng đại tiện không tự chủ,
  - Phẫu thuật căng da bụng,
  - Thủ thuật nhi khoa,
  - Sửa mí mắt,
  - Thu gọn ngực và nâng ngực,
  - Cấy ốc tai,
  - Phẫu thuật nha khoa,
  - Các thủ thuật với bệnh ngoài da (điều trị bằng laser, tiêm da và cấy da),
  - Các thủ thuật/dịch vụ thực nghiệm/nghiên cứu và công nghệ mới,
  - Phẫu thuật mũi và xoang,
  - Nâng mũi,
  - Phẫu thuật để sửa độ cong của vách ngăn mũi,


---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Kích thích thần kinh và tủy sống,
  - Các thủ thuật chỉnh hình răng hô móm (bao gồm điều trị TMJ),
  - Thủ thuật cắt bỏ lớp da thừa,
  - Các thủ thuật tái tạo phẫu thuật chỉnh hình,
  - Phẫu thuật cột sống,
  - Xạ phẫu và xạ trị lập thể định vị thân
  - Phẫu thuật điều trị hội chứng ngưng thở lúc ngủ,
  - Điều trị giãn tĩnh mạch,
  - Dịch vụ phục hồi tim và phổi,
  - Tư vấn và xét nghiệm gen,
  - Liệu pháp oxy cao áp,
  - Các dịch vụ liên quan tới cấy ghép (trừ cấy ghép võng mạc) trước khi đánh giá,
  - Dịch vụ chuyển giới.
- Tất cả dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quý vị sẽ nhìn thấy hình quả táo này 🍏 bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Phúc Lợi.
  - Dịch Vụ Tùy Chọn Chương Trình Chăm Sóc (CPO) có thể có sẵn trong Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân của quý vị. Những dịch vụ này sẽ trợ giúp quý vị nhiều hơn tại nhà, như chuẩn bị bữa ăn, giúp đỡ quý vị hoặc người chăm sóc của quý vị, hoặc lắp đặt tay vịn và bệ nhà tắm. Các dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn nhưng sẽ **không** thay thế được các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) mà quý vị có quyền nhận theo chương trình Medi-Cal. Ví dụ về các dịch vụ CPO mà SCFHP Cal MediConnect đã cung cấp trước đây bao gồm: chăm sóc cá nhân tạm thời và loại bỏ ký sinh vật gây hại. Nếu quý vị cần sự trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu cách dịch vụ CPO có thể giúp quý vị, hãy liên hệ với nhân viên quản lý trường hợp của quý vị.

## D. Bảng Phúc Lợi

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
 <b>Sàng lọc phình động mạch chủ vùng bụng</b> Chúng tôi sẽ thanh toán cho siêu âm một lần cho những người có nguy cơ. Chương trình chỉ đòi hỏi cho sàng lọc này nếu quý vị có những yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị có thư giới thiệu của bác sĩ hoặc trợ lý bác sĩ, chuyên viên y tá hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng.	\$0





**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Châm cứu</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán tối đa 2 dịch vụ ngoại trú mỗi tháng trong bất kỳ một năm dương lịch nào hoặc thường xuyên hơn, nếu điều đó là cần thiết về mặt y tế.</p> <p>Không bồi hoàn được khi được lập hóa đơn như một dịch vụ khẩn cấp hoặc dịch vụ nội trú. Phải được dùng để điều trị một tình trạng cũng được đài thọ bởi các phương thức khác. Được đài thọ khi được cung cấp bởi bác sĩ, nha sĩ, chuyên gia chữa trị các bệnh về chân và chuyên gia châm cứu.</p> <p>Đây là một lựa chọn thay thế liệu pháp giảm đau không sử dụng opioid.</p> <p>Chúng tôi cũng sẽ thanh toán tối đa 12 buổi trị liệu châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mãn tính, được định nghĩa là:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kéo dài từ 12 tuần trở lên;</li> <li>• không đặc trưng (không có nguyên nhân toàn thân có thể xác định được, như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hoặc nhiễm trùng);</li> <li>• không gắn với phẫu thuật; và</li> <li>• không liên quan đến mang thai.</li> </ul> <p>Ngoài ra, chúng tôi sẽ thanh toán thêm 8 buổi trị liệu châm cứu chữa đau thắt lưng mãn tính nếu quý vị có thấy cho sự cải thiện cơn đau. Quý vị không thể nhận được nhiều hơn 20 buổi trị liệu châm cứu cho chứng đau thắt lưng mãn tính mỗi năm.</p> <p>Phải ngừng châm cứu điều trị đau thắt lưng mãn tính nếu cơn đau của quý vị không thuyên giảm hoặc trở nên tồi tệ hơn.</p> <p><b>Lưu ý: Phụ nữ mang thai hoặc những thành viên đang sống trong cơ sở điều dưỡng có thể cần phải có sự cho phép trước nếu cần sử dụng nhiều hơn 2 dịch vụ mỗi tháng.</b></p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).







Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Sàng lọc và tư vấn về lạm dụng đồ uống có cồn</b></p> <p>Chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho một lần khám sàng lọc lạm dụng đồ uống có cồn (SBIRT) cho người trưởng thành lạm dụng đồ uống có cồn nhưng không bị phụ thuộc vào đồ uống có cồn. Bao gồm cả phụ nữ có thai.</p> <p>Nếu quý vị có kết quả sàng lọc dương tính về lạm dụng đồ uống có cồn, quý vị có thể nhận đến bốn lần tư vấn trực tiếp, ngắn gọn mỗi năm (nếu quý vị có đủ năng lực và tỉnh táo trong cuộc tư vấn) với một chuyên viên hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính đủ điều kiện tại cơ sở chăm sóc chính.</p>	\$0
<p><b>Dịch vụ cứu thương</b></p> <p>Dịch vụ cứu thương được đài thọ bao gồm các dịch vụ xe, máy bay và trực thăng cấp cứu. Phương tiện cứu thương sẽ đưa quý vị đến nơi gần nhất có thể chăm sóc quý vị.</p> <p>Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà các cách khác để đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể đe dọa đến tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. Các dịch vụ cứu thương cho các trường hợp khác phải được chúng tôi phê duyệt.</p> <p>Trong trường hợp không khẩn cấp, chúng tôi có thể thanh toán cho xe cấp cứu. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng mà các cách khác để đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể đe dọa đến tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị.</p>	\$0
<p> <b>Khám sức khỏe hàng năm</b></p> <p>Quý vị có thể được khám sức khỏe tổng quát hàng năm. Việc này để xây dựng hoặc cập nhật chương trình phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ này 12 tháng một lần.</p>	\$0






**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Đo khối lượng xương</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho một số thủ thuật nhất định cho các hội viên hội đủ điều kiện (thường là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc nguy cơ loãng xương). Các thủ thuật này sẽ xác định khối lượng xương, phát hiện mất xương hoặc tìm hiểu chất lượng xương.</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ này 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho bác sĩ đọc và nhận xét kết quả.</p>	\$0
<p> <b>Sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú)</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một lần chụp quang tuyến vú cho một người trong độ tuổi từ 35 đến 39</li> <li>• Một lần chụp quang tuyến vú tầm soát 12 tháng một lần cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên</li> <li>• Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần</li> </ul>	\$0
<p><b>Các dịch vụ phục hồi chức năng tim</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim ví dụ như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Các hội viên phải đáp ứng các điều kiện nhất định với yêu cầu của bác sĩ.</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ các chương trình phục hồi chức năng tim tăng cường, chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	\$0


**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Thăm khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (liệu pháp cho bệnh tim)</b></p> <p>Chúng tôi thanh toán cho một lần thăm khám mỗi năm, hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế, với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để giúp quý vị giảm nguy cơ mắc bệnh tim. Trong các lần thăm khám, bác sĩ của quý vị có thể:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thảo luận về việc sử dụng thuốc aspirin,</li> <li>• Kiểm tra huyết áp của quý vị, <b>và/hoặc</b></li> <li>• Cho quý vị lời khuyên để đảm bảo quý vị ăn uống tốt.</li> </ul>	\$0
<p> <b>Khám kiểm tra bệnh tim mạch</b></p> <p>Chúng tôi có thể thanh toán cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch năm năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các dị tật do nguy cơ mắc bệnh tim cao.</p>	\$0
<p> <b>Sàng lọc ung thư cổ tử cung và ung thư âm đạo</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đối với tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám xương chậu 24 tháng một lần</li> <li>• Đối với phụ nữ có nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần</li> <li>• Đối với phụ nữ đã có xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm qua và đang ở độ tuổi sinh mang thai: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần</li> <li>• Đối với phụ nữ từ 30-65 tuổi, xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) hoặc xét nghiệm Pap và HPV 5 năm một lần</li> </ul>	\$0




**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Dịch vụ điều trị bằng phương pháp nắn khớp xương</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Điều chỉnh cột sống về vị trí chính xác (khi kèm theo trật khớp nhẹ có tài liệu chứng minh)</li> <li>• Tối đa 2 dịch vụ nắn khớp xương ngoại trú mỗi tháng bất kỳ trong một năm dương lịch hoặc thường xuyên hơn, nếu điều đó là cần thiết về mặt y tế.</li> <li>• Lưu ý: Có thể cần phải có sự cho phép trước nếu cần sử dụng nhiều hơn 2 dịch vụ mỗi tháng.</li> </ul> <p>Đây là một lựa chọn thay thế liệu pháp giảm đau không sử dụng opioid.</p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Sàng lọc ung thư ruột kết và trực tràng</b></p> <p>Dành cho người từ 50 tuổi trở lên (và 50 tuổi trở xuống nếu có tiền sử gia đình vững), chúng tôi sẽ chi trả cho những dịch vụ này:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soi kết tràng xích-ma bằng ống mềm (hoặc thực bari sàng lọc) 48 tháng một lần</li> <li>• Xét nghiệm máu trong phân 12 tháng một lần</li> <li>• Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân qua chất nhựa Guaiac <i>hoặc</i> xét nghiệm phân bằng hoá chất miễn dịch, mỗi 12 tháng</li> <li>• Dò tìm trực kết tràng qua DNA, mỗi 3 năm</li> <li>• Khám nghiệm ruột kết mười năm một lần (nhưng không phải trong vòng 48 tháng kể từ khi soi kết tràng xích-ma tầm soát)</li> <li>• Khám nghiệm ruột kết (hoặc thực bari sàng lọc) cho những người có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư trực kết tràng 24 tháng một lần</li> </ul>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Các Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS)</b></p> <p>CBAS là chương trình dịch vụ tại cơ sở ngoại trú, nơi mọi người tham gia theo một lịch trình. Chương trình này cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, các liệu pháp (bao gồm trị liệu vận động, vật lý trị liệu và liệu pháp ngôn ngữ), chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/nhân viên chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, đưa đón và các dịch vụ khác. Chúng tôi sẽ thanh toán cho CBAS nếu quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện.</p> <p><b>Lưu ý:</b> Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp riêng những dịch vụ này.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Tư vấn dừng hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá</b></p> <p>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, không có dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh liên quan đến thuốc lá, và muốn hoặc cần bỏ thuốc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai lần cố gắng bỏ thuốc trong khoảng thời gian 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa. Dịch vụ này được cung cấp miễn phí cho quý vị. Mỗi lần cố gắng bỏ thuốc bao gồm đến bốn buổi thăm khám tư vấn trực tiếp.</li> </ul> <p>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang uống thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai lần tư vấn bỏ thuốc trong khoảng thời gian 12 tháng. Mỗi lần tư vấn bao gồm đến bốn buổi gặp trực tiếp.</li> </ul> <p>Nếu quý vị đang mang thai, quý vị có thể được tư vấn ngừng hút thuốc không hạn chế.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>




**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Các dịch vụ nha khoa</b></p> <p>Một số dịch vụ nha khoa nhất định, bao gồm vệ sinh răng miệng, trám răng và làm răng giả hoàn toàn luôn có sẵn trong Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal. Hãy xem Phần E, trang 117 để biết thêm thông tin.</p>	\$0
<p> <b>Sàng lọc trầm cảm</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần khám sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Việc khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp điều trị theo dõi và các thư giới thiệu.</p>	\$0
<p> <b>Sàng lọc tiểu đường</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc khám sàng lọc này (bao gồm các xét nghiệm mức đường glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cao huyết áp (tăng huyết áp)</li> <li>• Tiền sử mức cholesterol và chất béo trung tính triglycerid bất thường (rối loạn mỡ máu)</li> <li>• Béo phì</li> <li>• Tiền sử đường huyết cao (đường glucose)</li> </ul> <p>Các xét nghiệm có thể được đòi hỏi trong một số trường hợp khác, chẳng hạn như nếu quý vị đang thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.</p> <p>Tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm, quý vị có thể hội đủ điều kiện được tối đa hai lần khám sàng lọc tiểu đường 12 tháng một lần.</p>	\$0

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Đào tạo, các dịch vụ, và đồ dùng để tự kiểm soát tiểu đường</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (dù họ có sử dụng insulin hay không):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đồ dùng để theo dõi đường glucose trong máu của quý vị, bao gồm những đồ dùng sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thiết bị theo dõi glucose trong máu</li> <li>○ Que thử glucose trong máu</li> <li>○ Các thiết bị chích và dao chích</li> <li>○ Các giải pháp kiểm soát glucose để kiểm tra độ chính xác của các que thử và thiết bị theo dõi</li> </ul> </li> <li>• Đối với những người bị tiểu đường mắc bệnh nghiêm trọng về chân liên quan đến tiểu đường, chúng tôi sẽ thanh toán cho những đồ dùng sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Một đôi giày trị liệu được đúc riêng cho trị liệu (bao gồm các miếng lót), bao gồm dụng cụ lắp ráp và hai đôi miếng lót bổ sung cho mỗi năm theo lịch, <b>hoặc</b></li> <li>○ Một đôi giày sâu, bao gồm dụng cụ lắp ráp, và ba đôi lót mỗi năm (không bao gồm các tấm lót có thể tháo rời không được đúc riêng được cung cấp cùng với những đôi giày đó)</li> </ul> </li> <li>• Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ thanh toán cho việc đào tạo để giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình. Để tìm hiểu thêm, hãy liên lạc với Dịch Vụ Khách Hàng.</li> </ul> <p>Hãy xem trang 62 để biết thêm thông tin về thiết bị y tế lâu bền (DME) và các đồ dùng có liên quan.</p> <p><b>Lưu ý: Sự cho phép trước có thể được yêu cầu đối với các vật dụng hoặc mục hàng DME.</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Thiết bị y tế lâu dài (DME) và vật dụng liên quan</b> (Để biết định nghĩa về “Thiết bị y tế lâu bền (DME),” xem Chương 12, trang 268 trong sổ tay này).</p> <p>Các vật dụng sau được đài thọ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xe lăn</li> <li>• Nạng</li> <li>• Hệ thống đệm tự động</li> <li>• Tẩm nén khô cho nệm</li> <li>• Đồ dùng điều trị tiểu đường</li> <li>• Giường bệnh viện theo chỉ định của nhà cung cấp để dùng tại nhà</li> <li>• Bơm tiêm tĩnh mạch (IV) và cục tử</li> <li>• Máy truyền dinh dưỡng qua đường ruột và các vật tư</li> <li>• Thiết bị phát ra lời nói</li> <li>• Thiết bị và vật tư cung cấp oxy</li> <li>• Máy khí dung</li> <li>• Khung tập đi</li> <li>• Tay cầm cong hoặc gậy bốn chân tiêu chuẩn và các vật tư thay thế</li> <li>• Thiết bị kéo cổ tử cung (qua cửa)</li> <li>• Thiết bị kích thích hệ xương</li> <li>• Thiết bị chăm sóc bệnh nhân lọc máu</li> </ul> <p>Các vật dụng khác có thể được đài thọ.</p> <p><b>Hãy xem tiếp phúc lợi này ở trang tiếp theo</b></p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật dụng liên quan (tiếp)</b></p> <p>Với Sổ Tay Hội Viên này, chúng tôi đã gửi cho quý vị Danh Sách DME của SCFHP. Danh sách này cho quý vị biết các nhãn hàng và nhà sản xuất của DME mà chúng tôi sẽ thanh toán. Danh sách mới nhất về các nhãn hàng, nhà sản xuất và vật liệu này hiện có trên trang web của chúng tôi tại <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>.</p> <p>Nói chung, SCFHP đòi hỏi cho bất kỳ DME nào được Medicare và Medi-Cal đòi hỏi từ các nhãn hàng và nhà sản xuất có trong danh sách này. Chúng tôi sẽ không đòi hỏi cho những nhãn hàng và nhà sản xuất khác trừ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác cho chúng tôi biết quý vị cần nhãn hàng đó. Tuy nhiên, nếu quý vị là hội viên mới của SCFHP Cal MediConnect và đang sử dụng nhãn hàng DME không có trong danh sách của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục thanh toán cho nhãn hàng này trong tối đa 90 ngày. Trong thời gian này, quý vị nên trao đổi với bác sĩ của mình để quyết định nhãn hàng nào là phù hợp với quý vị về mặt y tế sau khoảng thời gian 90 ngày đó. (Nếu quý vị không đồng ý với bác sĩ của mình, quý vị có thể yêu cầu bác sĩ đưa ra ý kiến thứ hai).</p> <p>Nếu quý vị (hoặc bác sĩ của quý vị) không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chương trình, thì quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của bác sĩ về sản phẩm hoặc nhãn hàng phù hợp với tình trạng bệnh lý của quý vị. (Để biết thêm thông tin về kháng nghị, hãy xem Chương 9, Phần D, trang 179.)</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước đối với DME.</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b></p> <p>Chăm sóc cấp cứu nghĩa là các dịch vụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Được cung cấp bởi một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, <b>và</b></li> <li>• Cần được điều trị cấp cứu y tế.</li> </ul> <p>Cấp cứu y tế là một tình trạng bệnh lý có cơn đau dữ dội hoặc thương tích nghiêm trọng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức thì bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế có thể dự đoán nó sẽ dẫn đến:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rủi ro nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc sức khỏe của đứa con chưa ra đời của quý vị; <b>hoặc</b></li> <li>• Nguy hại nghiêm trọng cho các chức năng của cơ thể; <b>hoặc</b></li> <li>• Rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể; <b>hoặc</b></li> <li>• Trong trường hợp phụ nữ có thai đang chuyển dạ, khi: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Không đủ thời gian để di chuyển quý vị an toàn đến một bệnh viện khác trước khi sinh.</li> <li>○ Việc di chuyển tới một bệnh viện khác có thể đe dọa đến sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi.</li> </ul> </li> </ul> <p>Chăm sóc khẩn cấp/cấp cứu không được đài thọ ở ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải trở về một bệnh viện trong mạng lưới để việc chăm sóc quý vị tiếp tục được thanh toán. Quý vị có thể nằm viện tại bệnh viện ngoài mạng lưới này để được chăm sóc nội trú chỉ khi chương trình phê duyệt việc lưu trú của quý vị.</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình</b></p> <p>Luật pháp cho phép quý vị lựa chọn bất kỳ nhà cung cấp nào thực hiện một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nhất định. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc phòng khám kế hoạch hóa gia đình nào.</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khám về kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế</li> <li>• Phòng xét nghiệm kế hoạch hóa gia đình và xét nghiệm chẩn đoán</li> <li>• Biện pháp kế hoạch hóa gia đình (IUD, tiêm cấy ghép, thuốc ngừa thai, miếng dán, hoặc vòng ngừa thai)</li> <li>• Dụng cụ kế hoạch hóa gia đình có toa thuốc (bao cao su, miếng xốp, bọt, phim, màng chắn, mũ chắn)</li> <li>• Tư vấn và chẩn đoán vô sinh, và các dịch vụ liên quan</li> <li>• Tư vấn, kiểm tra và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI)</li> <li>• Tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS và các bệnh lý liên quan đến HIV khác</li> <li>• Biện pháp ngừa thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên để chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký tên vào mẫu đồng ý triệt sản liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày phẫu thuật.)</li> <li>• Tư vấn về di truyền</li> </ul> <p>Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải đến gặp một nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi đối với các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Điều trị các tình trạng bệnh lý có thể gây vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các cách nhân tạo để có thai).</li> </ul>	<p>\$0</p>




**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Phúc Lợi về Rèn Luyện Thể Thao</b></p> <p>Phúc lợi về rèn luyện thể thao được cung cấp cho các hội viên SCFHP Cal MediConnect để khuyến khích lối sống năng động và nâng cao chất lượng cuộc sống của họ. Các hội viên có các lựa chọn miễn phí sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chương Trình Vận Động Và Lão Hóa Lành Mạnh Silver&amp;Fit®: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hội viên của Trung Tâm Rèn Luyện Thể Thao: Quý vị có quyền tiếp cận hơn 16,000 trung tâm rèn luyện thể thao hoặc trung tâm thể hình của Silver&amp;Fit® trên toàn quốc.*</li> <li>○ Chương Trình Rèn Luyện Thể Thao Tại Nhà: Quý vị có thể chọn tối đa hai (2) Bộ Dụng Cụ Rèn Luyện Thể Thao Tại Nhà và một (1) Bộ Dụng Cụ Duy Trì Vận Động mỗi năm phúc lợi nếu quý vị không thể đến trung tâm thể dục hoặc muốn tập thể dục tại nhà.</li> <li>○ Chương Trình Huấn Luyện Lão Hóa Lành Mạnh: Quý vị có quyền nhận các buổi Huấn Luyện Lão Hóa một-một của Silver&amp;Fit hàng tuần.</li> </ul> </li> </ul> <p>*Các dịch vụ không tiêu chuẩn cần một khoản phí bổ sung không phải là một phần của chương trình Silver&amp;Fit và sẽ không được bồi hoàn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hội viên của Silver&amp;Fit® cũng có quyền tiếp cận nhiều nguồn lực giúp quý vị luôn duy trì sự năng động ở mọi nơi, bao gồm 48 lớp học về Lão Hóa Lành Mạnh (trực tuyến hoặc DVD); các lớp tập luyện hàng ngày trên Facebook Live và YouTube, hơn 2,000 lớp tập luyện kỹ thuật số trên ứng dụng di động Silver&amp;Fit ASHConnect™ và phần thưởng khi đạt được các cột mốc mới.</li> </ul> <p>Đây là một lựa chọn thay thế liệu pháp giảm đau không sử dụng opioid. Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị trước khi quý vị bắt đầu hoặc thay đổi thói quen tập thể dục của mình.</p> <p>Phúc lợi về rèn luyện thể thao của SCFHP cũng có thể có sẵn thông qua các nhà cung cấp khác. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>


**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Chương trình giáo dục sức khỏe và y tế</b></p> <p>Chúng tôi có nhiều chương trình tập trung vào một số bệnh lý nhất định. Các chương trình này bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các lớp Giáo Dục Sức Khỏe;</li> <li>• Các lớp Giáo Dục Dinh Dưỡng;</li> <li>• Ngừng Hút Thuốc và Sử Dụng Thuốc Lá; và</li> <li>• Đường Dây Nóng của Y Tá</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Các dịch vụ về thính giác</b></p> <p>Chúng tôi thanh toán cho các kiểm tra và mức độ cân bằng thính giác do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Các cuộc kiểm tra này cho biết quý vị có cần điều trị y tế hay không. Các cuộc kiểm tra được đài thọ như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận dịch vụ từ một bác sĩ, chuyên gia thính học, hoặc nhà cung cấp có trình độ khác.</p> <p>Phúc lợi về thiết bị trợ thính được phép tối đa là \$1,510 cho mỗi hội viên cho cả hai tai trong mỗi năm tài chính (01/07 – 30/06), và bao gồm khuôn, đồ dùng chỉnh sửa, và phụ kiện.</p> <p>Nếu quý vị đang mang thai, hoặc sống tại cơ sở điều dưỡng, chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho các thiết bị trợ thính, bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khuôn, đồ dùng, và các miếng lót</li> <li>• Các dịch vụ sửa chữa với chi phí hơn \$25 cho mỗi lần sửa chữa</li> <li>• Một bộ pin ban đầu</li> <li>• Sáu lần thăm khám để đào tạo, điều chỉnh và chỉnh cho vừa với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị nhận thiết bị trợ thính</li> <li>• Thuê thiết bị trợ thính trong thời gian dùng thử</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Sự cho phép trước có thể được yêu cầu đối với hội viên tại cơ sở điều dưỡng.</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Sàng lọc HIV</b></p> <p>Chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc HIV 12 tháng cho những người:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV, <b>hoặc</b></li> <li>• Có nguy cơ cao bị nhiễm HIV.</li> </ul> <p>Đối với phụ nữ có thai, chúng tôi thanh toán tối đa ba lần xét nghiệm sàng lọc HIV trong suốt thời kỳ mang thai.</p>	\$0
<p><b>Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà của cơ quan</b></p> <p>Trước khi quý vị nhận các dịch vụ y tế tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần các dịch vụ đó và các dịch vụ đó phải được cung cấp bởi một cơ quan y tế tại nhà.</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn không liên tục hoặc bán thời gian và dịch vụ hỗ trợ y tế tại nhà (Để được đài thọ theo phúc lợi chăm sóc y tế tại nhà, tổng số giờ của dịch vụ hỗ trợ chăm sóc y tế tại nhà kết hợp với dịch vụ điều dưỡng chuyên môn phải ít hơn 8 giờ trong một ngày và 35 giờ trong một tuần).</li> <li>• Vật lý trị liệu, liệu pháp vận động, và liệu pháp ngôn ngữ</li> <li>• Các dịch vụ y tế và xã hội</li> <li>• Thiết bị và đồ dùng y tế</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	\$0

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Liệu pháp tiêm truyền tại nhà</b></p> <p>Chương trình sẽ thanh toán cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà, được định nghĩa là thuốc hoặc các chất sinh học được tiêm truyền vào tĩnh mạch hoặc sử dụng dưới da và cung cấp cho quý vị tại nhà. Thuốc và những trang thiết bị sau cần để thực hiện tiêm truyền tại nhà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thuốc hoặc các chất sinh học, như một huyết thanh globulin miễn dịch hoặc kháng vi-rút;</li> <li>• Thiết bị, như máy bơm; và</li> <li>• Vật tư, như dây truyền hoặc ống thông.</li> </ul> <p>Chương trình sẽ đài thọ các dịch vụ tiêm truyền tại nhà bao gồm nhưng không chỉ gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm cả dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với kế hoạch chăm sóc của quý vị;</li> <li>• Đào tạo và giáo dục thành viên chưa được bao gồm trong phúc ích DME;</li> <li>• Giám sát từ xa; và</li> <li>• Các dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà có chuyên môn cung cấp.</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>




**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc cuối đời</b></p> <p>Quý vị có thể nhận sự chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền chọn chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp và giám đốc y khoa phụ trách chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị được chẩn đoán ở giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc bệnh ở giai đoạn cuối và sẽ chỉ còn sống được nhiều nhất là sáu tháng. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.</p> <p>Chương trình sẽ thanh toán những khoản sau đây trong khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cuối đời:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thuốc để điều trị các triệu chứng và giảm đau</li> <li>• Chăm sóc thay thế ngắn hạn</li> <li>• Chăm sóc tại nhà</li> </ul> <p><b>Các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B được lập hóa đơn cho Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hãy xem Phần E, trang 118 trong chương này để biết thêm thông tin.</li> </ul> <p><b>Đối với các dịch vụ được đài thọ bởi SCFHP Cal MediConnect nhưng không được đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SCFHP Cal MediConnect sẽ đài thọ các dịch vụ được chương trình đài thọ mà không được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc B. Chương trình sẽ đài thọ các dịch vụ này dù chúng có liên quan đến chẩn đoán ở giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không phải trả chi phí cho các dịch vụ này.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Hãy xem tiếp phúc lợi này ở trang tiếp theo</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc cuối đời (tiếp)</b></p> <p><b>Đối với các loại thuốc có thể được đài thọ bởi phúc lợi Medicare Phần D của SCFHP Cal MediConnect:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thuốc không bao giờ được đài thọ đồng thời bởi dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần F, trang 136.</li> </ul> <p><b>Lưu ý:</b> Nếu quý vị cần sự chăm sóc không liên quan đến chăm sóc cuối đời, quý vị nên gọi nhân viên quản lý trường hợp của mình để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không liên quan đến chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến chẩn đoán bệnh giai đoạn cuối của quý vị.</p>	\$0
<p> <b>Tiêm chủng</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vắc-xin ngừa viêm phổi</li> <li>Tiêm phòng cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế</li> <li>Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc viêm gan B ở mức cao hoặc trung bình</li> <li>Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy định bảo hiểm của Medicare Phần B</li> </ul> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác đáp ứng các quy định bảo hiểm của Medicare Phần D. Đọc Chương 6, trang 141 để tìm hiểu thêm.</p> <p>SCFHP đài thọ cho tất cả các vắc-xin dành cho người lớn được Ủy Ban Tư Vấn Thực Hành Chủng Ngừa (ACIP) khuyến nghị.</p> <p><b>LƯU Ý: Sự cho phép trước có thể được yêu cầu đối với các loại thuốc Phần B.</b></p>	\$0



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc nội trú tại bệnh viện</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho những dịch vụ sau và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng tư trong trường hợp cần thiết về mặt y tế)</li> <li>• Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn uống đặc biệt</li> <li>• Dịch vụ điều dưỡng thông thường</li> <li>• Chi phí của các đơn vị chăm sóc đặc biệt như đơn vị chăm sóc chuyên sâu hoặc chăm sóc mạch vành</li> <li>• Thuốc men</li> <li>• Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm</li> <li>• Các dịch vụ chụp X quang và chẩn đoán hình ảnh khác</li> <li>• Vật dụng phẫu thuật và y tế cần thiết</li> <li>• Thiết bị như xe lăn</li> <li>• Các dịch vụ phẫu thuật và phòng hồi sức</li> <li>• Vật lý trị liệu, liệu pháp vận động, và liệu pháp ngôn ngữ</li> <li>• Dịch vụ lạm dụng dược chất nội trú</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Hãy xem tiếp phúc lợi này ở trang tiếp theo</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Quý vị phải được chương trình chấp thuận để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị được ổn định.</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trong một số trường hợp, các hình thức cấy ghép sau đây: màng sừng, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc, và ruột/nhiều nội tạng.</li> </ul> <p>Nếu quý vị cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận sẽ xem xét trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có đủ điều kiện cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép địa phương sẵn sàng chấp nhận mức chi phí của Medicare, thì quý vị có thể nhận dịch vụ cấy ghép của mình tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu SCFHP cung cấp dịch vụ cấy ghép bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị và quý vị chọn nhận dịch vụ cấy ghép ở đó, chúng tôi sẽ thu xếp và thanh toán các chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một thân nhân đi cùng.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu</li> <li>Dịch vụ bác sĩ</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p> <p>Quý vị phải được chương trình chấp thuận để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị được ổn định.</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần nằm viện.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nếu quý vị cần các dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi sẽ thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần địa phương trong quận sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Việc cho phép nhận dịch vụ chăm sóc quá 190 ngày sẽ được phối hợp với cơ quan sức khỏe tâm thần địa phương trong quận. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại một đơn vị tâm thần của một bệnh viện đa khoa.</li> </ul> </li> <li>• Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận tại Viện Các Bệnh Tâm Thần (Institute for Mental Diseases, IMD).</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Ở nội trú: Các dịch vụ được đài thọ ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong khi ở nội trú không được đài thọ</b></p> <p>Nếu thời gian nằm viện của quý vị không hợp lý và cần thiết về mặt y tế, thì chúng tôi sẽ không thanh toán.</p> <p>Tuy nhiên, trong một số trường hợp khi quý vị không được chăm sóc nội trú, chúng tôi vẫn có thể thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được trong thời gian quý vị ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, hãy liên lạc với Dịch Vụ Khách Hàng.</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ bác sĩ</li> <li>• Xét nghiệm chẩn đoán, như xét nghiệm tại phòng thí nghiệm</li> <li>• Chụp X-quang, chữa bệnh bằng tia X, và liệu pháp chất đồng vị, bao gồm các tài liệu và dịch vụ kỹ thuật viên</li> <li>• Đồ băng bó phẫu thuật</li> <li>• Thanh nẹp, khuôn đúc, và các thiết bị khác được sử dụng khi bị gãy xương và sai khớp</li> <li>• Các thiết bị giả và chỉnh hình, ngoại trừ nha khoa, bao gồm việc thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị đó. Đây là những thiết bị: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ quan nội tạng (bao gồm mô tiếp giáp), <b>hoặc</b></li> <li>○ Thay thế toàn bộ hoặc một phần chức năng của một cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc hoạt động sai chức năng.</li> </ul> </li> <li>• Trụ chân, tay, lưng, và cổ, băng giữ, và chân, tay, và mắt giả. Việc này bao gồm việc điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do bị gãy, mòn, mất hoặc thay đổi tình trạng của bệnh nhân</li> <li>• Vật lý trị liệu, liệu pháp ngôn ngữ, và liệu pháp vận động</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>





**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Các dịch vụ và đồ dùng về bệnh thận</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn chăm sóc thận và giúp các hội viên đưa ra những quyết định phù hợp về việc chăm sóc của họ. Quý vị phải mắc bệnh thận mãn tính giai đoạn IV. Chúng tôi sẽ đài thọ lên tới sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận.</li> <li>• Điều trị chạy thận nhân tạo ngoại trú, bao gồm điều trị chạy thận nhân tạo khi tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ, như được giải thích ở Chương 3, Phần B, trang 46.</li> <li>• Điều trị chạy thận nhân tạo nội trú nếu quý vị được nhập viện để chăm sóc đặc biệt</li> <li>• Đào tạo tự chạy thận nhân tạo, bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai hỗ trợ quý vị điều trị chạy thận nhân tạo tại nhà</li> <li>• Thiết bị và đồ dùng chạy thận nhân tạo tại nhà</li> <li>• Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà nhất định, ví dụ như các chuyến thăm khám cần thiết của nhân viên chạy thận nhân tạo được đào tạo để kiểm tra việc chạy thận nhân tạo tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong các trường hợp cấp cứu, và để kiểm tra thiết bị chạy thận nhân tạo và nguồn cấp nước của quý vị.</li> </ul> <p>Phúc lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị thanh toán cho một số loại thuốc để chạy thận nhân tạo. Để biết thông tin, vui lòng xem “Thuốc theo toa Medicare Phần B” trong bảng này.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước đối với liệu pháp điều trị hoặc vật dụng.</b></p>	<p>\$0</p>


**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Sàng Lọc Ung Thư Phổi</b></p> <p>Chương trình sẽ thanh toán cho việc dò tìm ung thư phổi mỗi 12 tháng nếu quý vị:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Có tuổi từ 55-80, <b>và</b></li> <li>• Đã đến khám với một bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên y tế khác có khả năng để được tư vấn và đưa ra quyết định chung, <b>và</b></li> <li>• Đã từng hút ít nhất một gói thuốc lá một ngày trong 30 năm mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng nào về ung thư phổi hoặc bây giờ hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút trong vòng 15 năm qua.</li> </ul> <p>Sau cuộc dò tìm đầu tiên, chương trình sẽ thanh toán cho một cuộc dò tìm khác mỗi năm khi có đơn đặt làm từ bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên y tế khác có khả năng.</p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Liệu pháp dinh dưỡng y tế</b></p> <p>Phúc lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường hoặc mắc bệnh thận mà không lọc thận. Phúc lợi này cũng dành cho dịch vụ sau khi cấy ghép thận khi được chỉ định bởi bác sĩ của quý vị.</p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho ba giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong suốt năm đầu tiên quý vị nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare. (Điều này bao gồm chương trình của chúng ta, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác hoặc Medicare.) Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế.</p> <p>Chúng tôi thanh toán cho hai giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, việc điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận nhiều giờ điều trị hơn với chỉ định của bác sĩ. Bác sĩ phải kê đơn các dịch vụ này và gia hạn chỉ định mỗi năm nếu việc điều trị của quý vị là cần thiết vào năm tiếp theo. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Chương Trình Phòng Ngừa Tiểu Đường Của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>Chương trình sẽ thanh toán cho các dịch vụ MDPP. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi lành mạnh. Chương trình cung cấp đào tạo thực tế trong việc:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, và</li><li>• tăng cường hoạt động thể chất, và</li><li>• cách để duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.</li></ul>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Thuốc theo toa Medicare Phần B</b></p> <p>Những thuốc này được đài thọ theo Medicare Phần B. SCFHP Cal MediConnect sẽ thanh toán cho các thuốc sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thuốc quý vị thường không tự tiêm cho mình được và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị đang nhận các dịch vụ của bác sĩ, tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú, hoặc tại trung tâm phẫu thuật không lưu trú</li> <li>• Thuốc quý vị dùng sử dụng thiết bị y tế lâu bền (như máy xông khí dung) được chương trình cho phép</li> <li>• Các chất đông máu quý vị tự tiêm nếu quý vị mắc bệnh máu khó đông</li> <li>• Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã ghi danh vào Medicare Phần A tại thời điểm cấy ghép nội tạng</li> <li>• Thuốc điều trị loãng xương được tiêm. Các thuốc này được thanh toán nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc</li> <li>• Kháng nguyên</li> <li>• Một số loại thuốc chống ung thư uống và các loại thuốc chống nôn</li> <li>• Một số loại thuốc dùng để lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về mặt y tế), thuốc gây tê tại chỗ và các chất kích thích hồng cầu (như Retacrit®, Epogen®, Procrit® hoặc Aranesp®)</li> <li>• Globulin miễn dịch tiêm truyền qua đường tĩnh mạch để điều trị tại nhà các bệnh suy giảm miễn dịch chính</li> </ul> <p><b>Hãy xem tiếp phúc lợi này ở trang tiếp theo</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán</b>	<b>Số tiền quý vị phải thanh toán</b>
<p><b>Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp theo)</b></p> <p>Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các loại thuốc Phần B có thể phải theo quy trình điều trị từng bước: <a href="http://www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect/member-materials">www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect/member-materials</a></p> <p>Chúng tôi cũng đòi hỏi một số vắc-xin theo phúc lợi thuốc theo toa Medicare Phần B và Phần D.</p> <p>Chương 5, trang 121 giải thích phúc lợi thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú. Trang này giải thích quy tắc quý vị cần tuân theo để toa thuốc được đòi hỏi.</p> <p>Chương 6, trang 141 giải thích những gì quý vị cần chi trả cho thuốc theo toa ngoại trú trong chương trình của chúng tôi.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP)</b></p> <p>MSSP là chương trình quản lý trường hợp, cung cấp Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS) cho những cá nhân hội đủ điều kiện Medi-Cal.</p> <p>Để hội đủ điều kiện, quý vị phải 65 tuổi trở lên, sống trong khu vực dịch vụ của chương trình, được chi trả trong giới hạn chi trả của MSSP, phù hợp với dịch vụ quản lý chăm sóc, hiện hội đủ điều kiện Medi-Cal, và được chứng nhận hoặc có thể chứng nhận được ở trong một cơ sở điều dưỡng.</p> <p>Dịch vụ MSSP bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trung tâm hỗ trợ / chăm sóc ban ngày dành cho người trưởng thành</li> <li>• Hỗ trợ nhà ở</li> <li>• Hỗ trợ việc nhà và chăm sóc cá nhân</li> <li>• Giám sát phòng ngừa</li> <li>• Quản lý chăm sóc</li> <li>• Thay thế</li> <li>• Đưa đón</li> <li>• Dịch vụ ăn uống</li> <li>• Dịch vụ xã hội</li> <li>• Dịch vụ cộng đồng</li> </ul> <p>Phúc lợi này được đài thọ lên đến \$5,356.25 mỗi năm.</p> <p><b>Lưu ý: Yêu cầu sự cho phép trước từ MSSP.</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Đưa đón y tế không khẩn cấp</b></p> <p>Phúc lợi này cho phép đưa đón, là dịch vụ có chi phí hiệu quả và dễ tiếp cận nhất. Điều này có thể gồm: dịch vụ đưa đón y tế bằng xe cứu thương, xe cáng, xe lăn, phối hợp với xe buýt linh hoạt.</p> <p>Hình thức đưa đón được phép khi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tình trạng bệnh lý và/hoặc thể chất của quý vị không cho phép quý vị di chuyển bằng xe buýt, xe chở khách, taxi hoặc hình thức vận chuyển công cộng hay cá nhân khác, <b>và</b></li> <li>• Đưa đón bắt buộc để được chăm sóc y tế cần thiết.</li> </ul> <p>Tùy thuộc vào dịch vụ, có thể cần sự cho phép trước.</p> <p>Dịch vụ đưa đón y tế không khẩn cấp (NEMT) yêu cầu phải hoàn thành một mẫu tuyên bố chứng nhận của bác sĩ (PCS) để xác định mức dịch vụ thích hợp. Mẫu này phải được hoàn thành bởi bác sĩ điều trị của quý vị trước khi sắp xếp hoặc cung cấp dịch vụ.</p> <p>NEMT phải được SCFHP Cal MediConnect phê duyệt trước và được sắp xếp ít nhất 5 ngày làm việc trước buổi hẹn thăm khám theo lịch của quý vị. Vui lòng đăng nhập vào cổng thông tin hội viên mySCFHP tại địa chỉ <a href="http://www.member.scfhp.com">www.member.scfhp.com</a> hoặc gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect để sắp xếp phương tiện vận chuyển.</p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Đưa đón không thuộc y tế</b></p> <p>Phúc lợi này cho phép đưa đón đến địa điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan bằng xe chở khách, taxi hoặc phương tiện vận chuyển công cộng/cá nhân khác.</p> <p>Phúc lợi này không giới hạn phúc lợi đưa đón y tế không khẩn cấp của quý vị.</p> <p>Dịch vụ đưa đón phi y tế (NMT) yêu cầu quý vị phải đưa ra chứng thực, có thể là trực tiếp, bằng phương thức điện tử hay qua điện thoại, rằng quý vị không có phương thức đưa đón nào khác.</p> <p>NMT phải được SCFHP Cal MediConnect phê duyệt trước và được sắp xếp ít nhất 3 ngày làm việc trước buổi hẹn khám theo lịch của quý vị. Vui lòng đăng nhập vào cổng thông tin hội viên mySCFHP tại địa chỉ <a href="http://www.member.scfhp.com">www.member.scfhp.com</a> hoặc gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect để sắp xếp phương tiện vận chuyển.</p>	<p>\$0</p>




**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng</b></p> <p>Cơ sở điều dưỡng (NF) là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể sống an toàn tại nhà nhưng không cần phải ở trong bệnh viện.</p> <p>Các dịch vụ mà chúng tôi sẽ thanh toán bao gồm, nhưng không giới hạn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phòng bán riêng tư (hoặc phòng riêng tư trong trường hợp cần thiết về mặt y tế)</li> <li>• Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn uống đặc biệt</li> <li>• Dịch vụ điều dưỡng</li> <li>• Vật lý trị liệu, liệu pháp vận động, và liệu pháp ngôn ngữ</li> <li>• Hô hấp trị liệu</li> <li>• Thuốc được cung cấp cho quý vị như là một phần trong chương trình chăm sóc của quý vị. (Thuốc này bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như chất đông máu)</li> <li>• Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu</li> <li>• Vật dụng y tế và phẫu thuật thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp</li> <li>• Các xét nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng thực hiện</li> <li>• Dịch vụ X-quang và các chẩn đoán hình ảnh khác thường được các cơ sở điều dưỡng thực hiện</li> <li>• Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp</li> <li>• Dịch vụ bác sĩ/chuyên viên</li> <li>• Thiết bị y tế lâu bền</li> <li>• Các dịch vụ nha khoa, bao gồm răng giả</li> <li>• Phúc lợi thị giác</li> <li>• Khám thính lực và máy trợ thính</li> </ul> <p><b>Hãy xem tiếp phúc lợi này ở trang tiếp theo</b></p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chăm sóc chỉnh nắn cột sống</li> <li>• Dịch vụ các bệnh về chân</li> </ul> <p>Quý vị sẽ luôn được chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể được chăm sóc từ cơ sở không trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể được chăm sóc từ các địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận khoản tiền chi trả của chương trình của chúng tôi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là địa điểm này cung cấp chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng).</li> <li>• Cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị rời bệnh viện.</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Sàng lọc bệnh béo phì và liệu pháp điều trị giảm cân</b></p> <p>Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ trả phí tư vấn giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải được tư vấn trong môi trường chăm sóc chính. Bằng cách đó, nó có thể được kiểm soát bằng chương trình phòng ngừa đầy đủ của quý vị. Nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.</p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán</b>	<b>Số tiền quý vị phải thanh toán</b>
<p><b>Các dịch vụ điều trị bằng thuốc nhóm opioid</b></p> <p>Chương trình sẽ thanh toán cho các dịch vụ điều trị hội chứng rối loạn do sử dụng opioid sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các loại thuốc đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt và, nếu có, hoạt động quản lý và cung cấp cho quý vị các loại thuốc này</li> <li>• Tư vấn sử dụng dược chất</li> <li>• Liệu pháp trị liệu cá nhân và theo nhóm</li> <li>• Xét nghiệm nồng độ thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể của quý vị (xét nghiệm độc tính)</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	\$0
<p><b>Các dịch vụ và dụng cụ xét nghiệm chẩn đoán và trị liệu ngoại trú</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho những dịch vụ sau và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chụp X-quang, MRI và PET</li> <li>• Liệu pháp phóng xạ (radi và đồng vị) và hóa trị liệu, bao gồm vật liệu và dụng cụ kỹ thuật</li> <li>• Đồ dùng y tế như đồ băng bó chăm sóc vết thương</li> <li>• Thanh nẹp, khuôn đúc, và các thiết bị khác được sử dụng khi bị gãy xương và sai khớp</li> <li>• Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm</li> <li>• Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu. Quý vị nên trao đổi với bác sĩ của mình và xin thư giới thiệu.</li> <li>• Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	\$0

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú</b></p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được trong khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị ốm đau hoặc thương tật, chẳng hạn như:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như phẫu thuật ngoại trú hoặc dịch vụ theo dõi <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dịch vụ quan sát giúp bác sĩ của quý vị biết nếu quý vị cần nhập viện với tư cách là “bệnh nhân nội trú”.</li> <li>○ Đôi khi quý vị có thể nằm viện qua đêm và vẫn là “bệnh nhân ngoại trú”.</li> <li>○ Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc trở thành bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này: <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> </ul> </li> <li>• Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán được bệnh viện lập hóa đơn</li> <li>• Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nằm viện một phần, khi bác sĩ chứng nhận rằng điều trị nội trú có thể cần mà không có</li> <li>• Dịch vụ X-quang và các chẩn đoán hình ảnh khác được lập hóa đơn bởi bệnh viện</li> <li>• Dụng cụ y tế, như nẹp và khuôn bó bột</li> <li>• Sàng lọc phòng ngừa và các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi</li> <li>• Một số thuốc quý vị không thể tự sử dụng</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú</b></p> <p>Chúng tôi sẽ chi trả các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chuyên gia tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép</li> <li>• Bác sĩ tâm thần lâm sàng</li> <li>• Nhân viên xã hội lâm sàng</li> <li>• Chuyên gia điều dưỡng lâm sàng</li> <li>• Chuyên viên y tá</li> <li>• Trợ lý bác sĩ</li> <li>• Bất kỳ nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm thần có trình độ của Medicare khác đã được cấp phép bởi luật pháp tiểu bang thích hợp</li> </ul> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ phòng khám</li> <li>• Điều trị ban ngày</li> <li>• Các dịch vụ phục hồi tâm thần</li> <li>• Các chương trình nằm viện một phần/ngoại trú chuyên sâu</li> <li>• Đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần cho cá nhân và nhóm</li> <li>• Kiểm tra tâm thần khi được chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần</li> <li>• Dịch vụ ngoại trú để theo dõi điều trị bằng thuốc</li> <li>• Xét nghiệm ngoại trú, các thuốc, dụng cụ và chất bổ sung</li> <li>• Tư vấn tâm thần</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú</b></p> <p>Chúng tôi sẽ trả cho vật lý trị liệu, liệu pháp vận động, và liệu pháp ngôn ngữ.</p> <p>Quý vị có thể nhận được dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú từ các khoa ngoại trú của bệnh viện, phòng trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	\$0
<p><b>Dịch vụ lạm dụng dược chất ngoại trú</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sàng lọc và tư vấn về lạm dụng đồ uống có cồn</li> <li>• Điều trị lạm dụng thuốc</li> <li>• Tư vấn theo nhóm hoặc cá nhân bởi bác sĩ lâm sàng có trình độ</li> <li>• Giải độc bán cấp trong chương trình cai nghiện trong dân cư</li> <li>• Dịch vụ về rượu và/hoặc thuốc trong trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu</li> <li>• Điều trị giải phóng Naltrexone (vivitrol) tăng cường</li> </ul>	\$0
<p><b>Phẫu thuật ngoại trú</b></p> <p>Chúng tôi sẽ chi trả cho phẫu thuật và dịch vụ ngoại trú tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật ngoại trú.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	\$0



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán</b>	<b>Số tiền quý vị phải thanh toán</b>
<p><b>Dịch vụ nằm viện một phần</b></p> <p>Nằm viện một phần là một chương trình bài bản về điều trị tâm thần tích cực. Chương trình được cung cấp như một dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng. Ở đó quý vị được chăm sóc chuyên sâu hơn trong các văn phòng bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu. Điều đó có thể giúp quý vị tránh được việc phải nằm viện.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>


**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm số lần thăm khám ở văn phòng bác sĩ</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế tại các địa điểm như: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Văn phòng của bác sĩ</li> <li>○ Trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận</li> <li>○ Khoa ngoại trú của bệnh viện</li> </ul> </li> <li>• Tư vấn, chẩn đoán, và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa</li> <li>• Kiểm tra thính giác và cân bằng cơ bản thực hiện bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu điều đó để xem liệu quý vị có cần điều trị hay không</li> <li>• Dịch vụ Thăm Khám Từ Xa dành cho các thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng của hội viên lọc máu tại nhà hoặc tại trung tâm chạy thận nhân tạo dành cho ca bệnh nguy kịch nằm trong bệnh viện, trung tâm chạy thận hoặc tại nhà của hội viên</li> <li>• Các dịch vụ thăm khám từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị triệu chứng của đột quỵ.</li> <li>• Kiểm tra ảo (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ quý vị không phải là bệnh nhân mới <b>và</b></li> <li>○ việc kiểm tra không liên quan đến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua <b>và</b></li> <li>○ việc kiểm tra không dẫn đến một cuộc thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc theo lịch hẹn có sẵn sớm nhất</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Hãy xem tiếp phúc lợi này ở trang tiếp theo</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm các lần thăm khám ở văn phòng bác sĩ (tiếp theo)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ý kiến thứ hai bởi nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước một thủ thuật y khoa</li> <li>• Chăm sóc nha khoa không định kỳ. Dịch vụ được đài thọ giới hạn đến mức: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Phẫu thuật hàm hoặc cấu trúc liên quan</li> <li>○ Chỉnh xương hàm hoặc xương mặt</li> <li>○ Kéo răng trước khi xạ trị khối u ung thư</li> <li>○ Các dịch vụ sẽ được đài thọ khi được một bác sĩ cung cấp</li> </ul> </li> </ul>	\$0
<p><b>Dịch vụ các bệnh về chân</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các thương tật và bệnh của bàn chân (như biến dạng ngón chân hoặc gai gót chân)</li> <li>• Chăm sóc chân thường xuyên cho hội viên mắc những tình trạng ảnh hưởng đến chân, ví dụ như bệnh tiểu đường</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Sự cho phép trước có thể được yêu cầu đối với hội viên tại cơ sở điều dưỡng.</b></p>	\$0
<p> <b>Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt</b></p> <p>Với đàn ông 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ sau một lần cho mỗi 12 tháng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khám hậu môn bằng phương pháp kỹ thuật số</li> <li>• Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)</li> </ul>	\$0


**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Thiết bị chỉnh hình và các dụng cụ liên quan</b></p> <p>Thiết bị chỉnh hình thay thế tất cả hoặc một phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Chúng tôi sẽ chi trả cho các thiết bị chỉnh hình sau, và có thể cả các thiết bị khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Túi hậu môn nhân tạo và dụng cụ liên quan để chăm sóc hậu môn</li> <li>• Truyền dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm, bao gồm bộ dụng cụ truyền dinh dưỡng, bơm truyền, ống truyền và bộ chuyển đổi, dung dịch và vật tư để tự truyền</li> <li>• Máy điều hòa nhịp tim</li> <li>• Nẹp</li> <li>• Giày chỉnh hình</li> <li>• Tay và chân giả</li> <li>• Ngực nhân tạo (bao gồm một áo ngực phẫu thuật sau khi cắt bỏ tuyến vú)</li> <li>• Bộ phận giả để thay thế tất cả bộ phận của bộ phận cơ thể bên ngoài đã bị loại bỏ hoặc suy yếu do bệnh tật, thương tổn hoặc khuyết tật bẩm sinh</li> <li>• Kem và bím cho chứng đại tiện không tự chủ.</li> </ul> <p>Chúng tôi cũng chi trả cho một số dụng cụ liên quan đến thiết bị chỉnh hình. Chúng tôi cũng chi trả cho việc sửa hoặc thay thế các thiết bị chỉnh hình.</p> <p>Chúng tôi có một số bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Hãy xem “Chăm sóc nhãn khoa” trong phần này ở trang 115 để biết chi tiết.</p> <p>Chúng tôi sẽ không chi trả cho các thiết bị chỉnh hình nha khoa.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Dịch vụ phục hồi chức năng phổi</b></p> <p>Chúng tôi sẽ chi trả cho chương trình phục hồi chức năng phổi cho các hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) từ nhẹ đến rất nghiêm trọng. Quý vị phải được chỉ định phục hồi chức năng từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp điều trị COPD.</p> <p>Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ về hô hấp cho các bệnh nhân phụ thuộc vào máy thở.</p> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	\$0
<p> <b>Sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI)</b></p> <p>Chúng tôi sẽ chi trả cho việc sàng lọc bệnh chlamydia, lậu, giang mai và viêm gan B. Những sàng lọc này được đài thọ cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao đối với STI. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải chỉ định xét nghiệm. Chúng tôi đài thọ những xét nghiệm này một lần trong mỗi 12 tháng hoặc tại thời điểm nhất định trong thời kỳ mang thai.</p> <p>Chúng tôi cũng chi trả lên cho tối đa hai buổi tư vấn hành vi trực tiếp, cường độ cao mỗi năm cho người trưởng thành có hoạt động tình dục có nguy cơ cao đối với STI. Mỗi buổi có thể dài 20 đến 30 phút. Chúng tôi sẽ chi trả cho những buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa chỉ khi chúng được cung cấp từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính. Các buổi tư vấn phải trong một môi trường chăm sóc chính, như văn phòng bác sĩ.</p>	\$0

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc ở Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF)</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể là các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phòng bán riêng tư, hoặc phòng riêng tư trong trường hợp cần thiết về mặt y tế</li> <li>• Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn uống đặc biệt</li> <li>• Dịch vụ điều dưỡng</li> <li>• Vật lý trị liệu, liệu pháp vận động, và liệu pháp ngôn ngữ</li> <li>• Thuốc quý vị dùng như một phần của chương trình chăm sóc, bao gồm các chất vốn có trong cơ thể, như các yếu tố gây đông máu</li> <li>• Máu, bao gồm việc lưu trữ và truyền máu</li> <li>• Vật dụng y tế và phẫu thuật được các cơ sở điều dưỡng cung cấp</li> <li>• Các xét nghiệm được các cơ sở điều dưỡng thực hiện</li> <li>• Dịch vụ X-quang và các chẩn đoán hình ảnh khác được các cơ sở điều dưỡng thực hiện</li> <li>• Các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp</li> <li>• Dịch vụ bác sĩ/nhà cung cấp</li> </ul> <p><b>Hãy xem tiếp phúc lợi này ở trang tiếp theo</b></p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Chăm sóc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (tiếp theo)</b></p> <p>Quý vị sẽ luôn được chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể được chăm sóc từ cơ sở không trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể được chăm sóc từ các địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận khoản tiền chi trả của chương trình của chúng tôi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là địa điểm này cung cấp chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng)</li> <li>• Cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị rời bệnh viện</li> </ul> <p><b>Lưu ý: Có thể phải có sự cho phép trước.</b></p>	<p>\$0</p>

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p><b>Liệu pháp tập thể dục được giám sát (SET)</b></p> <p>Chương trình sẽ thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD), người có thư giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình sẽ thanh toán cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lên đến 36 phiên trong khoảng thời gian 12 tuần nếu tất cả các yêu cầu SET được đáp ứng</li> <li>• Thêm 36 phiên theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế</li> </ul> <p>Chương trình SET phải là:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 đến 60 phút phiên của một chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu cho PAD ở các hội viên bị chuột rút chân do lưu lượng máu kém (chân khập khiễng)</li> <li>• Ở bệnh viện ngoại trú hoặc tại văn phòng bác sĩ</li> <li>• Cung cấp bởi nhân viên có trình độ đảm bảo phúc lợi vượt quá mỗi nguy và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD</li> <li>• Dưới sự giám sát trực tiếp của một bác sĩ, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên y tá/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ đời sống cơ bản và nâng cao</li> </ul>	<p>\$0</p>




**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán</b>	<b>Số tiền quý vị phải thanh toán</b>
<p><b>Chăm sóc khẩn cấp</b></p> <p>Chăm sóc khẩn cấp là chăm sóc để chữa trị:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trường hợp không phải cấp cứu cần chăm sóc y tế ngay lập tức, <b>hoặc</b></li><li>• Đột ngột bị bệnh, <b>hoặc</b></li><li>• Bị thương, <b>hoặc</b></li><li>• Tình trạng bệnh cần được chăm sóc ngay.</li></ul> <p>Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp, trước hết quý vị nên thử tiếp cận nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nếu quý vị không thể tiếp cận nhà cung cấp trong mạng lưới.</p> <p>Bảo hiểm này có giá trị trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.</p>	<p>\$0</p>


**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Chăm sóc nhãn khoa</b></p> <p>Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một lần khám mắt định kỳ mỗi năm (có thể cần phải có thư giới thiệu); <b>và</b></li> <li>• Lên đến 200 USD cho kính mắt (gọng kính và mắt kính) hoặc lên đến 200 USD cho kính áp tròng mỗi hai năm.</li> </ul> <p>Chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ bác sĩ ngoại trú cho việc chẩn đoán và điều trị các bệnh và thương tật về mắt. Ví dụ như điều này bao gồm khám kiểm tra mắt hàng năm đối với bệnh võng mạc do tiểu đường đối với những người mắc bệnh tiểu đường và điều trị thoái hóa hoàng điểm do tuổi tác.</p> <p>Đối với người có nguy cơ cao tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ chi trả cho một lần sàng lọc tăng nhãn áp mỗi năm. Người có nguy cơ cao tăng nhãn áp bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Người có tiền sử gia đình tăng nhãn áp</li> <li>• Người mắc bệnh tiểu đường</li> <li>• Người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên</li> <li>• Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên</li> </ul> <p>Chúng tôi sẽ chi trả cho một cặp kính hoặc kính áp tròng sau mỗi phẫu thuật đục thủy tinh thể nếu bác sĩ cấy ghép một thấu kính nội nhãn. (Nếu quý vị có hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị cần có một cặp kính sau mỗi phẫu thuật. Quý vị không thể có hai cặp kính sau phẫu thuật thứ hai, kể cả nếu quý vị không có một cặp kính sau phẫu thuật thứ nhất).</p>	<p>\$0</p>



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Số tiền quý vị phải thanh toán
<p> <b>Thăm Khám Phòng Ngừa “Chào mừng đến với Medicare”</b></p> <p>Chúng tôi đài thọ một lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”. Thăm khám bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đánh giá sức khỏe của quý vị,</li> <li>• Giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm sàng lọc và các mũi chích ngừa), <b>và</b></li> <li>• Giới thiệu đến các chăm sóc khác nếu quý vị cần.</li> </ul> <p><b>Lưu ý:</b> Chúng tôi đài thọ thăm khám phòng ngừa “Chào Mừng Đến Với Medicare” chỉ trong 12 tháng đầu quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị đặt hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ biết rằng quý vị muốn xếp lịch thăm khám phòng ngừa “Chào Mừng Đến Với Medicare” của quý vị.</p>	<p>\$0</p>

## E. Các phúc lợi được đài thọ bên ngoài SCFHP Cal MediConnect

Các dịch vụ sau đây không được SCFHP Cal MediConnect đài thọ nhưng có sẵn thông qua phí dịch vụ Medicare hoặc phí dịch vụ của Medi-Cal.

### E1. Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT)

Chương trình Chuyển Tiếp Cộng Đồng California (CCT) sử dụng những Tổ Chức Hàng Đầu trong vùng để giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện sống trong một cơ sở nội trú trong ít nhất 90 ngày liên tiếp, chuyển về và sống an toàn trong môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ phối hợp chuyển tiếp trong thời gian trước khi chuyển tiếp và trong vòng 365 ngày sau khi chuyển tiếp để hỗ trợ những người thụ hưởng trở về môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận được dịch vụ phối hợp chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ Chức Hàng Đầu CCT nào hoạt động ở quận mà quý vị đang sống. Quý vị có thể tìm thấy danh sách của các Tổ Chức Hàng Đầu CCT và những quận mà họ hoạt động trên trang web của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe tại: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx).

#### Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT:

Medi-Cal sẽ thanh toán cho các dịch vụ phối hợp chuyển tiếp. Quý vị không phải trả chi phí cho các dịch vụ này.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### **Đối với các dịch vụ không liên quan tới việc chuyển tiếp CCT của quý vị:**

Nhà cung cấp sẽ tính hóa đơn SCFHP Cal MediConnect cho các dịch vụ của quý vị. SCFHP Cal MediConnect sẽ thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển tiếp. Quý vị không phải trả chi phí cho các dịch vụ này.

Trong khi quý vị đang sử dụng dịch vụ phối hợp chuyển tiếp CCT, SCFHP sẽ thanh toán cho các dịch vụ có trong Bảng Phúc Lợi ở Phần D của chương này.

### **Không có thay đổi về phúc lợi bảo hiểm thuốc của SCFHP Cal MediConnect:**

Thuốc không được đài thọ trong chương trình CCT. Quý vị sẽ tiếp tục nhận được phúc lợi thuốc thông thường qua SCFHP. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5.

**Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không thuộc CCT, quý vị nên gọi cho cán bộ quản lý trường hợp để sắp xếp các dịch vụ. Hãy gọi 1-877-590-8999 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 phút sáng đến 5 giờ chiều. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không thuộc CCT là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến việc chuyển tiếp từ một tổ chức/cơ sở.

## **E2. Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal**

Có sẵn một số dịch vụ nha khoa thông qua Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal (Denti-Cal); ví dụ: các dịch vụ như:

- Kiểm tra ban đầu, chụp X quang, vệ sinh và điều trị bằng florua
- Trồng và bọc răng
- Liệu pháp chữa tủy răng
- Răng giả, điều chỉnh, sửa chữa và chỉnh răng

Các phúc lợi nha khoa có trong chương trình phí dịch vụ Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal. Để biết thêm thông tin hoặc nếu quý vị cần giúp tìm nha sĩ chấp nhận Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal, vui lòng liên hệ với đường dây Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-800-322-6384 (Người dùng TTY gọi số 1-800-735-2922). Cuộc gọi được miễn phí. Đại diện của Chương Trình Nha Khoa Medi-Cal luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web tại [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin.

Ngoài chương trình phí dịch vụ Medi-Cal Dental tính phí theo dịch vụ, quý vị có thể nhận phúc lợi nha khoa thông qua chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa được quản lý có sẵn tại Quận Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa, cần trợ giúp để xác định chương trình nha khoa hoặc muốn thay đổi chương trình nha khoa của mình, vui lòng liên hệ Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (Người dùng TDD gọi số 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi được miễn phí.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### E3. Chăm Sóc Cuối Đời

Quý vị có thể nhận sự chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền chọn chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp và giám đốc y khoa phụ trách chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị được chẩn đoán ở giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc bệnh ở giai đoạn cuối và sẽ chỉ còn sống được nhiều nhất là sáu tháng. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Xem Bảng Phúc Lợi ở Phần D của chương này để biết thêm thông tin về những khoản SCFHP sẽ thanh toán trong khi quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời.

#### **Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B liên quan tới chẩn đoán ở giai đoạn cuối của quý vị:**

- Nhà cung cấp chăm sóc cuối đời sẽ lập hóa đơn cho Medicare đối với các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán cho dịch vụ cuối đời liên quan đến chẩn đoán ở giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị không phải trả chi phí cho các dịch vụ này.

#### **Đối với các dịch vụ được đài thọ bởi Medicare Phần A hoặc B không liên quan tới chẩn đoán ở giai đoạn cuối của quý vị (ngoại trừ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp):**

- Nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn cho Medicare đối với các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ. Quý vị không phải trả chi phí cho các dịch vụ này.

#### **Đối với các loại thuốc có thể được đài thọ bởi phúc lợi Medicare Phần D của SCFHP:**

- Thuốc không bao giờ được đài thọ đồng thời bởi dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, trang 129.

**Lưu ý:** Nếu quý vị cần sự chăm sóc không liên quan đến chăm sóc cuối đời, quý vị nên gọi nhân viên quản lý trường hợp của mình để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không liên quan đến chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến chẩn đoán bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Hãy gọi 1-877-590-8999 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ 30 phút sáng đến 5 giờ chiều. Dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng cuối đời của quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





---

## F. Các phúc lợi không được đài thọ bởi SCFHP Cal MediConnect, Medicare, hoặc Medi-Cal

Phần này nói tới những phúc lợi bị loại trừ trong chương trình. Bị loại trừ nghĩa là chúng tôi không chi trả cho các phúc lợi này. Medicare và Medi-Cal cũng không chi trả cho các phúc lợi đó.

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và mục không được chúng tôi đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào và một số bị chúng tôi loại trừ chỉ trong một số trường hợp.

Chúng tôi sẽ không chi trả cho các phúc lợi y tế loại trừ được liệt kê trong phần này (hoặc bất kỳ đâu trong *Sổ Tay Hội Viên*) ngoại trừ trong những tình trạng cụ thể đã nêu. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi nên chi trả cho một dịch vụ không được đài thọ, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Để biết thông tin về cách điền đơn kháng nghị, hãy xem Chương 9, Phần E3, trang 186.

Ngoài tất cả những loại trừ hoặc giới hạn được mô tả trong Bảng Phúc Lợi, chương trình của chúng tôi sẽ không đài thọ những mục và dịch vụ sau đây:

- Các dịch vụ được coi là không “hợp lý và cần thiết về mặt y tế,” theo tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal, trừ khi những dịch vụ này được liệt kê trong chương trình của chúng tôi như là những dịch vụ được đài thọ.
- Điều trị y tế và phẫu thuật thử nghiệm, vật dụng và thuốc, trừ khi được đài thọ bởi Medicare hoặc trong một nghiên cứu y tế lâm sàng được Medicare cho phép hoặc bởi chương trình của chúng tôi. Hãy xem Chương 3, Phần J, trang 60 để biết thêm thông tin về nghiên cứu y tế lâm sàng. Điều trị thử nghiệm và các vật dụng là những thứ thông thường không được chấp nhận trong cộng đồng y tế.
- Điều trị phẫu thuật cho bệnh béo phì, trừ khi cần thiết về mặt y tế và Medicare sẽ thanh toán.
- Phòng riêng tư trong bệnh viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Y tá phụ trách riêng.
- Vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, như điện thoại hoặc ti vi.
- Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà.
- Chi phí tính cho người thân hoặc hội viên trong gia đình của quý vị.
- Các bữa ăn được gửi đến nhà của quý vị, trừ khi dưới dạng phúc lợi hạn chế chỉ dành cho những người có nhu cầu đặc biệt như được xác định trong chương trình chăm sóc cá nhân.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Các thủ tục hoặc dịch vụ tự chọn hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, nuôi tóc, hoạt động tình dục, hoạt động thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và hoạt động tâm thần), trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết vì một chấn thương do tai nạn hoặc để cải thiện một phần của cơ thể mà không định hình đúng cách. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ chi trả cho tái cấu trúc ngực sau phẫu thuật và để điều trị về vú còn lại để phù hợp với nó.
- Chăm sóc bàn chân định kỳ, trừ khi được mô tả trong dịch vụ điều trị bệnh về chân trong Bảng Phúc Lợi ở Phần D.
- Giày chỉnh hình, trừ khi giày là một phần của chân và được tính vào chi phí nẹp hoặc những đôi giày dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường.
- Các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân, ngoại trừ cho giày chỉnh hình hoặc điều trị cho những người bị bệnh chân do tiểu đường.
- Kiểm tra thính giác định kỳ.
- Phương pháp phẫu thuật RK, phẫu thuật LASIK và các phương tiện trợ thính thị lực khác.
- Thủ thuật khôi phục khả năng sinh sản và các vật dụng tránh thai không theo toa.
- Các dịch vụ liệu pháp thiên nhiên (sử dụng điều trị bằng thiên nhiên hoặc thay thế).
- Các dịch vụ cung cấp cho các cựu chiến binh tại các cơ sở Cựu Chiến Binh (VA). Tuy nhiên, khi một chiến binh dùng dịch vụ khẩn cấp tại bệnh viện VA và chia sẻ chi phí VA lớn hơn chia sẻ chi phí theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ hoàn trả chênh lệch cho cựu chiến binh. Quý vị vẫn có trách nhiệm chi trả khoản tiền chia sẻ chi phí của quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Chương 5: Nhận thuốc theo toa ngoại trú của quý vị thông qua chương trình

---

### Giới Thiệu

Chương này giải thích quy tắc để quý vị nhận được thuốc theo toa ngoại trú. Đó là những thuốc nhà cung cấp của quý vị chỉ định cho quý vị để quý vị nhận từ nhà thuốc hoặc qua đường bưu điện. Chúng bao gồm thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D và Medi-Cal. Chương 6, Phần C, trang 145 cho quý vị biết quý vị phải chi trả bao nhiêu cho các thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

SCFHP Cal MediConnect cũng đài thọ những thuốc sau, mặc dù chúng không được nói đến trong chương này:

- Những thuốc được đài thọ theo Medicare Phần A. Chúng bao gồm một số thuốc được cấp cho quý vị khi quý vị ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.
- Những thuốc được đài thọ theo Medicare Phần B. Chúng bao gồm một số thuốc hóa trị liệu, một số thuốc tiêm được cấp cho quý vị khi thăm khám tại văn phòng bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác và các thuốc được cấp cho quý vị tại phòng khám lọc thận. Để tìm hiểu thêm về các thuốc được đài thọ theo Medicare Phần B, hãy xem Bảng Phúc Lợi trong Chương 4, trang 95.

### Quy tắc để được đài thọ thuốc ngoại trú của chương trình

Chúng tôi thường sẽ đài thọ thuốc cho quý vị khi quý vị tuân theo các quy tắc trong phần này.

1. Quý vị cần có một bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác kê đơn cho quý vị. Người này thường là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Đó cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị đã giới thiệu quý vị tới dịch vụ chăm sóc.
2. Thông thường quý vị phải sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới để mua toa thuốc của quý vị.
3. Thuốc được kê toa của quý vị phải có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chương trình. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”.
  - Nếu không có trong Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể đài thọ chúng bằng cách cho phép quý vị có một ngoại lệ.



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Hãy xem Chương 9, Phần F3, trang 203 để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu một ngoại lệ.
4. Thuốc của quý vị phải được sử dụng cho chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration) chấp nhận hoặc được hỗ trợ thông qua một số tài liệu y tế tham khảo.

## Mục Lục

A. Nhận thuốc theo toa .....	124
A1. Nhận theo toa thuốc của quý vị tại một nhà thuốc trong mạng lưới .....	124
A2. Trình thẻ ID Hội Viên của quý vị khi nhận thuốc theo toa .....	124
A3. Phải làm gì nếu quý vị đổi sang một nhà thuốc trong mạng lưới khác .....	124
A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới .....	125
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa .....	125
A6. Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện để nhận thuốc của quý vị .....	125
A7. Nhận liều dùng thuốc duy trì lâu dài .....	127
A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình .....	127
A9. Thanh toán lại nếu quý vị thanh toán cho toa thuốc .....	128
B. Danh Sách Thuốc của chương trình .....	128
B1. Các thuốc trong Danh Sách Thuốc .....	128
B2. Cách tìm thuốc trong Danh Sách Thuốc .....	128
B3. Các loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc .....	129
B4. Bậc chia sẻ chi phí trong Danh Sách Thuốc .....	130
C. Giới hạn về một số loại thuốc .....	130
D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được đài thọ .....	132
D1. Nhận liều dùng tạm thời .....	132
E. Những thay đổi về bảo hiểm thuốc của quý vị .....	134

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



F. Việc đòi thuốc trong các trường hợp đặc biệt.....	136
F1. Nếu quý vị nằm viện hoặc trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn được đòi thọ bởi chương trình của chúng tôi .....	136
F2. Nếu quý vị ở trong cơ sở chăm sóc lâu dài.....	137
F3. Nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận .....	137
G. Chương trình về tính an toàn của thuốc và quản lý thuốc.....	138
G1. Chương trình giúp các hội viên sử dụng thuốc an toàn .....	138
G2. Chương trình giúp các hội viên quản lý thuốc của họ .....	138
G3. Chương trình quản lý thuốc giúp các hội viên sử dụng thuốc nhóm opioid một cách an toàn.....	139



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Nhận thuốc theo toa

### A1. Nhận theo toa thuốc của quý vị tại một nhà thuốc trong mạng lưới

Trong đa số trường hợp, chúng tôi sẽ chi trả cho các toa thuốc **chỉ** khi nhận được từ bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Một nhà thuốc trong mạng lưới là một hiệu thuốc đồng ý cấp phát thuốc theo toa cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể tới bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

### A2. Trình thẻ ID Hội Viên của quý vị khi nhận thuốc theo toa

Để nhận thuốc theo toa, **trình thẻ ID Hội Viên của quý vị** tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tính hóa đơn cho chúng tôi đối với phần chi phí của chúng tôi cho thuốc theo toa được đài thọ của quý vị. Quý vị có thể cần phải chi trả cho nhà thuốc số tiền đồng thanh toán khi nhận thuốc theo toa.

Nếu quý vị không có thẻ ID Hội Viên khi quý vị lấy thuốc, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để có những thông tin cần thiết.

**Nếu nhà thuốc không thể có được những thông tin cần thiết, quý vị có thể phải trả đầy đủ tiền toa thuốc khi quý vị lấy thuốc.** Khi đó quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị không thể trả tiền thuốc, hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect ngay lập tức. Chúng tôi sẽ làm những gì có thể để giúp đỡ quý vị.

- Để tìm hiểu cách yêu cầu hoàn tiền cho quý vị, hãy xem Chương 7, Phần A, trang 153.
- Nếu quý vị cần trợ giúp nhận thuốc theo toa, quý vị có thể liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

### A3. Phải làm gì nếu quý vị đổi sang một nhà thuốc trong mạng lưới khác

Nếu quý vị thay đổi nhà thuốc và cần nhận thêm thuốc theo toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp kê toa thuốc mới hoặc yêu cầu nhà thuốc của quý vị chuyển toa thuốc sang nhà thuốc mới nếu gần như không còn tiếp liệu thuốc.

Nếu quý vị cần giúp đỡ thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



#### **A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới**

Nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới.

Để tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

#### **A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa**

Đôi khi cần phải nhận tiếp liệu thuốc theo toa tại một nhà thuốc chuyên khoa. Nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp truyền dịch tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho cư dân thuộc một cơ sở chăm sóc lâu dài, ví dụ như viện dưỡng lão.
  - Thông thường, cơ sở chăm sóc lâu dài có nhà thuốc riêng của họ. Nếu quý vị sống trong cơ sở chăm sóc lâu dài, chúng tôi phải đảm bảo quý vị có thể nhận được thuốc mà quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở.
  - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài của quý vị không có trong mạng lưới của chúng tôi hoặc quý vị có bất kỳ khó khăn gì khi nhận các phúc lợi về thuốc ở cơ sở chăm sóc lâu dài, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.
- Các nhà thuốc phục vụ Dịch Vụ Y Tế Người Mỹ Bản Xứ/Chương Trình Y Tế Đô Thị/Bộ Lạc Người Mỹ Bản Xứ. Trừ trường hợp khẩn cấp, chỉ Người Mỹ Bản Xứ hoặc Người Alaska Bản Xứ được sử dụng các nhà thuốc này.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc yêu cầu xử lý và hướng dẫn sử dụng đặc biệt.

Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, quý vị có thể tra trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

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

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Thông thường, các thuốc có thể đặt hàng qua đường bưu điện là các thuốc quý vị sử dụng thường xuyên cho tình trạng bệnh lý mãn tính hoặc lâu dài.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện thuộc chương trình của chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng tối đa lượng thuốc dùng trong 90 ngày. Lượng thuốc dùng trong 90 ngày có cùng khoản đồng thanh toán như lượng thuốc dùng trong một tháng.

### **Nhận thuốc theo toa qua đường bưu điện**

Để có thông tin đặt hàng toa thuốc của quý vị qua đường bưu điện, hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect hoặc truy cập [www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect](http://www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect).

Thông thường, thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện sẽ đến tay quý vị trong vòng 10 ngày theo lịch. Tuy nhiên, đôi khi thuốc theo toa đặt qua đường bưu điện của quý vị có thể bị trễ. Nếu việc vận chuyển bị trễ, quý vị có thể liên hệ với nhà cung cấp của mình để có toa thuốc khẩn cấp và lấy toa thuốc từ nhà thuốc bất kỳ trong mạng lưới. Nhà thuốc có thể liên hệ SCFHP Cal MediConnect để nhận yêu cầu gửi khẩn cấp do trễ trong quá trình chuyển đơn hàng qua đường bưu điện.

### **Quá trình đặt hàng qua đường bưu điện**

Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện có các thủ tục khác nhau đối với toa thuốc mới đặt từ quý vị, toa thuốc mới đặt trực tiếp từ phòng khám của nhà cung cấp của quý vị và mua thêm thuốc theo toa qua đường bưu điện của quý vị:

#### **1. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được từ quý vị**

Nhà thuốc sẽ tự động lấy và chuyển toa thuốc mới nhận được từ quý vị.

#### **2. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng khám của nhà cung cấp**

Sau khi nhà thuốc nhận toa thuốc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, họ sẽ liên hệ với quý vị để biết quý vị muốn lấy thuốc ngay hay sau đó.

- Điều này tạo cơ hội để quý vị đảm bảo nhà thuốc chuyển đúng thuốc (bao gồm độ mạnh, liều lượng, và hình thức) và nếu cần thiết, cho phép quý vị dừng hoặc hoãn đơn hàng trước khi quý vị được xuất hóa đơn và thuốc được giao đến.
- Quan trọng là quý vị trả lời mỗi lần nhà thuốc liên hệ với quý vị, cho họ biết cần phải làm gì với đơn thuốc mới và tránh bất kỳ sự chậm trễ nào trong vận chuyển.

#### **3. Mua thêm thuốc theo toa qua đường bưu điện**

Để mua thêm thuốc, vui lòng liên hệ nhà thuốc của quý vị 10 ngày trước khi quý vị nghĩ rằng thuốc có sẵn của quý vị sẽ hết để đảm bảo đơn hàng tiếp theo của quý vị được chuyển tới đúng thời gian.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





Nhờ đó nhà thuốc có thể liên hệ để xác nhận với quý vị về đơn hàng trước khi vận chuyển, vui lòng đảm bảo rằng quý vị sẽ cho nhà thuốc biết cách tốt nhất để liên hệ với quý vị. Gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng Trực Tiếp của MedImpact để cập nhật thông tin liên lạc của quý vị theo số 1-855-873-8739, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 5 giờ sáng đến 5 giờ chiều và Thứ Bảy từ 6 giờ sáng đến 2 giờ chiều. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

### **A7. Nhận liều dùng thuốc duy trì lâu dài**

Quý vị có thể nhận liều dùng thuốc duy trì lâu dài trong Danh Sách Thuốc của chương trình của chúng tôi. Thuốc duy trì là thuốc quý vị dùng thường xuyên cho tình trạng bệnh lý mãn tính hoặc lâu dài. Khi quý vị nhận lượng thuốc để sử dụng trong thời gian dài, quý vị có thể chỉ phải chi trả khoản đồng thanh toán thấp hơn.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận liều dùng thuốc duy trì lâu dài. Lượng thuốc dùng trong 90 ngày có cùng khoản đồng thanh toán như lượng thuốc dùng trong một tháng. *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* cho quý vị biết nhà thuốc nào có thể cung cấp liều dùng thuốc duy trì lâu dài cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để biết thêm thông tin.

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình để nhận liều dùng thuốc duy trì lâu dài. Xem phần ở trên để tìm hiểu về dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện.

### **A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình**

Thông thường, chúng tôi chi trả cho các thuốc lấy tại nhà một nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ khi quý vị không thể dùng một nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ nơi quý vị có thể nhận toa thuốc được kê như một hội viên của chương trình của chúng tôi.

Chúng tôi sẽ chi trả cho toa thuốc được kê tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau:

- Khi lấy thuốc chuyên biệt không có sẵn tại một nhà thuốc trong mạng lưới
- Khi lấy thuốc có nguồn cấp phát hạn chế
- Khi lấy thuốc trong trường hợp khẩn cấp khi nhà thuốc trong mạng lưới không có sẵn, ví dụ như ốm đột ngột khi đang du lịch hoặc khi diễn ra thảm họa đã thông báo

Trong những trường hợp này, trước hết vui lòng kiểm tra với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để xem có nhà thuốc trong mạng lưới gần đó không.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## A9. Thanh toán lại nếu quý vị thanh toán cho toa thuốc

Nếu quý vị phải dùng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí khi quý vị lấy toa thuốc. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về điều này, hãy xem Chương 7, Phần A, trang 153.

---

## B. Danh Sách Thuốc của chương trình

Chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Đòi Thọ*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”.

Các thuốc trong Danh Sách Thuốc được chúng tôi lựa chọn với sự giúp đỡ của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết trường hợp có bất kỳ quy tắc nào mà quý vị cần tuân theo để nhận thuốc cho quý vị.

Thông thường chúng tôi sẽ đòi thọ thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình miễn là quý vị tuân theo các quy tắc được giải thích trong chương này.

### B1. Các thuốc trong Danh Sách Thuốc

Danh Sách Thuốc bao gồm các thuốc được đòi thọ theo Medicare Phần D và một số toa thuốc và thuốc và sản phẩm không theo toa được đòi thọ theo phúc lợi Medi-Cal của quý vị.

Danh Sách Thuốc bao gồm cả thuốc biệt dược và thuốc gốc. Thuốc gốc có cùng các thành phần như biệt dược. Thông thường, chúng có tác dụng giống thuốc biệt dược và thường rẻ hơn.

Chương trình của chúng tôi cũng đòi thọ một số thuốc và sản phẩm OTC nhất định. Một số thuốc OTC có giá thấp hơn thuốc theo toa và cũng có tác dụng như nhau. Để tìm hiểu thêm thông tin, hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

### B2. Cách tìm thuốc trong Danh Sách Thuốc

Để tìm xem loại thuốc quý vị đang uống có trong Danh Sách Thuốc hay không, quý vị có thể:

- Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi gửi cho quý vị qua đường bưu điện.
- Truy cập trang web của chương trình tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Danh Sách Thuốc trên trang web luôn mới nhất.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để tìm xem thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chương trình không hoặc để yêu cầu bản sao danh sách.

### **B3. Các loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc**

Chúng tôi không đòi hỏi cho tất cả thuốc theo toa. Một số thuốc không có trong Danh Sách Thuốc vì luật pháp không cho phép chúng tôi đòi hỏi cho những loại thuốc đó. Trong trường hợp khác, chúng tôi quyết định không bao gồm một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc.

SCFHP Cal MediConnect sẽ không chi trả cho các thuốc liệt kê trong mục này. Chúng gọi là **các thuốc bị loại trừ**. Nếu quý vị nhận toa thuốc có thuốc bị loại trừ, quý vị phải tự chi trả. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi nên chi trả cho thuốc bị loại trừ trong trường hợp của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. (Để tìm hiểu cách nộp đơn kháng nghị, hãy xem Chương 9, Phần F3, trang 203.)

Đây là ba quy tắc chung đối với thuốc bị loại trừ:

1. Khoản đòi hỏi thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú trong chương trình của chúng tôi (bao gồm các loại thuốc thuộc Phần D và Medi-Cal) không thể đòi hỏi loại thuốc sẽ được đòi hỏi theo Medicare Phần A hoặc Phần B. Những loại thuốc sẽ được đòi hỏi theo Medicare Phần A hoặc Phần B được SCFHP đòi hỏi miễn phí, nhưng chúng không được coi là một phần của các phúc lợi thuốc theo toa ngoại trú của quý vị.
2. Chương trình của chúng tôi không thể đòi hỏi loại thuốc mua từ bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ.
3. Việc sử dụng thuốc cần phải được phê duyệt bởi Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu y tế tham khảo để điều trị cho bệnh của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể kê một loại thuốc nhất định để trị bệnh của quý vị, kể cả khi nó không được chấp nhận trong điều trị bệnh. Đây được gọi là sử dụng ngoài nhãn thuốc. Chương trình của chúng tôi không đòi hỏi cho các thuốc được kê để sử dụng ngoài nhãn thuốc.

Tương tự như vậy, theo luật pháp, các loại thuốc liệt kê dưới đây không được đòi hỏi bởi Medicare hoặc Medi-Cal.

- Các thuốc dùng để thúc đẩy khả năng sinh sản
- Các thuốc dùng trong các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích tóc phát triển
- Các thuốc dùng trong điều trị về tình dục hoặc rối loạn cường dương, như Viagra®, Cialis®, Levitra® và Caverject®
- Các thuốc cho bệnh nhân ngoại trú khi công ty sản xuất thuốc nói rằng quý vị cần phải xét nghiệm hoặc sử dụng dịch vụ chỉ do họ thực hiện



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## B4. Bậc chia sẻ chi phí trong Danh Sách Thuốc

Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi thuộc một trong bốn bậc chia sẻ chi phí. Bậc là một nhóm các loại thuốc thường cùng loại (ví dụ như biệt dược, thuốc gốc, hoặc thuốc không theo toa (OTC)). Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, thì chi phí cho thuốc càng cao.

- Thuốc bậc 1 là thuốc gốc. Khoản đồng thanh toán là \$0.
- Thuốc bậc 2 là thuốc biệt dược. Khoản đồng thanh toán dao động trong khoảng từ \$0 đến \$9.20, tùy thuộc vào mức thu nhập của quý vị (mức chia sẻ chi phí cao nhất).
- Thuốc bậc 3 là thuốc theo toa không thuộc Medicare và được Medi-Cal đài thọ. Khoản đồng thanh toán là \$0.
- Thuốc bậc 4 là thuốc không theo toa (OTC) không thuộc Medicare và được Medi-Cal đài thọ. Khoản đồng thanh toán là \$0.

Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho thuốc của quý vị, tra thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Chương 6, Phần D3, trang 146 sẽ cho biết khoản tiền quý vị phải trả cho thuốc trong mỗi bậc chia sẻ chi phí.

---

## C. Giới hạn về một số loại thuốc

Đối với những thuốc theo toa nhất định, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và khi nào chương trình đài thọ chúng. Thông thường, quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị lấy thuốc hiệu quả cho tình trạng bệnh lý của quý vị và nó an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc an toàn, chi phí thấp tác dụng giống như thuốc có chi phí cao, chúng tôi mong nhà cung cấp của quý vị sẽ kê toa loại thuốc có chi phí thấp hơn.

**Nếu có quy tắc đặc biệt đối với thuốc của quý vị, điều đó có nghĩa quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần thực hiện thêm các bước để chúng tôi đài thọ thuốc.** Ví dụ như trước hết nhà cung cấp của quý vị có thể cho chúng tôi biết chẩn đoán hoặc cung cấp kết quả xét nghiệm máu của quý vị. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng không nên áp dụng quy tắc của chúng tôi trong trường hợp của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một ngoại lệ. Chúng tôi có thể có hoặc không đồng ý để quý vị sử dụng thuốc mà không thực hiện các bước thêm.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9, F3, trang 203.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## 1. Hạn chế việc sử dụng thuốc biệt dược khi có sẵn phiên bản thuốc gốc

Nói chung, thuốc gốc có hiệu quả như thuốc biệt dược và thường rẻ hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có phiên bản thuốc gốc của một loại thuốc biệt dược, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc.

- Chúng tôi thường không chi trả cho thuốc biệt dược khi có phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế không có thuốc gốc cũng như thuốc được đài thọ khác trị cùng một bệnh cũng không có tác dụng đối với quý vị, thì chúng tôi sẽ đài thọ thuốc biệt dược.
- Khoản đồng thanh toán cho thuốc biệt dược của quý vị có thể lớn hơn so với thuốc gốc.

## 2. Xin phê duyệt trước từ chương trình

Đối với một số thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải có sự phê duyệt từ SCFHP Cal MediConnect trước khi quý vị nhận thuốc theo toa. Nếu quý vị không có sự phê duyệt, SCFHP Cal MediConnect sẽ không đài thọ thuốc.

## 3. Trước hết hãy thử loại thuốc khác

Thông thường, chúng tôi muốn quý vị thử các thuốc có giá thấp hơn (thường là hiệu quả tương tự) trước khi chúng tôi đài thọ các thuốc có giá cao hơn. Ví dụ như nếu Thuốc A và Thuốc B trị cùng một bệnh và Thuốc A có giá thấp hơn Thuốc B, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử Thuốc A trước.

Nếu Thuốc A không có tác dụng với quý vị, chúng tôi sẽ đài thọ cho Thuốc B. Đó gọi là trị liệu từng bước.

## 4. Số lượng giới hạn

Đối với một số thuốc, chúng tôi hạn chế lượng thuốc quý vị có thể có. Điều này được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ như chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận được mỗi khi quý vị mua toa thuốc.

Để tìm hiểu xem có bất kỳ quy tắc nào trên đây áp dụng đối với thuốc mà quý vị mua hoặc muốn mua, hãy xem Danh Sách Thuốc. Để có thông tin cập nhật nhất, hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect hoặc xem trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được đài thọ

Chúng tôi cố gắng thực hiện việc bảo hiểm thuốc cho quý vị, nhưng đôi khi một loại thuốc có thể không được đài thọ theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Thuốc quý vị muốn mua không được đài thọ trong chương trình của chúng tôi. Thuốc có thể không có trong Danh Sách Thuốc. Phiên bản thuốc gốc của thuốc đó có thể được đài thọ, nhưng phiên bản biệt dược mà quý vị muốn mua thì không. Loại thuốc có thể mới và chúng tôi chưa đánh giá về tính an toàn và hiệu quả.
- Loại thuốc được đài thọ, nhưng có những quy tắc đặc biệt hoặc hạn chế về việc đài thọ cho thuốc đó. Như giải thích ở mục ở trên, một số thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ có những quy tắc hạn chế việc sử dụng chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa thuốc cho quý vị muốn yêu cầu chúng tôi một trường hợp ngoại lệ đối với quy tắc.

Có những điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn.

### D1. Nhận liều dùng tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp liều dùng thuốc tạm thời cho quý vị khi thuốc không có trong Danh Sách Thuốc hoặc khi bị hạn chế theo cách nào đó. Điều này cho quý vị thời gian để nói chuyện với nhà cung cấp về việc sử dụng thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc.

**Để được cung cấp liều dùng thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:**

1. Thuốc quý vị đang sử dụng:

- không còn trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, **hoặc**
- chưa từng có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, **hoặc**
- hiện bị hạn chế theo cách nào đó.

2. Quý vị phải thuộc một trong các tình huống sau:

- Quý vị đã tham gia chương trình vào năm ngoái.
  - Chúng tôi sẽ đài thọ liều dùng thuốc tạm thời cho quý vị **trong vòng 90 ngày đầu tiên của năm theo lịch.**
  - Liều dùng thuốc tạm thời này sẽ lên đến lượng thuốc dùng trong 31 ngày.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho khoảng thời gian ngắn hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua thuốc nhiều lần để cung cấp lượng thuốc tối đa cần dùng trong 31 ngày. Quý vị phải mua toa thuốc tại nhà thuốc trong mạng lưới.
- Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa của quý vị với số lượng nhỏ cùng một lúc để tránh lãng phí.
- Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
  - Chúng tôi sẽ đài thọ liều dùng thuốc tạm thời cho quý vị **trong vòng 90 ngày đầu tiên là hội viên** của chương trình.
  - Liều dùng thuốc tạm thời này sẽ lên đến lượng thuốc dùng trong 31 ngày.
  - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho khoảng thời gian ngắn hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua thuốc nhiều lần để cung cấp lượng thuốc tối đa cần dùng trong 31 ngày. Quý vị phải mua toa thuốc tại nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa của quý vị với số lượng nhỏ cùng một lúc để tránh lãng phí.
- Quý vị đã tham gia chương trình được hơn 90 ngày và sống trong cơ sở chăm sóc lâu dài và cần liều dùng ngay lập tức.
  - Chúng tôi sẽ đài thọ một lượng thuốc dùng trong 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho thời gian ngắn hơn. Điều này bổ sung cho việc cung cấp tạm thời phía trên.
  - Nếu quý vị đang chuyển tiếp giữa các mức độ chăm sóc khác nhau (ví dụ như vào hoặc ra khỏi một cơ sở chăm sóc lâu dài hoặc một bệnh viện), SCFHP sẽ đài thọ lượng thuốc chuyển tiếp trong một tháng để quý vị sử dụng trong môi trường mới. Việc này sẽ giải quyết mọi hạn chế có thể có trong giai đoạn chuyển tiếp.
  - Để yêu cầu liều dùng thuốc tạm thời, hãy gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng.

Khi quý vị nhận được liều dùng thuốc tạm thời, quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về những gì cần làm khi quý vị hết thuốc. Đây là những lựa chọn cho quý vị:

- Quý vị có thể thay đổi loại thuốc khác.

Có thể có loại thuốc khác được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi có tác dụng đối với quý vị. Quý vị có thể gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để yêu cầu danh sách thuốc được đài thọ trị cùng tình trạng bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được đài thọ có tác dụng đối với quý vị.

## HOẶC



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ.

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một ngoại lệ. Ví dụ như quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ một loại thuốc kể cả khi nó không có trong Danh Sách Thuốc. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc mà không có giới hạn nào. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế hợp lý để được ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần F3, trang 203.

Nếu cần giúp đỡ về yêu cầu ngoại lệ, quý vị có thể liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

---

## E. Những thay đổi về bảo hiểm thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc xảy ra vào ngày 1 tháng 1, nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc loại bỏ các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi quy định của mình về các loại thuốc. Ví dụ như chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu phê duyệt trước cho một loại thuốc. (Phê duyệt trước là sự cho phép của SCFHP Cal MediConnect trước khi quý vị có thể nhận được thuốc.)
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận (được gọi là giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế đối với phương pháp trị liệu từng bước trên một loại thuốc. (Phương pháp trị liệu từng bước có nghĩa là quý vị phải thử một loại thuốc trước khi được chúng tôi đài thọ một loại thuốc khác.)

Để biết thêm thông tin về các quy tắc thuốc này, xem Phần C trước đó trong chương này.

Nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được đài thọ vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi khoản đài thọ của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ khi:

- trên thị trường đã xuất hiện một loại thuốc mới rẻ hơn có tác dụng tương đương với thuốc trong Danh Sách Thuốc hiện tại, **hoặc**
- chúng tôi biết được rằng một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- một loại thuốc bị loại khỏi thị trường.

Để biết thêm thông tin về những gì xảy ra khi Danh Sách Thuốc thay đổi, quý vị có thể:

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Kiểm tra Danh Sách Thuốc cập nhật của chúng tôi trực tuyến tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) hoặc
- Gọi Dịch Vụ Khách Hàng để kiểm tra Danh Sách Thuốc hiện tại theo số 1-877-723-4795.

Một số thay đổi đối với Danh Sách Thuốc sẽ xảy ra **ngay lập tức**. Ví dụ:

- **Một loại thuốc gốc mới có sẵn.** Đôi khi, một loại thuốc gốc mới xuất hiện trên thị trường và có tác dụng tương đương với một loại thuốc biệt dược trong Danh Sách Thuốc hiện tại. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ sản phẩm thuốc biệt dược đó và bổ sung loại thuốc gốc mới, nhưng chi phí cho loại thuốc mới sẽ giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn.

Khi chúng tôi thêm thuốc gốc loại mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc biệt dược trong danh sách nhưng thay đổi các quy định hoặc giới hạn đài thọ của thuốc đó.

- Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi hoặc những thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu một “ngoại lệ” từ những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo với các bước mà quý vị có thể thực hiện để yêu cầu một ngoại lệ. Vui lòng xem Chương 9 của sổ tay này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.
- **Một loại thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.** Nếu Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) cho biết loại thuốc mà quý vị đang dùng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc rút thuốc ra khỏi thị trường, chúng tôi sẽ loại thuốc ra khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang sử dụng thuốc này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết. Quý vị có thể cần phải liên hệ với nhà cung cấp của mình để trao đổi về những gì cần làm đối với tình trạng y tế của quý vị.

**Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến các loại thuốc mà quý vị dùng.** Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác trong Danh Sách Thuốc. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA có hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.
- Chúng tôi bổ sung một thuốc gốc loại không phải là thuốc mới cho thị trường và
  - Thay thế một loại thuốc chính hiệu hiện có trong Danh sách thuốc **hoặc**
  - Thay đổi các quy tắc đài thọ hoặc giới hạn cho thuốc biệt dược.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi sẽ:

- Thông báo cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi Danh mục thuốc hoặc
- Cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thêm.

Việc này sẽ cho quý vị thời gian để trao đổi với bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình. Người đó có thể giúp quý vị quyết định:

- Nếu có một loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc mà quý vị có thể sử dụng thay thế hoặc
- Liệu quý vị có cần yêu cầu ngoại lệ nào từ những thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu các ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần F3, trang 203.

**Chúng tôi có thể thay đổi các loại thuốc quý vị đang dùng mà không ảnh hưởng đến tình trạng hiện tại của quý vị.** Đối với những thay đổi như vậy, nếu quý vị đang sử dụng một loại thuốc mà chúng tôi đã đài thọ vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi khoản đài thọ của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm.**

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

---

## F. Việc đài thọ thuốc trong các trường hợp đặc biệt

### F1. Nếu quý vị nằm viện hoặc trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị được nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi, thông thường chúng tôi sẽ đài thọ các thuốc theo toa trong suốt thời gian quý vị nằm viện. Quý vị không phải trả khoản đồng thanh toán. Khi quý vị rời bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ đài thọ thuốc của quý vị miễn là thuốc đáp ứng tất cả các quy tắc để được đài thọ của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm thuốc và các khoản mà quý vị cần thanh toán, hãy xem Chương 6, Phần C, trang 145.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## F2. Nếu quý vị ở trong cơ sở chăm sóc lâu dài

Một cơ sở chăm sóc lâu dài, ví dụ như viện dưỡng lão, thường có nhà thuốc riêng hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người sống tại đó. Nếu quý vị sống trong cơ sở chăm sóc lâu dài, quý vị có thể nhận thuốc theo toa qua nhà thuốc của cơ sở nếu thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của quý vị để biết nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị muốn biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

## F3. Nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận

Thuốc không bao giờ được đài thọ đồng thời bởi dịch vụ chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi.

- Nếu quý vị ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và yêu cầu một loại thuốc giảm đau, chống nôn, thuốc nhuận tràng hoặc chống lo âu không được đài thọ bởi viện chăm sóc cuối đời do thuốc không liên quan đến tình trạng đau ốm hoặc chẩn đoán ở giai đoạn cuối của quý vị, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo hoặc từ người kê toa hoặc từ nhà cung cấp chăm sóc cuối đời của quý vị rằng thuốc này không liên quan trước khi chương trình có thể đài thọ cho thuốc đó.
- Để tránh chậm trễ trong việc nhận bất kỳ thuốc không liên quan nào được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể hỏi nhà cung cấp chăm sóc cuối đời hoặc người kê thuốc của quý vị để đảm bảo rằng chúng tôi được thông báo về thuốc không liên quan trước khi quý vị hỏi mua toa thuốc của quý vị tại một nhà thuốc.

Nếu quý vị rời cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ toàn bộ thuốc của quý vị. Để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào tại nhà thuốc khi phúc lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị chấm dứt, quý vị nên gửi văn bản cho nhà thuốc xác nhận quý vị đã rời khỏi dịch vụ cuối đời. Xem các phần trước trong chương này cho quý vị biết về các quy tắc để được bảo hiểm thuốc theo Phần D.

Để tìm hiểu thêm về phúc lợi chăm sóc cuối đời, hãy xem Chương 4, trang 66.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## G. Chương trình về tính an toàn của thuốc và quản lý thuốc

### G1. Chương trình giúp các hội viên sử dụng thuốc an toàn

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

- Thuốc có thể không cần thiết do quý vị dùng loại thuốc khác có cùng tác dụng
- Các thuốc có thể không an toàn đối với tuổi hoặc giới tính của quý vị
- Thuốc có thể gây hại cho quý vị nếu quý vị sử dụng cùng lúc
- Có thành phần mà quý vị đang hoặc có thể bị dị ứng với
- Có lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu chúng tôi thấy một vấn đề có khả năng xảy ra trong khi quý vị sử dụng thuốc theo toa, chúng tôi sẽ làm việc với các nhà cung cấp của quý vị để khắc phục các vấn đề.

### G2. Chương trình giúp các hội viên quản lý thuốc của họ

Nếu quý vị dùng thuốc cho các tình trạng bệnh lý khác nhau và/hoặc trong Chương Trình Quản Lý Thuốc giúp quý vị sử dụng các loại thuốc opioid an toàn, quý vị có thể hội đủ điều kiện được nhận dịch vụ miễn phí từ chương trình quản lý liệu pháp thuốc (MTM). Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị đảm bảo các thuốc quý vị dùng sẽ cải thiện sức khỏe của quý vị. Một dược sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác sẽ cho quý vị những đánh giá chuyên sâu về tất cả các loại thuốc của quý vị và trao đổi với quý vị về:

- Cách nhận được lợi ích cao nhất từ các loại thuốc mà quý vị sử dụng
- Bất kỳ quan ngại nào mà quý vị có, như giá thuốc và các phản ứng của thuốc
- Cách tốt nhất để sử dụng các loại thuốc của quý vị
- Bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề nào quý vị có về thuốc theo toa và thuốc không theo toa

Quý vị sẽ nhận được văn bản tóm tắt về cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt này có một kế hoạch hành động về thuốc, khuyến nghị những việc quý vị có thể làm để sử dụng tốt nhất các thuốc của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc cá nhân sẽ bao gồm tất cả các thuốc mà quý vị đang dùng và tại sao quý vị dùng chúng. Ngoài ra, quý vị sẽ nhận thông tin về việc loại bỏ an toàn thuốc theo toa là chất bị kiểm soát.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Tốt hơn là nên lên lịch đánh giá thuốc cho quý vị trước lần thăm khám “Sức Khỏe” hàng năm, như vậy quý vị có thể trao đổi với bác sĩ về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình. Hãy mang theo kế hoạch hành động và danh sách thuốc bên mình khi đến thăm khám với bác sĩ hoặc bất kỳ lúc nào quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của mình. Đồng thời, hãy mang theo danh sách thuốc nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Các chương trình quản lý liệu pháp thuốc là tự nguyện và miễn phí cho các hội viên đủ tiêu chuẩn. Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn ở trong chương trình đó, vui lòng cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về những chương trình này, vui lòng liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

### **G3. Chương trình quản lý thuốc giúp các hội viên sử dụng thuốc nhóm opioid một cách an toàn**

SCFHP Cal MediConnect có chương trình có thể trợ giúp hội viên sử dụng thuốc theo toa nhóm opioid an toàn và các loại thuốc khác thường xuyên được sử dụng không đúng. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP).

Nếu quý vị sử dụng thuốc nhóm opioid mà quý vị nhận được từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc hoặc nếu quý vị gần đây bị quá liều opioid, chúng tôi có thể trao đổi với các bác sĩ của quý vị để đảm bảo quý vị sử dụng thuốc phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Khi trao đổi với các bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi thấy rằng quý vị sử dụng không an toàn thuốc nhóm opioid hoặc benzodiazepine, chúng tôi có thể giới hạn quý vị nhận những loại thuốc đó. Các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc cho những loại thuốc đó **từ những nhà thuốc nhất định** và/hoặc **bác sĩ nhất định**
- **Hạn chế số lượng** của những loại thuốc mà chúng tôi sẽ đòi hỏi cho quý vị

Nếu chúng tôi quyết định cần áp dụng một hoặc nhiều hạn chế đối với quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trước. Bức thư sẽ giải thích những hạn chế mà chúng tôi nghĩ rằng nên áp dụng.

**Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc nhà thuốc nào mà quý vị muốn sử dụng và mọi thông tin quý vị nghĩ là quan trọng mà chúng tôi cần biết.** Nếu chúng tôi quyết định hạn chế phạm vi bảo hiểm các loại thuốc này sau khi quý vị có cơ hội trả lời, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận những hạn chế này.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, quý vị không đồng ý rằng mình có nguy cơ lạm dụng thuốc theo toa hoặc quý vị không đồng ý với hạn chế đó, thì quý vị và người kê toa của quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Nếu quý vị kháng nghị, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong kháng nghị của quý vị liên quan đến các hạn chế có được các loại thuốc này, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập (IRE). (Để tìm hiểu cách nộp đơn kháng nghị và tìm hiểu thêm về IRE, hãy xem Chương 9, Phần E3, trang 186.)

DMP có thể không áp dụng đối với quý vị nếu quý vị:

- có một số tình trạng bệnh lý nhất định, như ung thư, hoặc bệnh hồng cầu hình liềm,
- đang được chăm sóc trong giai đoạn cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối cuộc đời, **hoặc**
- đang sống tại một cơ sở chăm sóc dài hạn.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Chương 6: Số tiền quý vị trả cho các thuốc theo toa trong chương trình Medicare và Medi-Cal của mình

---

### Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết về số tiền mà quý vị trả cho các thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú của mình. Khi nhắc đến “các thuốc,” có nghĩa là:

- Thuốc theo toa Medicare Phần D, **và**
- Các loại thuốc và đồ dùng được đài thọ theo Medi-Cal, **và**
- Các thuốc và mục được đài thọ bởi chương trình như các phúc lợi bổ sung.

Vì quý vị hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, nên quý vị được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare nhằm giúp thanh toán cho các thuốc theo toa Medicare Phần D của mình.

**Hỗ Trợ Bổ Sung** là một chương trình của Medicare nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Hỗ Trợ Bổ Sung cũng còn được gọi là “Trợ Cấp Thu Nhập Thấp” hoặc “LIS”.

Các thuật ngữ chính khác và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

Để tìm hiểu thêm về các thuốc theo toa, quý vị có thể xem ở những nơi sau:

- Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ của chúng tôi.
  - Chúng tôi gọi đó là “Danh Sách Thuốc”. Nó cho quý vị biết:
    - Những thuốc nào chúng tôi chi trả
    - Mỗi loại thuốc có trong bốn bậc chia sẻ chi phí nào
    - Có bất kỳ giới hạn nào đối với các thuốc đó hay không
  - Nếu quý vị cần bản sao Danh Sách Thuốc, hãy gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect. Quý vị cũng có thể tìm Danh Sách Thuốc trên trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Danh Sách Thuốc trên trang web luôn mới nhất.
- Chương 5 của *Sổ Tay Hội Viên* này.
  - Chương 5, trang 121 cho quý vị biết cách nhận được thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Nó bao gồm các quy tắc mà quý vị cần làm theo. Nó cũng cho biết những loại thuốc theo toa nào *không* được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi.
- Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc của chúng tôi.
  - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới để nhận các thuốc được đài thọ của mình. Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý làm việc với chúng tôi.
  - *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* có một danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị có thể đọc thêm về các nhà thuốc trong mạng lưới ở Chương 5, Phần A, trang 124.

## Mục Lục

A. <i>Bản Giải Thích Các Phúc Lợi (EOB)</i> .....	143
B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị .....	143
C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc cho thuốc Medicare Phần D.....	145
D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu .....	145
D1. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị .....	146
D2. Nhận liều dùng thuốc lâu dài .....	146
D3. Những khoản quý vị phải trả .....	146
D4. Kết thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu.....	148
E. Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương .....	148
F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ của quý vị kê toa thuốc ít hơn liều dùng thuốc của cả một tháng.....	148
G. Hỗ Trợ Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Theo Toa dành cho Người Nhiễm HIV/AIDS .....	149
G1. Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) là gì .....	149
G2. Phải làm gì nếu quý vị không ghi danh vào ASAP.....	149
G3. Phải làm gì nếu quý vị đã ghi danh vào ADAP .....	149
H. Chích ngừa .....	150
H1. Những điều quý vị cần biết trước khi đi chích ngừa.....	150
H2. Quý vị phải trả bao nhiêu cho việc tiêm chủng ngừa Part D của Medicare ....	150

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





---

## A. Bản Giải Thích Các Phúc Lợi (EOB)

Chương trình của chúng tôi theo dõi các thuốc theo toa của quý vị. Chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự xuất túi** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc người khác đại diện cho quý vị thanh toán cho các toa thuốc của quý vị.
- **Tổng chi phí mua thuốc** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc người đại diện cho quý vị thanh toán cho các toa thuốc của quý vị, cộng với số tiền mà chúng tôi thanh toán.

Khi quý vị nhận các thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi gửi cho quý vị một báo cáo được gọi là *Giải Thích Các Phúc Lợi*. Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị sử dụng. EOB bao gồm:

- **Thông tin cho tháng.** Báo cáo này cho biết những thuốc theo toa quý vị đã nhận. Nó thể hiện tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã thanh toán và số tiền mà quý vị và những người khác trả thay cho quý vị đã thanh toán.
- **Thông tin “từ đầu năm đến nay”.** Đây là tổng chi phí thuốc của quý vị và tổng các khoản thanh toán đã thực hiện từ ngày 1 tháng 1.

Chúng tôi đòi hỏi cho các thuốc không được đòi hỏi theo Medicare.

- Các khoản thanh toán đã thực hiện cho những loại thuốc này sẽ không tính vào tổng chi phí tự xuất túi của quý vị.
- Để tìm những thuốc mà chương trình của chúng tôi đòi hỏi, hãy xem Danh Sách Thuốc.

---

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

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện, chúng tôi sử dụng các hồ sơ nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Sau đây là cách quý vị có thể giúp chúng tôi:

### 1. Sử dụng Thẻ ID Hội Viên của quý vị.

Trình Thẻ ID Hội Viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc cho một toa thuốc. Việc này giúp chúng tôi biết những toa thuốc mà quý vị mua và những gì quý vị trả.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## 2. Đảm bảo chúng tôi có thông tin mà chúng tôi cần.

Cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai các loại thuốc mà quý vị đã chi trả. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chi phí thuốc của chúng tôi.

Sau đây là một số thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai của mình:

- Khi quý vị mua một thuốc được đòi hỏi tại một nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không phải là một phần trong phúc lợi của chương trình của chúng tôi
- Khi quý vị trả một khoản đồng thanh toán cho các thuốc mà quý vị nhận theo một chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
- Khi quý vị mua các thuốc được đòi hỏi tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thanh toán toàn bộ giá cho một thuốc được đòi hỏi

Để tìm hiểu cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả phần tiền mua thuốc của chúng tôi cho quý vị, hãy xem Chương 7, Phần A, trang 153.

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

Các khoản thanh toán được trả bởi những người và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự xuất túi của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán được trả bởi một chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, Dịch Vụ Y Tế Người Mỹ Bản Xứ và hầu hết các tổ chức từ thiện được tính vào chi phí tự xuất túi của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm tai ương. Khi quý vị tới Giai đoạn bảo hiểm tai ương, SCFHP Cal MediConnect sẽ thanh toán mọi chi phí thuốc Phần D cho đến hết năm.

## 4. Kiểm tra các báo cáo chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận được *Bản Giải Thích Các Phúc Lợi* qua đường bưu điện, vui lòng đảm bảo rằng nó đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó bị sai hoặc thiếu trong báo cáo hoặc nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect. Hãy chắc chắn quý vị giữ lại những báo cáo đó. Chúng là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc cho thuốc Medicare Phần D

Có hai giai đoạn thanh toán bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D theo SCFHP Cal MediConnect. Mức quý vị phải trả phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi quý vị mua hoặc mua bổ sung thuốc theo toa. Hai giai đoạn này là:

<b>Giai Đoạn 1: Giai đoạn bảo hiểm ban đầu</b>	<b>Giai Đoạn 2: Giai đoạn bảo hiểm tai ương</b>
<p>Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán các chi phí tiền thuốc của quý vị, và quý vị thanh toán phần chia sẻ của mình. Phần của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán.</p> <p>Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên của mình trong năm đó.</p>	<p>Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán tất cả các khoản chi phí tiền thuốc của quý vị đến ngày 31 tháng 12 năm 2021.</p> <p>Quý vị bắt đầu vào giai đoạn này sau khi quý vị đã trả một khoản chi phí tự xuất túi nhất định.</p>

## D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, chúng tôi trả một phần chi phí tiền thuốc theo toa được đài thọ của quý vị, và quý vị sẽ trả phần của mình. Phần của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Khoản đồng thanh toán tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và giai đoạn hiện tại của quý vị.

Bậc chia sẻ chi phí là nhóm thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình đều thuộc một trong bốn bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc có số càng cao thì mức đồng thanh toán cũng cao hơn. Để tìm hiểu các thuốc của quý vị thuộc mức chia sẻ chi phí nào, quý vị có thể tìm trong Danh Sách Thuốc.

- Thuốc bậc 1 là thuốc gốc. Khoản đồng thanh toán là \$0.
- Thuốc bậc 2 là thuốc biệt dược. Khoản đồng thanh toán dao động trong khoảng từ \$0 đến \$9.20, tùy thuộc vào mức thu nhập của quý vị (mức chia sẻ chi phí cao nhất).
- Thuốc bậc 3 là thuốc theo toa không thuộc Medicare và được Medi-Cal đài thọ. Khoản đồng thanh toán là \$0.
- Thuốc bậc 4 là thuốc không theo toa (OTC) không thuộc Medicare và được Medi-Cal đài thọ. Khoản đồng thanh toán là \$0.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## D1. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền thuốc mà quý vị phải trả phụ thuộc vào nơi quý vị mua thuốc:

- Nhà thuốc trong mạng lưới, **hoặc**
- Nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Trong những trường hợp nhất định, chúng tôi sẽ đài thọ cho toa thuốc được mua ở nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy xem Chương 5, Phần A, trang 124 để tìm hiểu khi nào chúng tôi sẽ thực hiện điều này.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nhà thuốc, hãy xem Chương 5, Phần A, trang 124 trong sổ tay này và *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

## D2. Nhận liều dùng thuốc lâu dài

Đối với một số thuốc, quý vị có thể nhận được liều dùng thuốc lâu dài (còn được gọi là “liều dùng thuốc kéo dài”) khi mua toa thuốc. Liều dùng thuốc lâu dài là liều dùng trong 90 ngày. Quý vị cũng trả giống như trả cho liều dùng một tháng.

Để biết thêm chi tiết về nơi và cách nhận liều dùng thuốc lâu dài, hãy xem Chương 5, Phần A7, trang 127 hoặc *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*.

## D3. Những khoản quý vị phải trả

Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu, quý vị có thể phải trả khoản đồng thanh toán mỗi khi mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được đài thọ của quý vị thấp hơn khoản đồng thanh toán, thì quý vị sẽ thanh toán giá thấp hơn.

Quý vị có thể liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để tìm hiểu mức đồng thanh toán cho bất kỳ loại thuốc được đài thọ nào của quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Phần chia sẻ chi phí khi quý vị mua liệu thuốc theo toa được đài thọ dùng trong một tháng hoặc lâu dài ở:**

	<b>Nhà thuốc trong mạng lưới</b>	<b>Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình</b>	<b>Nhà thuốc chăm sóc lâu dài trong mạng lưới</b>	<b>Nhà thuốc ngoài mạng lưới</b>
	Liều dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	Liều dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	Liều trong tối đa 90 ngày	Liều trong tối đa 31 ngày. Chỉ một số trường hợp nhất định được đài thọ. Hãy xem Chương 5, Phần C, trang 130 để biết thêm chi tiết.
<b>Chia sẻ chi phí Bậc 1</b> (Thuốc gốc)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Chia sẻ chi phí Bậc 2</b> (Thuốc biệt dược)	\$0 đến \$9.20	\$0 đến \$9.20	\$0 đến \$9.20	\$0 đến \$9.20
<b>Chia sẻ chi phí Bậc 3</b> (Thuốc theo toa không thuộc Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Chia sẻ chi phí Bậc 4</b> (Thuốc không theo toa (OTC) không thuộc Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Để biết thông tin về các nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị liều dùng thuốc lâu dài, hãy xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

#### **D4. Kết thúc Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu**

Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí tự xuất túi của quý vị đạt \$6,550. Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu kể từ thời điểm này. Chúng tôi đài thọ mọi chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm này cho đến hết năm.

Các báo cáo *Giải Thích Các Phúc Lợi* của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi quý vị đã trả hết bao nhiêu cho thuốc theo toa trong năm. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đạt hạn mức \$6,550. Có nhiều người không đạt tới giới hạn này trong một năm.

---

### **E. Giai Đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương**

Khi quý vị đạt tới mức giới hạn chi phí tự xuất túi là \$6,550 cho thuốc theo toa của mình, Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương cho đến hết năm theo lịch. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả tất cả mọi chi phí thuốc Medicare cho quý vị.

---

### **F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ của quý vị kê toa thuốc ít hơn liều dùng thuốc của cả một tháng**

Trong một vài trường hợp, quý vị trả một khoản đồng thanh toán để đài thọ liều dùng thuốc đài thọ của cả một tháng. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê toa thuốc ít hơn liều dùng thuốc của một tháng.

- Có khi quý vị muốn bác sĩ kê toa thuốc ít hơn liều dùng thuốc cho một tháng (ví dụ như khi quý vị lần đầu thử dùng loại thuốc được biết là có những phản ứng phụ nghiêm trọng).
- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải trả tiền cho liều dùng của một số loại thuốc nhất định cho cả một tháng.

Khi quý vị mua một lượng thuốc ít hơn liều dùng cho một tháng, số tiền mà quý vị cần thanh toán sẽ được tính dựa trên số ngày thuốc quý vị nhận. Chúng tôi sẽ tính số tiền quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của mình (“tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày”) và nhân với số ngày quý vị nhận thuốc.

- Sau đây là ví dụ: Giả sử khoản đồng thanh toán cho liều dùng thuốc của quý vị cho cả một tháng (liều dùng thuốc cho 31 ngày) là \$4. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị thanh toán cho thuốc của quý vị cao hơn một chút so với mức \$0.13 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận liều dùng thuốc trong 7 ngày, thì quý vị sẽ thanh toán \$0.13 một ngày nhân với 7 ngày, và tổng số tiền thanh toán là \$0.90.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Mức chia sẻ chi phí hàng ngày cho phép quý vị biết chắc chắn là thuốc có tác dụng đối với quý vị trước khi quý vị nhận liều dùng thuốc cho cả tháng.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của mình kê đơn thuốc với lượng thuốc để sử dụng trong thời gian ít hơn một tháng, nếu điều này sẽ giúp quý vị:
  - có kế hoạch tốt hơn khi quý vị mua thêm thuốc,
  - phối hợp mua thuốc với các loại thuốc khác mà quý vị đang dùng, và
  - Không phải đến nhà thuốc nhiều lần.

---

## **G. Hỗ Trợ Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Theo Toa dành cho Người Nhiễm HIV/AIDS**

### **G1. Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) là gì**

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp bảo đảm các cá nhân đủ điều kiện đang mắc bệnh HIV/AIDS có cơ hội tiếp nhận thuốc điều trị HIV. Thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D dành cho bệnh nhân ngoại trú, cũng được ADAP đài thọ, đủ điều kiện để được nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa qua Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Cộng Đồng California (California Department of Public Health), Văn Phòng AIDS dành cho các cá nhân đã ghi danh tham gia ADAP.

### **G2. Phải làm gì nếu quý vị không ghi danh vào ASAP**

Để biết thông tin về các tiêu chí hội đủ điều kiện tham gia, các loại thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi số 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web của ADAP tại

[www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

### **G3. Phải làm gì nếu quý vị đã ghi danh vào ADAP**

ADAP có thể tiếp tục cung cấp hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D cho khách hàng của ADAP đối với các loại thuốc có trong danh mục thuốc của ADAP. Để bảo đảm quý vị tiếp tục nhận được hỗ trợ này, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh của ADAP tại địa phương quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến tên của chương trình hoặc số hợp đồng bảo hiểm thuộc Medicare Phần D của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc tìm kiếm địa điểm ghi danh tham gia ADAP gần nhất và/hoặc nhân viên ghi danh, vui lòng gọi số 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web nêu trên.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## H. Chích ngừa

Chúng tôi đòi hỏi cho các vắc-xin Medicare Phần D. Bảo hiểm các vắc-xin Medicare Phần D của chúng tôi có hai phần:

1. Phần bảo hiểm đầu tiên là chi phí cho **chính vắc-xin**. Vắc-xin là một loại thuốc theo toa.
2. Phần bảo hiểm thứ hai là chi phí để **cung cấp vắc-xin cho quý vị**. Ví dụ: đôi khi quý vị có thể được tiêm vắc-xin bởi bác sĩ của quý vị.

### H1. Những điều quý vị cần biết trước khi đi chích ngừa

Chúng tôi đề nghị quý vị gọi cho chúng tôi trước qua Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect bất cứ lúc nào quý vị có kế hoạch đi chích ngừa.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết việc chích ngừa đó được đòi hỏi như thế nào bởi chương trình của chúng tôi và giải thích phần chia sẻ chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách giảm các chi phí cho mình bằng cách sử dụng các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình sức khỏe này. Nhà cung cấp trong mạng lưới cần làm việc với SCFHP Cal MediConnect để đảm bảo rằng quý vị không có bất kỳ chi phí trả trước nào cho một vắc-xin Phần D.

### H2. Quý vị phải trả bao nhiêu cho việc tiêm chủng ngừa Part D của Medicare

Việc quý vị trả bao nhiêu cho một lần tiêm chủng tùy thuộc vào loại vắc-xin (quý vị được tiêm chủng cho loại bệnh nào).

- Một số loại vắc-xin được coi là có lợi cho sức khỏe chứ không phải thuốc. Những vắc-xin này được đòi hỏi miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về đòi hỏi bảo hiểm những vắc-xin này, hãy xem Bảng Phúc Lợi trong Chương 4, Phần D, trang 87.
- Các vắc-xin khác được xem là thuốc thuộc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các vắc-xin này trong Danh Sách Thuốc của chương trình. Quý vị có thể phải trả khoản đồng thanh toán cho vắc-xin thuộc Medicare Phần D.

Sau đây là ba cách thông thường quý vị có thể nhận tiêm chủng thuộc Medicare Phần D.

1. Quý vị mua vắc-xin thuộc Medicare Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới và tiêm tại nhà thuốc đó.
  - Quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cho vắc-xin.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





2. Quý vị mua vắc-xin thuộc Medicare Phần D tại văn phòng bác sĩ và bác sĩ sẽ tiêm cho quý vị.
  - Quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cho bác sĩ cho vắc-xin.
  - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán các chi phí tiêm cho quý vị.
  - Trong trường hợp này, văn phòng bác sĩ sẽ gọi đến chương trình của chúng tôi để chúng tôi có thể chắc chắn rằng họ biết rằng quý vị chỉ phải trả khoản đồng thanh toán cho vắc-xin này.
3. Quý vị mua vắc-xin thuộc Medicare Phần D tại một nhà thuốc và mang đến tiêm ở văn phòng bác sĩ của quý vị.
  - Quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cho vắc-xin.
  - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán các chi phí tiêm cho quý vị.

Vui lòng xem Chương 4, Phần D, trang 87 của *Sổ Tay Hội Viên* này hoặc xem Danh Sách Thuốc để biết số tiền đồng thanh toán cho một loại vắc-xin cụ thể.



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần hóa đơn của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ quý vị đã nhận được

---

### Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Nó cũng cho quý vị biết cách nộp đơn kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định chi trả. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị.....	153
B. Gửi yêu cầu thanh toán .....	155
C. Quyết định bảo hiểm.....	157
D. Kháng nghị.....	158

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải gửi hóa đơn cho chương trình cho các dịch vụ và thuốc được đài thọ mà quý vị đã nhận được. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình sức khỏe này.

**Nếu quý vị nhận được hóa đơn tính toàn bộ chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi.** Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy xem Chương 7, Phần B, trang 155.

- Nếu các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu quý vị trả nhiều hơn phần chi phí quý vị phải trả cho các dịch vụ hoặc thuốc, quý vị có quyền nhận lại khoản thanh toán vượt quá phần của mình.
- Nếu các dịch vụ hoặc thuốc **không** được đài thọ, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết.

Liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Nếu quý vị không biết mình phải trả những khoản nào, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn tính phí và quý vị không biết làm gì với hóa đơn này, chúng tôi có thể giúp quý vị. Quý vị cũng có thể gọi điện thoại nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết thông tin về một yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi đến chúng tôi.

Sau đây là các ví dụ về những thời điểm khi quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị hoặc trả tiền cho một hóa đơn quý vị đã nhận:

### 1. Khi quý vị được cấp cứu hoặc chăm sóc sức khỏe cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Quý vị nên yêu cầu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu quý vị trả toàn bộ số tiền khi nhận chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả.
- Quý vị có thể nhận được một hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu khoản thanh toán mà quý vị nghĩ rằng mình không có trách nhiệm trả. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả.
  - Nếu nhà cung cấp nên được trả tiền, chúng tôi sẽ trả trực tiếp cho nhà cung cấp.
  - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ đó, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## 2. Khi một nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn gửi hóa đơn cho chúng tôi. Xuất trình Thẻ ID Hội Viên SCFHP Cal MediConnect của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ hoặc toa thuốc. Lập hóa đơn không chính đáng/không phù hợp xảy ra khi một nhà cung cấp (như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị vượt quá khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ. **Hãy gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Vì SCFHP Cal MediConnect thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế của quý vị, nên quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào. Các nhà cung cấp không nên lập bất kỳ hóa đơn nào cho quý vị cho các dịch vụ này.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề đó.
- Nếu quý vị đã thanh toán một hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện. Chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị số tiền cho các dịch vụ được đài thọ của quý vị.

## 3. Khi quý vị sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới để mua một toa thuốc

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình.

- Chỉ trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ các toa thuốc được mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Hãy gửi bản sao phiếu thu của quý vị cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi.
- Vui lòng xem Chương 5, Phần A, trang 124 để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

## 4. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí cho một toa thuốc vì quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi điện thoại cho chúng tôi hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không thể có được thông tin mà họ cần ngay, quý vị có thể phải tự trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc.
- Hãy gửi bản sao phiếu thu của quý vị cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## 5. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí toa thuốc cho một thuốc không được đài thọ

Quý vị có thể trả toàn bộ chi phí toa thuốc vì thuốc đó không được đài thọ.

- Thuốc đó có thể không có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (Danh Sách Thuốc), của chúng tôi hoặc nó có thể có một yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết đến hay không cho rằng nó áp dụng với mình. Nếu quý vị quyết định nhận thuốc đó, quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí thuốc.
  - Nếu quý vị không trả tiền cho thuốc đó nhưng cho rằng thuốc nên được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu một quyết định bảo hiểm (hãy xem Chương 9, Phần D, trang 179).
  - Nếu quý vị và bác sĩ hay người kê đơn khác của quý vị cho rằng quý vị cần thuốc đó ngay, quý vị có thể yêu cầu một quyết định đài thọ nhanh (hãy xem Chương 9, Phần E2, chương 183).
- Gửi cho chúng tôi một bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần lấy thêm thông tin từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để hoàn tiền lại cho quý vị phần chi phí thuốc của chúng tôi.

Khi quý vị gửi cho chúng tôi một yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được đài thọ hay không. Việc này được gọi là ra một “quyết định bảo hiểm”. Nếu chúng tôi quyết định nên đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng nghị, hãy xem Chương 9, Phần D, trang 179.

---

## B. Gửi yêu cầu thanh toán

### Các vật dụng và dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả. Bằng chứng về khoản thanh toán có thể là bản sao của tấm séc quý vị đã viết hoặc một biên lai từ nhà cung cấp. **Lưu giữ bản sao hóa đơn và phiếu thu của quý vị là một ý tưởng hay.** Quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để yêu cầu trợ giúp.

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



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Quý vị không bắt buộc phải dùng mẫu, nhưng mẫu sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Quý vị có thể nhận bản sao biểu mẫu trên trang web của chúng tôi ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)), hoặc có thể gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu nhận biểu mẫu.

Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị qua đường bưu điện cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai nào cho chúng tôi tới địa chỉ sau:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Quý vị cũng có thể gọi điện cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Hãy gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

**Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán đến SCFHP trong vòng 180 ngày** kể từ ngày nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

### Thuốc theo toa

Gửi cho MedImpact hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã trả. Bằng chứng về khoản thanh toán có thể là bản sao của tấm séc quý vị đã viết hoặc một biên lai từ nhà cung cấp. **Lưu giữ bản sao hóa đơn và phiếu thu của quý vị là một ý tưởng hay.** Quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để yêu cầu trợ giúp.

Để đảm bảo quý vị sẽ cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin mà chúng tôi cần để có quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu yêu cầu thanh toán của chúng tôi (Mẫu Yêu Cầu Thanh Toán Thuốc Theo Toa Phần D) để yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không bắt buộc phải dùng mẫu, nhưng mẫu sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Quý vị có thể nhận bản sao biểu mẫu trên trang web của chúng tôi ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)), hoặc có thể gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu nhận biểu mẫu.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị qua đường bưu điện cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai nào cho MedImpact tới địa chỉ sau:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.  
P.O. Box 509108  
San Diego, CA 92150-9108

Hoặc gửi yêu cầu bằng fax tới số 1-858-549-1569 hoặc gửi email đến [claims@medimpact.com](mailto:claims@medimpact.com).

Hãy gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để được trợ giúp theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

**Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán cho MedImpact trong vòng 180 ngày** kể từ ngày quý vị nhận được vật dụng hoặc thuốc.

---

## C. Quyết định bảo hiểm

**Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ có quyết định bảo hiểm. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ quyết định xem sự chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc cho quý vị có được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi hay không.** Chúng tôi cũng sẽ quyết định số tiền, nếu có, quý vị phải trả cho sự chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ phía quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định đài thọ dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc và quý vị đã tuân theo mọi quy tắc để nhận được chúng, chúng tôi sẽ trả phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc. Nếu quý vị đã thanh toán chi phí dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tờ séc với số tiền là khoản quý vị đã trả hoặc phần chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ trả trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3, Phần B, trang 46 giải thích các quy tắc để nhận được các dịch vụ được đài thọ của quý vị. Chương 5 giải thích các quy tắc để nhận được các thuốc theo toa Medicare Phần D được đài thọ của quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư giải thích lý do tại sao không. Bức thư này cũng giải thích quyền kháng nghị của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm thông tin về các quyết định bảo hiểm, hãy xem Chương 9, Phần D, trang 179.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## D. Kháng nghị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã sai sót khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của mình. Việc này được gọi là nộp đơn kháng nghị. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với số tiền mà chúng tôi trả.

Quá trình kháng nghị là một quá trình chính thức với các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để tìm hiểu thêm về kháng nghị, hãy xem Chương 9, Phần D, trang 179.

- Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng nghị về việc nhận tiền bồi hoàn cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy xem trang 186.
- Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng nghị về việc nhận tiền bồi hoàn cho một loại thuốc, hãy xem trang 207.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## Chương 8: Các quyền và trách nhiệm của quý vị

---

### Giới Thiệu

Chương này bao gồm các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### Mục Lục

A. Quyền để nhận thông tin để đáp ứng nhu cầu của quý vị .....	160
B. Trách nhiệm của chúng tôi là đảm bảo rằng quý vị nhận được quyền tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ.....	163
C. Trách nhiệm của chúng tôi là bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị .....	164
C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị.....	164
C2. Quý vị có quyền xem các hồ sơ bệnh án của mình.....	165
D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, các nhà cung cấp mạng của chúng tôi và các dịch vụ được đài thọ của quý vị....	166
E. Không có nhà cung cấp trong mạng lưới để gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị .....	167
F. Quý vị có quyền rời khỏi Chương Trình Cal MediConnect của chúng tôi .....	167
G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị .....	167
G1. Quyền để biết về các lựa chọn điều trị của quý vị và đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.....	167
G2. Quý vị có quyền nói điều quý vị muốn xảy ra nếu quý vị không thể ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình .....	168
G3. Cần làm gì nếu các hướng dẫn của quý vị không được làm theo.....	169
H. Quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định mà chúng tôi đã đưa ra .....	170
H1. Cần làm gì nếu quý vị cho rằng mình đang bị đối xử không công bằng hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình .....	170
I. Trách nhiệm của quý vị khi là hội viên của chương trình.....	171



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Quyền để nhận thông tin để đáp ứng nhu cầu của quý vị

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call SCFHP Cal MediConnect Customer Service. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. We can give you written information in English, Spanish, Vietnamese, Chinese, or Tagalog if you need it. If you would like to make a standing request to get materials, now and in the future, in a language other than English, Spanish, Vietnamese, Chinese, or Tagalog, or in an alternate format, call SCFHP Cal MediConnect Customer Service or send a request in writing to:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. The Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman helps people who are enrolled in Medi-Cal. They can help you file a complaint. You can call them at 1-888-452-8609.

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sobre sus derechos de manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que pertenezca a nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que pueda comprender, llame a Servicio al Cliente de SCFHP Cal MediConnect. Nuestro plan tiene personas que pueden responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle material en idiomas distintos del inglés y en formatos, como letra grande, braille o audio. Si lo necesita, podemos proporcionarle información escrita en inglés, español, vietnamita, chino o tagalo. Si desea hacer una solicitud permanente para obtener materiales, ahora y de aquí en adelante, en un idioma distinto al inglés, español, vietnamita, chino o tagalo, o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de SCFHP Cal MediConnect o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Si tiene problemas para obtener la información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1800MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La Oficina del Ombudsman para los servicios médicos administrados por Medi-Cal ayuda a las personas que están inscritas en Medi-Cal. Ellos podrán ayudarlo a presentar una queja. Puede llamarlos al 1-888-452-8609.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị còn trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect. Chương trình của chúng tôi có người có thể trả lời các câu hỏi bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và trong những định dạng như chữ in cỡ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin cho quý vị dưới dạng văn bản bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog nếu quý vị cần. Nếu quý vị muốn yêu cầu nhận tài liệu lâu dài, cả hiện tại và trong tương lai, bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog, hay nhận tài liệu ở định dạng khác, hãy gọi tới Phòng Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản đến:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình của chúng tôi vì trở ngại ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, xin gọi Medicare tại số 1800MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Văn Phòng Thanh Tra của Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý thuộc Medi-Cal giúp đỡ những người ghi danh vào Medi-Cal. Họ có thể giúp quý vị gửi khiếu nại. Quý vị có thể gọi tới số 1-888-452-8609.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Chúng tôi phải thông báo cho bạn về quyền lợi và quyền của bạn theo kế hoạch của chúng tôi theo cách bạn có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo cho bạn về quyền lợi mà bạn có được trong suốt thời gian tham gia kế hoạch.

- Nếu bạn muốn được thông tin theo cách bạn có thể hiểu được, hãy gọi SCFHP Cal MediConnect Bộ phận Dịch vụ Khách hàng. Nhân viên của chúng tôi có thể trả lời câu hỏi của bạn bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Kế hoạch của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho bạn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và các định dạng khác như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Nếu bạn cần, chúng tôi có thể cung cấp tài liệu bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog. Bất kể bây giờ hay trong tương lai, nếu bạn muốn tiếp tục yêu cầu được cung cấp tài liệu bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog khác hoặc định dạng tài liệu khác, hãy gọi SCFHP Cal MediConnect Bộ phận Dịch vụ Khách hàng hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản đến:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Nếu bạn gặp khó khăn về ngôn ngữ hoặc khuyết tật khiến bạn không thể tiếp cận thông tin về kế hoạch của chúng tôi, và bạn muốn khiếu nại, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để liên hệ Medicare. Chúng tôi cung cấp dịch vụ đường dây nóng trọn đời. Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048. Văn phòng Giám sát Chăm sóc Quản lý Medi-Cal có thể giúp người tham gia Medi-Cal. Họ có thể giúp bạn khiếu nại. Bạn có thể gọi 1-888-452-8609 để liên hệ.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa isang paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa plano namin.

- Upang makakuha ng impormasyon sa isang paraang nauunawaan mo, tumawag sa Customer Service ng SCFHP Cal MediConnect. Ang aming plano ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maari ka din bigyan ng mga materyales kahit anong wika bukod sa Ingles at sa mga format na tulad ng malalaking imprenta, braille, o audio. Maaari ka naming bigyan ng nakasulat na impormasyon sa Ingles, Espanyol, Vietnamese, Tsino, o Tagalog kung kailangan mo ito. Kung gusto mong gumawa ng patuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales, ngayon at sa hinaharap, sa ibang wikang hindi Ingles, Espanyol, Vietnamese, Tsino, o Tagalog, o sa isang alternatibong format, tumawag sa Customer Service ng SCFHP Cal MediConnect o magpadala ng nakasulat na kahilingan sa:

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at nais mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Ang Tanggapan ng Ombudsman ng Med-Cal Managed Care ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Medi-Cal. Matutulungan ka nilang maghain ng reklamo. Maaari mo silang tawagan sa 1-888-452-8609.

---

## **B. Trách nhiệm của chúng tôi là đảm bảo rằng quý vị nhận được quyền tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ**

Nếu quý vị không thể nhận được các dịch vụ này trong một khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi phải trả tiền cho sự chăm sóc ngoài mạng lưới.

Là hội viên trong chương trình của chúng tôi:

- Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về loại nhà cung cấp có thể đóng vai trò làm PCP và cách chọn PCP trong ở Chương 3, Phần D, trang 49.
  - Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect hoặc tìm trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để biết những bác sĩ nào chấp nhận bệnh nhân mới.
- Phụ nữ có quyền đến gặp chuyên gia sức khỏe của họ mà không cần thư giới thiệu. Thư giới thiệu được chấp thuận từ PCP của quý vị để gặp một người không phải là PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được đài thọ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
  - Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà không cần sự phê duyệt từ trước.
- Quý vị có quyền mua thuốc cho các toa thuốc tại bất kỳ nhà thuốc trong mạng lưới nào của chúng tôi mà không phải chờ đợi lâu.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Quý vị có quyền biết khi nào quý vị có thể gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, hãy xem Chương 3, trang 43.
- Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu, quý vị có quyền giữ các nhà cung cấp hiện tại và sự cho phép nhận dịch vụ hiện tại của mình trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng các điều kiện nhất định. Để tìm hiểu thêm về việc giữ nhà cung cấp và sự cho phép nhận dịch vụ của quý vị, hãy xem Chương 1, Phần F, trang 12.
- Quý vị có quyền chăm sóc tự định hướng với sự trợ giúp từ nhóm chăm sóc và nhân viên quản lý trường hợp của mình.

Chương 9, trang 173 cho biết những việc quý vị có thể làm nếu quý vị cho rằng mình không nhận được các dịch vụ hoặc thuốc trong khoảng thời gian hợp lý. Chương 9, Phần D, trang 179 cũng cho biết những việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi từ chối bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

---

## **C. Trách nhiệm của chúng tôi là bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị**

Chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị theo yêu cầu của luật pháp liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị bao gồm thông tin quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi quý vị ghi danh vào chương trình này. Thông tin cũng bao gồm các hồ sơ bệnh án và các thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị có quyền nhận thông tin và kiểm soát cách PHI của quý vị được sử dụng. Chúng tôi sẽ gửi quý vị thông báo bằng văn bản cho biết về những quyền này và cũng giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư thông tin sức khỏe của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư.”

### **C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị**

Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép không xem hay thay đổi hồ sơ của quý vị.

Trong hầu hết các tình huống, chúng tôi không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai hiện không cung cấp sự chăm sóc cho quý vị hay chi trả cho việc chăm sóc của quý vị. Nếu chúng tôi làm như vậy, trước tiên chúng tôi buộc phải nhận được sự cho phép bằng văn bản từ quý vị. Quý vị hoặc người có thẩm quyền pháp lý trong việc ra quyết định thay cho quý vị có thể cho phép bằng văn bản.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Có một số trường hợp nhất định chúng tôi không cần phải nhận được sự cho phép từ trước bằng văn bản của quý vị. Những ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.

- Chúng tôi được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ với mục đích kiểm tra chất lượng chăm sóc của chúng tôi.
- Chúng tôi được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe theo lệnh của tòa án.
- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe và thuốc của quý vị cho Medicare. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị để nghiên cứu hoặc sử dụng khác, việc này sẽ được thực hiện theo luật pháp liên bang. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe và thuốc của quý vị cho Medi-Cal. Nếu Medi-Cal tiết lộ thông tin của quý vị để nghiên cứu hoặc sử dụng khác, việc này sẽ được thực hiện theo luật pháp liên bang.

## **C2. Quý vị có quyền xem các hồ sơ bệnh án của mình**

- Quý vị có quyền xem xét các hồ sơ bệnh án của mình và nhận một bản sao các hồ sơ đó. Chúng tôi được phép thu phí quý vị cho việc sao chép các hồ sơ bệnh án của quý vị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc sửa chữa các hồ sơ bệnh án của mình. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm việc này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có nên thực hiện các thay đổi đó không.
- Quý vị có quyền được biết liệu PHI của quý vị có được chia sẻ với người khác hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan ngại về quyền riêng tư PHI cá nhân của mình, hãy gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về các quyền riêng tư của mình bằng cách đọc Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư của SCFHP, trong Chương 11, Phần F, trang 249. Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư cũng có trên trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) hoặc có thể yêu cầu bằng cách gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## **D. Trách nhiệm của chúng tôi là cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, các nhà cung cấp mạng của chúng tôi và các dịch vụ được đài thọ của quý vị**

Là hội viên SCFHP Cal MediConnect, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi. Nếu quý vị không nói tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có thể có về chương trình sức khỏe của chúng tôi. Để nhận dịch vụ thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Đây là dịch vụ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ in lớn, chữ Braille, âm thanh hoặc các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị muốn có thông tin về bất kỳ điều nào sau đây, hãy gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
  - Thông tin tài chính
  - Các hội viên chương trình đánh giá chúng tôi như thế nào
  - Số lượng đơn kháng nghị mà các hội viên đã gửi
  - Cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Các nhà cung cấp và các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm:
  - Cách chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
  - Trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi
  - Cách chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp trong mạng của mình
- Thông tin về các dịch vụ và thuốc được đài thọ và về các quy tắc quý vị phải tuân theo, bao gồm:
  - Các dịch vụ và thuốc được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi
  - Các giới hạn về khoản đài thọ và các thuốc của quý vị
  - Các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc được đài thọ
- Tại sao lại có khoản không được đài thọ và những điều quý vị có thể làm đối với các khoản đó, bao gồm cả việc yêu cầu chúng tôi:
  - Viết ra lý do tại sao lại có khoản không được đài thọ
  - Thay đổi quyết định mà chúng tôi đã thực hiện
  - Thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





---

## E. Không có nhà cung cấp trong mạng lưới để gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Các bác sĩ, bệnh viện, và nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ. Họ cũng không thể thu tiền quý vị nếu chúng tôi thanh toán ít hơn số tiền nhà cung cấp đã tính. Để tìm hiểu những việc cần làm nếu một nhà cung cấp trong mạng lưới cố gắng thu tiền quý vị cho các dịch vụ được đài thọ, hãy xem Chương 7, Phần A, trang 153 và Phần B, trang 155.

---

## F. Quý vị có quyền rời khỏi Chương Trình Cal MediConnect của chúng tôi

Không ai có thể buộc quý vị ở lại trong chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi:

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua chương trình Original Medicare hoặc Medicare Advantage.
- Quý vị có thể nhận các phúc lợi về thuốc theo toa Medicare Phần D từ một chương trình thuốc theo toa hoặc từ chương trình Medicare Advantage.
- Hãy xem Chương 10, Phần C, trang 237 để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia chương trình Medicare Advantage mới hoặc chương trình phúc lợi thuốc theo toa.
- Các phúc lợi Medi-Cal của quý vị sẽ tiếp tục được cung cấp thông qua SCFHP trừ khi quý vị chọn một chương trình khác có sẵn trong quận này.

---

## G. Quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

### G1. Quyền để biết về các lựa chọn điều trị của quý vị và đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền được nhận thông tin đầy đủ từ các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác khi quý vị nhận các dịch vụ. Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích tình trạng của quý vị và các lựa chọn phương pháp điều trị cho quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Hiểu các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được cho biết về tất cả các phương pháp điều trị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- **Biết các rủi ro.** Quý vị có quyền được cho biết về các rủi ro liên quan. Quý vị phải được cho biết trước nếu bất kỳ dịch vụ hoặc phương pháp điều trị nào là một phần của một thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối các phương pháp điều trị thử nghiệm.
- **Nhận ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền gặp một bác sĩ khác trước khi quyết định về việc điều trị.
- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ việc điều trị nào. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc một cơ sở y tế khác, ngay cả nếu bác sĩ khuyên quý vị không làm như vậy. Quý vị cũng có quyền ngừng dùng một thuốc được kê toa. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng một thuốc được kê toa, quý vị sẽ không bị đưa ra khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng một thuốc, quý vị chấp nhận chịu toàn bộ trách nhiệm cho những gì xảy ra với quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích tại sao một nhà cung cấp lại từ chối việc chăm sóc.** Quý vị có quyền nhận sự giải thích từ chúng tôi nếu một nhà cung cấp đã từ chối những gì quý vị tin rằng mình nên được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi đài thọ một dịch vụ hoặc thuốc đã bị từ chối hoặc thường không được đài thọ.** Việc này được gọi là quyết định bảo hiểm. Chương 9, Phần D, trang 179 và Phần F, trang 199 cho biết cách yêu cầu chương trình ra quyết định bảo hiểm.

## **G2. Quý vị có quyền nói điều quý vị muốn xảy ra nếu quý vị không thể ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình**

Đôi khi mọi người không thể quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính họ. Trước khi điều đó xảy ra với quý vị, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu đơn bằng văn bản **để cho ai đó quyền ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị.**
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị các hướng dẫn bằng văn bản** về cách quý vị muốn họ xử lý với việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị trở nên không thể ra quyết định cho chính mình.

Tài liệu pháp lý mà quý vị có thể dùng để đưa ra các chỉ dẫn của mình được gọi là chỉ thị trước. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và tên khác nhau cho chúng. Ví dụ như di chúc sống và ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Quý vị không phải dùng chỉ thị trước, nhưng quý vị có thể nếu quý vị muốn như thế. Sau đây là việc cần làm:

- **Nhận biểu mẫu.** Quý vị có thể nhận biểu mẫu từ bác sĩ, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý hoặc nhân viên xã hội. Các tổ chức cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare hoặc Medi-Cal, như Chương Trình Tư Vấn & Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP), cũng có thể có các biểu mẫu chỉ thị trước. Quý vị cũng có thể lấy biểu mẫu từ trang web SCFHP ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) hoặc liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect để yêu cầu biểu mẫu.
- **Điền thông tin và ký tên vào biểu mẫu.** Biểu mẫu này là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc về việc nhờ một luật sư giúp quý vị lập nó.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết về nó.** Quý vị nên cung cấp một bản sao của biểu mẫu đó cho bác sĩ của mình. Quý vị cũng nên cung cấp một bản sao cho người mà quý vị chỉ định là người ra quyết định thay cho mình. Quý vị cũng có thể muốn cung cấp các bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc các hội viên trong gia đình. Hãy chắc chắn giữ một bản sao ở nhà.
- Nếu quý vị phải nhập viện và đã ký một chỉ thị trước, **hãy mang một bản sao đến bệnh viện.**
  - Bệnh viện sẽ hỏi quý vị xem quý vị đã ký một mẫu chỉ thị trước và có mang nó theo mình hay không.
  - Nếu quý vị chưa ký một mẫu chỉ thị trước, bệnh viện có sẵn mẫu và sẽ hỏi quý vị có muốn ký một mẫu hay không.

Hãy nhớ, quý vị có thể chọn điền vào chỉ thị trước hay không.

### **G3. Cần làm gì nếu các hướng dẫn của quý vị không được làm theo**

Nếu quý vị đã ký một chỉ thị trước và quý vị tin rằng một bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo các hướng dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại:

- với SCFHP Cal MediConnect; **hoặc**
- về một bác sĩ với Hội Đồng Y Khoa California. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại với Hội Đồng Y Khoa California, xin gọi 1-800-633-2322.
- về bệnh viện với Sở Y Tế Công Cộng California (California Department of Public Health, CDPH).
  - Để nộp đơn khiếu nại với CDPH, điền vào biểu mẫu khiếu nại của người tiêu dùng trực tuyến tại <http://hfcis.cdph.ca.gov/longtermcare/consumercomplaint.aspx>.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Quý vị cũng có thể liên hệ với Văn Phòng Quận Cấp Giấy Phép và Chứng Nhận của CDPH (CDPH Licensing and Certification District Office) đối với quận có bệnh viện; **hoặc**
- Quý vị có thể gọi tới Hệ Thống Thông Tin Người Tiêu Dùng của CDPH (CDPH Consumer Information System) ở số 1-800-236-9747.

---

## H. Quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định mà chúng tôi đã đưa ra

Chương 9, trang 173 cho biết những điều quý vị có thể làm nếu quý vị có bất kỳ vấn đề hoặc câu hỏi nào về các dịch vụ hoặc chăm sóc được đài thọ của mình. Ví dụ như quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm, gửi đơn kháng nghị nhằm thay đổi một quyết định bảo hiểm hoặc gửi đơn khiếu nại.

Quý vị có quyền nhận thông tin về các đơn kháng nghị và khiếu nại mà các hội viên khác đã nộp đối với chương trình của chúng tôi. Để nhận thông tin này, hãy gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

### H1. Cần làm gì nếu quý vị cho rằng mình đang bị đối xử không công bằng hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị đối xử không công bằng — và điều đó **không** phải về vấn đề phân biệt đối xử vì các lý do liệt kê trong Chương 11, Phần B, trang 246 — hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình, quý vị có thể yêu cầu sự trợ giúp bằng cách gọi tới:

- Dịch Vụ Khách Hàng.
- Chương Trình Tư Vấn & Hỗ trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP). Để biết chi tiết về tổ chức này và cách liên lạc với họ, hãy xem Chương 2, Phần E, trang 27.
- Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds). Để biết chi tiết về tổ chức này và cách liên lạc với họ, hãy xem Chương 2, Phần I, trang 31.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống “Các Quyền và Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare”, được tìm thấy trên trang web của Medicare tại [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## I. Trách nhiệm của quý vị khi là hội viên của chương trình

Là một hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm với những điều được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có thắc mắc, quý vị cũng có thể gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng SCFHP Cal MediConnect.

- **Hãy đọc Sổ Tay Hội Viên** để biết những gì được đài thọ và những quy tắc nào quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết chi tiết về:
  - Các dịch vụ được đài thọ của quý vị, hãy xem Chương 3, trang 43 và Chương 4, trang 66. Những chương này cho quý vị biết những gì được đài thọ, những gì không được đài thọ, những quy tắc nào quý vị cần tuân theo và những gì quý vị phải trả.
  - Các loại thuốc được đài thọ, hãy xem Chương 5, trang 121 và Chương 6, trang 141.
- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm thuốc theo toa hoặc chăm sóc sức khỏe nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi được yêu cầu phải chắc chắn rằng quý vị đang dùng tất cả các tùy chọn đài thọ của mình khi quý vị nhận chăm sóc sức khỏe. Vui lòng gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng nếu quý vị có bảo hiểm khác
- **Cho bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị** biết rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Trình Thẻ ID Hội Viên bất cứ khi nào quý vị nhận các dịch vụ hoặc thuốc.
- **Giúp bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị mang** đến cho quý vị sự chăm sóc tốt nhất.
  - Cung cấp cho họ thông tin họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân thủ các kế hoạch và hướng dẫn điều trị mà quý vị và các nhà cung cấp của quý vị đã đồng thuận.
  - Chắc chắn bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị biết về tất cả các thuốc mà quý vị đang dùng. Điều này bao gồm các thuốc theo toa, thuốc không theo toa, vitamin, và thực phẩm bổ sung.
  - Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy chắc chắn đặt câu hỏi. Các bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị phải giải thích mọi việc theo cách quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt một câu hỏi và không hiểu câu trả lời, xin hãy hỏi lại.
- **Hãy quan tâm tới người khác.** Chúng tôi mong muốn tất cả các hội viên của chúng tôi tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị cư xử một cách tôn trọng trong văn phòng bác sĩ, bệnh viện, và văn phòng của các nhà cung cấp khác.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- **Thanh toán cho những gì thuộc trách nhiệm của quý vị.** Là một hội viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm cho các khoản thanh toán sau:
  - Một số người hưởng lợi Medi-Cal phải thanh toán, hoặc đồng ý thanh toán, một khoản tiền hàng tháng đối với chi phí y tế của họ trước khi họ đủ điều kiện được nhận các phúc lợi Medi-Cal. Điều này được gọi là chia sẻ chi phí và nó tương tự như khoản khấu trừ tự xuất túi của chương trình bảo hiểm tư nhân.
  - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết các hội viên SCFHP Cal MediConnect, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Phần A và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.
  - Đối với một số thuốc của quý vị được chương trình đài thọ, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình khi quý vị nhận được thuốc. Đây sẽ là khoản đồng thanh toán (một số tiền cố định). Chương 6, Phần C, trang 145 cho biết về những gì quý vị phải thanh toán cho các loại thuốc của mình.
  - **Nếu quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào không được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi, quý vị phải trả toàn bộ chi phí.** Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không đài thọ một dịch vụ hoặc thuốc của chúng tôi, quý vị có thể kháng nghị. Vui lòng xem Chương 9, Section D, page 179 để tìm hiểu cách nộp đơn kháng nghị.
- **Cho chúng tôi biết nếu quý vị di chuyển.** Nếu quý vị dự định di chuyển, việc quan trọng là cho chúng tôi biết ngay. Hãy gọi phòng Dịch Vụ Khách Hàng.
  - **Nếu quý vị muốn chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể ở lại chương trình này.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể tham gia SCFHP Cal MediConnect. Chương 1, Phần D, trang 9 cho biết khu vực dịch vụ của chúng tôi.
  - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một giải pháp khi quý vị dự định di chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
  - Đồng thời, hãy chắc chắn cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị di chuyển. Hãy xem Chương 2, trang 19 để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
  - **Nếu quý vị di chuyển bên trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần được biết.** Chúng tôi cần giữ cho hồ sơ hội viên của quý vị được cập nhật và biết cách liên hệ với quý vị.
- Xin gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng để được trợ giúp nếu quý vị có câu hỏi hay thắc mắc.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## **Chương 9: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định bảo hiểm, kháng nghị hoặc khiếu nại)**

---

### **Giới Thiệu**

Chương này có thông tin về các quyền của quý vị. Đọc chương này để tìm hiểu những việc cần làm nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về chương trình của chúng tôi.
- Quý vị cần một dịch vụ, vật phẩm hoặc thuốc mà chương trình nói rằng nó sẽ không được chi trả.
- Quý vị không đồng ý với quyết định mà chương trình của quý vị đã thực hiện về việc chăm sóc của quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được đài thọ của mình kết thúc quá sớm.
- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài của mình, bao gồm Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP), Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS) và các dịch vụ của Cơ Sở Điều Dưỡng (NF).

**Nếu quý vị có vấn đề hoặc câu hỏi, quý vị chỉ cần đọc các phần trong chương này áp dụng cho tình huống của mình.** Chương này được chia thành các phần khác nhau nhằm giúp quý vị dễ dàng tìm thấy thông tin quý vị đang tìm kiếm.

### **Nếu quý vị đang đối mặt với một vấn đề về sức khỏe hoặc các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài của mình**

Quý vị nên nhận sự chăm sóc sức khỏe, thuốc và các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài mà bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị xác định là cần thiết cho việc chăm sóc quý vị như một phần của chương trình chăm sóc cho quý vị. **Nếu quý vị đang có một vấn đề với việc chăm sóc cho mình, quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect theo số 1-855-501-3077 để được trợ giúp.** Chương này sẽ giải thích các tùy chọn khác nhau mà quý vị có cho các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect để được giúp hướng dẫn quý vị giải quyết vấn đề của mình. Để biết các nguồn lực bổ sung giúp giải quyết các quan ngại của quý vị và cách liên hệ với họ, hãy xem Chương 2, Phần I, trang 31 để biết thêm thông tin về các chương trình thanh tra viên.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Mục Lục

A.	Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề.....	176
	A1. Về các thuật ngữ pháp lý?.....	176
B.	Gọi trợ giúp ở đâu.....	176
	B1. Nhận thêm thông tin và trợ giúp ở đâu.....	176
C.	Vấn đề với các phúc lợi của quý vị .....	178
	C1. Sử dụng quy trình này cho các quyết định bảo hiểm và kháng nghị hoặc để thực hiện khiếu nại.....	178
D.	Quyết định bảo hiểm và kháng nghị .....	179
	D1. Tổng quan về quyết định bảo hiểm và kháng nghị.....	179
	D2. Nhận trợ giúp về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị.....	179
	D3. Phần nào của chương này sẽ giúp quý vị? .....	180
E.	Các vấn đề về dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Phần D).....	182
	E1. Khi nào thì sử dụng phần này .....	182
	E2. Yêu cầu một quyết định bảo hiểm.....	183
	E3. Kháng nghị Cấp Độ 1 cho các dịch vụ, vật dụng, và thuốc (không phải thuốc Phần D) .....	186
	E4. Kháng nghị Cấp Độ 2 cho các dịch vụ, vật dụng, và thuốc (không phải thuốc Phần D) .....	190
	E5. Các vấn đề về thanh toán.....	197
F.	Thuốc Phần D.....	199
	F1. Phải làm gì nếu quý vị có các vấn đề về việc nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho thuốc Phần D.....	199
	F2. Ngoại lệ là gì .....	201
	F3. Những điều quan trọng cần biết về việc đề nghị các ngoại lệ .....	203
	F4. Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm về thuốc Phần D hoặc hoàn trả cho thuốc Phần D, bao gồm ngoại lệ .....	204

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





F5. Kháng nghị Cấp Độ 1 cho các thuốc Phần D .....	207
F6. Kháng nghị Cấp Độ 2 cho các thuốc Phần D .....	210
G. Yêu cầu chúng tôi đòi thọ việc nằm viện lâu hơn .....	212
G1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị.....	212
G2. Kháng nghị Cấp Độ 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị .....	213
G3. Kháng nghị Cấp Độ 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị .....	216
G4. Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ hạn chót kháng cáo? .....	217
H. Cần làm gì nếu quý vị nghĩ việc chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) chấm dứt quá sớm.....	220
H1. Chúng tôi sẽ báo trước cho quý vị khi bảo hiểm của quý vị sắp chấm dứt ....	220
H2. kháng nghị Cấp Độ 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị.....	221
H3. Kháng nghị Cấp Độ 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị.....	223
H4. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị trễ hạn chót thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1 của mình?.....	225
I. Thực hiện kháng nghị của quý vị sau Cấp Độ 2 .....	227
I1. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng của Medicare .....	227
I2. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng của Medi-Cal.....	227
J. Cách thức khiếu nại.....	228
J1. Nên khiếu nại về những loại vấn đề nào? .....	228
J2. Khiếu nại nội bộ.....	230
J3. Khiếu nại bên ngoài.....	232



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề

Chương này sẽ cho quý vị biết cần làm gì nếu quý vị có một vấn đề với chương trình hoặc với các dịch vụ hoặc khoản thanh toán của mình. Medicare và Medi-Cal chấp thuận các quy trình này. Mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân thủ.

### A1. Về các thuật ngữ pháp lý?

Có các thuật ngữ pháp lý khó đối với một số quy tắc và thời hạn trong chương này. Nhiều thuật ngữ này có thể khó hiểu, vì vậy chúng tôi đã sử dụng những từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định. Chúng tôi sử dụng ít từ viết tắt nhất có thể.

Ví dụ như chúng tôi sẽ nói:

- “Làm đơn khiếu nại” thay vì “nộp đơn than phiền”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định của tổ chức”, “quyết định về phúc lợi,” “quyết định về rủi ro,” hoặc “quyết định về bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” thay vì “quyết định xúc tiến nhanh”

Biết các thuật ngữ pháp lý đúng có thể giúp quý vị giao tiếp rõ ràng hơn, vì vậy chúng tôi cũng quy định cả những thuật ngữ này.

---

## B. Gọi trợ giúp ở đâu

### B1. Nhận thêm thông tin và trợ giúp ở đâu

Đôi khi quý vị có thể bối rối để bắt đầu hoặc làm theo quy trình giải quyết một vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng nếu quý vị cảm thấy không khỏe hoặc có năng lượng hạn chế. Lúc khác, quý vị có thể không có kiến thức mình cần để thực hiện bước tiếp theo.

### Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect

Nếu quý vị cần trợ giúp để bắt đầu, quý vị luôn có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect là một chương trình ombudsman có thể trả lời các câu hỏi của quý vị và giúp quý vị hiểu phải làm gì để giải quyết vấn đề của mình. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect không kết nối với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. Họ có thể giúp quý vị hiểu cần dùng quy trình nào. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect là 1-855-501-3077. Các dịch vụ đều miễn phí. Hãy xem Chương 2, Phần I, trang 31 để biết thêm thông tin về các chương trình thanh tra viên.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Chương Trình Tư Vấn & Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP). Các nhân viên tư vấn HICAP có thể trả lời câu hỏi của quý vị và giúp quý vị hiểu những việc cần làm để giải quyết vấn đề của mình. HICAP không được kết nối với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. HICAP có các nhân viên tư vấn đã được đào tạo ở mọi quận và các dịch vụ đều miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

## Nhận trợ giúp từ Medicare

Quý vị có thể gọi trực tiếp cho Medicare để được trợ giúp các vấn đề. Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. TTY: 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.
- Truy cập trang web Medicare tại [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California

Trong đoạn này, thuật ngữ “than phiền” có nghĩa là kháng nghị hoặc khiếu nại về các dịch vụ của Medi-Cal, chương trình sức khỏe của quý vị hoặc một trong các nhà cung cấp của quý vị.

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California có trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình sức khỏe của mình, trước hết quý vị nên gọi điện cho chương trình sức khỏe của quý vị theo số **1-877-723-4795** (TTY: 711) và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng quy trình khiếu nại này không cản trở bất kỳ quyền hoặc các biện pháp khắc phục hợp pháp nào có thể sẵn có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp đỡ với khiếu nại liên quan đến trường hợp khẩn cấp, khiếu nại chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hay khiếu nại chưa được giải quyết trong thời gian hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận IMR, quy trình IMR sẽ đánh giá khách quan về các quyết định y tế của một chương trình chăm sóc sức khỏe liên quan đến tính cấp thiết về mặt y tế đối với dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất, các quyết định đòi hỏi cho các biện pháp điều trị có tính thực nghiệm hoặc điều tra nghiên cứu và tranh chấp về thanh toán cho các dịch vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TTY (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web Internet của Sở [www.dmh.gov](http://www.dmh.gov) có các biểu mẫu khiếu nại, biểu mẫu nộp đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Tiểu bang của chúng tôi có một tổ chức được gọi là Livanta BFCC-QIO. Đây là một nhóm các bác sĩ và nhân viên chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare.

Hãy liên hệ với Livanta BFCC-QIO nếu quý vị có vấn đề với chất lượng chăm sóc mà quý vị đã nhận, quý vị cho rằng thời gian nằm viện của mình kết thúc quá sớm hoặc quý vị cho rằng các dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc cơ sở phục hồi chức năng toàn diện ngoại trú (CORF) của mình kết thúc quá sớm.

Hãy xem Chương 2, Phần F, trang 28 để biết thông tin liên hệ của Livanta BFCC-QIO.

---

## C. Vấn đề với các phúc lợi của quý vị

### C1. Sử dụng quy trình này cho các quyết định bảo hiểm và kháng nghị hoặc để thực hiện khiếu nại

Nếu quý vị có vấn đề hoặc câu hỏi, quý vị chỉ cần đọc các phần trong chương này áp dụng cho tình huống của mình. Bảng dưới đây sẽ giúp quý vị tìm ra đúng phần của chương này cho các vấn đề hoặc khiếu nại.

#### Có phải vấn đề hoặc câu hỏi của quý vị là về các phúc lợi hoặc bảo hiểm của mình?

(Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu một sự chăm sóc y tế, các dịch vụ và hỗ trợ hoặc các thuốc theo toa cụ thể có hay không được đài thọ, cách mà chúng được đài thọ và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho việc chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa.)

#### Có.

Vấn đề của tôi là về các phúc lợi hoặc phạm vi đài thọ.

Truy cập Phần D: “**Quyết định bảo hiểm và kháng nghị**” trên trang 179.

#### Không.

Vấn đề của tôi không phải về các phúc lợi hoặc phạm vi đài thọ.

Bỏ qua đến Phần J: “**Cách thực hiện khiếu nại**” trên trang 228.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## D. Quyết định bảo hiểm và kháng nghị

### D1. Tổng quan về quyết định bảo hiểm và kháng nghị

Quy trình đề nghị quyết định bảo hiểm và thực hiện kháng nghị giải quyết các vấn đề liên quan đến phúc lợi và bảo hiểm của quý vị. Nó cũng bao gồm các vấn đề về thanh toán. Quý vị chịu trách nhiệm đối với các chi phí Medicare ngoại trừ các khoản đồng thanh toán Phần D.

#### Quyết định bảo hiểm là gì?

Quyết định bảo hiểm là quyết định ban đầu chúng tôi thực hiện về các phúc lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế, vật dụng hoặc thuốc của quý vị. Chúng tôi ra quyết định bảo hiểm bất cứ khi nào chúng tôi quyết định quý vị được đài thọ những gì và khoản tiền chúng tôi phải thanh toán.

Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không biết chắc dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc nào đó có được đài thọ bởi Medicare hay Medi-Cal không, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi bác sĩ cung cấp dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó.

#### Kháng nghị là gì?

Kháng nghị là một cách chính thức để đề nghị chúng tôi xem xét lại quyết định của mình và thay đổi quyết định đó nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã sai. Ví dụ như chúng tôi có thể quyết định rằng một dịch vụ, vật dụng, hoặc thuốc mà quý vị muốn không được đài thọ hoặc không còn được đài thọ bởi Medicare hoặc Medi-Cal. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng nghị.

### D2. Nhận trợ giúp về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị

#### Tôi có thể gọi cho ai để được trợ giúp khi muốn yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc gửi kháng nghị?

Quý vị có thể đề nghị bất kỳ ai trong số những người này trợ giúp:

- Hãy gọi đến **Dịch Vụ Khách Hàng** theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Hãy gọi **Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect** để được trợ giúp miễn phí. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect trợ giúp những người đã ghi danh tại Cal MediConnect gặp các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Số điện thoại là 1-855-501-3077.
- Hãy gọi **Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP)** để được trợ giúp miễn phí. HICAP là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không liên kết với chương trình này. Số điện thoại là 1-800-434-0222.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Hãy gọi **Trung Tâm Trợ Giúp tại Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí. DMHC có trách nhiệm điều chỉnh các chương trình sức khỏe. DMHC trợ giúp những người đã ghi danh trong chương trình Cal MediConnect có kháng nghị về các dịch vụ Medi-Cal hoặc các vấn đề về hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Các cá nhân bị điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật ngôn ngữ có thể sử dụng số điện thoại TTY miễn phí 1-877-688-9891.
- Trao đổi với **bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác**. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể đại diện cho quý vị để đề nghị quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.
- Trao đổi với **bạn bè hoặc thành viên gia đình** và đề nghị họ đại diện cho quý vị. Quý vị có thể ghi tên một người khác để đại diện cho quý vị với tư cách là “người đại diện” của quý vị để đề nghị quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng nghị.
  - Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân, hoặc một người khác làm đại diện của quý vị, hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu mẫu "Chỉ Định Đại Diện". Quý vị cũng có thể lấy biểu mẫu bằng cách truy cập [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) hoặc trên trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Mẫu này cho phép người đó hành động thay cho quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao biểu mẫu đã ký.
- **Quý vị cũng có quyền yêu cầu luật sư** đại diện cho quý vị. Quý vị có thể gọi điện cho luật sư riêng hoặc lấy tên của một luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu luật sư khác. Một số nhóm luật sư cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí cho quý vị nếu quý vị đủ điều kiện. Nếu quý vị muốn một luật sư đại diện cho mình, quý vị sẽ cần điền mẫu Chỉ Định Đại Diện. Quý vị có thể yêu cầu luật sư trợ giúp pháp lý từ Liên minh Bảo vệ Sức khỏe Người tiêu dùng theo số 1-888-804-3536.
  - Tuy nhiên, **quý vị không cần phải đề nghị luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị nào.

### D3. Phần nào của chương này sẽ giúp quý vị?

Có bốn loại tình huống khác nhau liên quan đến các quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Mỗi tình huống có các quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi chia chương này thành các phần khác nhau để giúp quý vị tìm các quy định mà quý vị cần tuân theo. **Quý vị chỉ cần đọc phần áp dụng cho vấn đề của quý vị:**

- **Phần E ở trang 182** cung cấp cho quý vị thông tin nếu quý vị gặp phải vấn đề về các dịch vụ, vật dụng và thuốc (nhưng **không** phải thuốc Phần D). Ví dụ như sử dụng phần này nếu:
  - Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà mình muốn, và quý vị tin rằng chương trình của chúng tôi đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc này.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Chúng tôi không phê duyệt các dịch vụ, vật dụng, hoặc thuốc mà bác sĩ của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị tin rằng việc chăm sóc này nên được đài thọ.
  - **LƯU Ý:** Chỉ sử dụng Phần E nếu đây là những loại thuốc **không** được đài thọ theo Phần D trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*, còn được gọi là Danh Sách Thuốc, có dấu hoa thị (\*) không được đài thọ theo Phần D. Hãy xem Phần F ở trang 199 để biết cách kháng nghị thuốc Phần D.
- Quý vị đã nhận được chăm sóc y tế hoặc các dịch vụ mà quý vị nghĩ rằng nên được đài thọ nhưng chúng tôi không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này.
- Quý vị đã nhận được và đã thanh toán cho các dịch vụ y tế mà quý vị nghĩ được đài thọ và quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị.
- Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đang nhận sẽ bị giảm hoặc dừng, và quý vị phản đối quyết định của chúng tôi.
  - **LƯU Ý:** Nếu khoản bảo hiểm sẽ bị dừng là dành cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF), quý vị cần đọc phần riêng của chương này vì các loại hình chăm sóc này được áp dụng các quy định đặc biệt. Hãy xem Phần G và H ở trang 212 và 220.
- **Phần F ở trang 199** cung cấp cho quý vị thông tin về các thuốc Phần D. Ví dụ như sử dụng phần này nếu:
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thực hiện ngoại lệ để đài thọ cho thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bỏ qua các giới hạn về lượng thuốc quý vị có thể nhận.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc cần phê duyệt trước.
  - Chúng tôi không phê duyệt yêu cầu hoặc ngoại lệ của quý vị và quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ khác nghĩ chúng tôi nên phê duyệt.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc kê toa mà quý vị đã mua. (Đây là đề nghị quyết định bảo hiểm về thanh toán.)
- **Phần G ở trang 212** cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu chúng tôi đài thọ cho lần nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị nghĩ bác sĩ đang cho quý vị xuất viện quá sớm. Sử dụng phần này nếu:
  - Quý vị đang ở trong bệnh viện và cho rằng bác sĩ đã yêu cầu quý vị rời bệnh viện quá sớm.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- **Phần H ở trang 220** cung cấp cho quý vị thông tin nếu quý vị cho rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị không chắc nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi điện cho Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác, vui lòng gọi đến Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect theo số 1 855-501-3077.

---

## **E. Các vấn đề về dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Phần D)**

### **E1. Khi nào thì sử dụng phần này**

Phần này cung cấp thông tin về việc cần làm gì nếu quý vị có các vấn đề về phúc lợi cho sức khỏe hành vi, y tế và các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS). Quý vị cũng có thể tham khảo phần này để biết những vấn đề có thể xảy ra đối với các loại thuốc **không** được Phần D đài thọ, bao gồm cả các loại thuốc Medicare Phần B. Các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc có dấu hoa thị (\*) **không** được Phần D đài thọ. Hãy sử dụng Phần F để biết cách kháng cáo thuốc phần D.

Phần này cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị gặp phải bất kỳ tình huống nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ rằng chúng tôi đài thọ cho dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, hoặc các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) mà quý vị cần nhưng không nhận được.

**Những việc quý vị có thể làm:** Quý vị có thể đề nghị chúng tôi thực hiện quyết định bảo hiểm. Vào Phần E2 ở trang 183 để biết thông tin về việc đề nghị quyết định bảo hiểm.

2. Chương trình không phê duyệt cho việc chăm sóc mà bác sĩ của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị nghĩ chúng tôi nên phê duyệt.

**Những việc quý vị có thể làm:** Quý vị có thể kháng nghị quyết định không phê duyệt chăm sóc này của chúng tôi. Vào Phần E3 ở trang 186 để biết thông tin về việc nộp đơn kháng nghị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





3. Quý vị đã nhận được các dịch vụ hoặc các vật dụng mà quý vị cho rằng chúng tôi đòi thọ nhưng chúng tôi sẽ không thanh toán.

**Những việc quý vị có thể làm:** Quý vị có thể kháng nghị quyết định không thanh toán này của chúng tôi. Vào Phần E3 ở trang 186 để biết thông tin về việc nộp đơn kháng nghị.

4. Quý vị đã nhận và đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc các vật dụng y tế mà quý vị nghĩ rằng được đòi thọ và quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho quý vị các dịch vụ hoặc vật dụng này.

**Những việc quý vị có thể làm:** Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Vào Phần E5 ở trang 197 để biết thông tin về việc đề nghị chương trình thanh toán.

5. Chúng tôi giảm hoặc ngưng bảo hiểm cho một dịch vụ nhất định của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

**Những việc quý vị có thể làm:** Quý vị có thể kháng nghị quyết định giảm hoặc dừng dịch vụ này của chúng tôi. Vào Phần E3 ở trang 186 để biết thông tin về việc nộp đơn kháng nghị.

**LƯU Ý:** Nếu bảo hiểm sẽ bị dừng cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF), các quy định đặc biệt được áp dụng. Hãy đọc Phần G, trang 212 hoặc Phần H, trang 220 để tìm hiểu thêm.

## E2. Yêu cầu một quyết định bảo hiểm

**Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm để được nhận dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, hoặc một số dịch vụ và hỗ trợ lâu dài nhất định (dịch vụ MSSP, CBAS hoặc NF)**

Để đề nghị quyết định bảo hiểm, hãy gọi, gửi thư hoặc fax cho chúng tôi hoặc yêu cầu người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị đề nghị chúng tôi ra quyết định.

- Quý vị có thể gọi chúng tôi theo số: 1-877-723-4795. TTY: 711.
- Quý vị có thể fax cho chúng tôi theo số: 1-408-874-1957.
- Quý vị có thể viết thư cho chúng tôi theo địa chỉ:

Attn: Utilization Management  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Mất bao nhiêu lâu để nhận được quyết định bảo hiểm?

Sau khi nhận được yêu cầu và tất cả thông tin mà chúng tôi cần từ quý vị, chúng tôi thường cần khoảng 5 ngày làm việc để đưa ra quyết định trừ khi yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị không quá 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch (hoặc 72 giờ đối với yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B), quý vị có thể kháng nghị.

Đôi khi, chúng tôi cần thêm thời gian và chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị báo cho quý vị biết rằng chúng tôi cần tối đa 14 ngày theo lịch nữa. Thư này sẽ giải thích lý do cần thêm thời gian. Chúng tôi không thể gia hạn thêm thời gian trong việc đưa ra quyết định cho quý vị nếu yêu cầu của quý vị là về Thuốc theo toa Medicare Phần B.

## Tôi có thể xin quyết định bảo hiểm nhanh hơn không?

**Có.** Nếu quý vị cần câu trả lời nhanh hơn do sức khỏe của mình, hãy đề nghị chúng tôi đưa ra một “quyết định bảo hiểm nhanh.” Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ (hoặc trong vòng 24 giờ đối với yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B).

Tuy nhiên, chúng tôi cần thêm thời gian và chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị báo cho quý vị biết rằng chúng tôi cần tối đa 14 ngày theo lịch nữa. Thư này sẽ giải thích lý do cần thêm thời gian. Chúng tôi không thể gia hạn thêm thời gian trong việc đưa ra quyết định cho quý vị nếu yêu cầu của quý vị là về Thuốc theo toa Medicare Phần B.

**Thuật ngữ pháp lý cho “quyết định bảo hiểm nhanh” là “quyết định cấp tốc”.**

## Yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh:

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại hoặc fax để yêu cầu chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị mong muốn.
- Gọi cho chúng tôi theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711) hoặc fax cho chúng tôi theo số 1-408-874-1957.
- Để biết các thông tin khác về cách liên hệ với chúng tôi, hãy vào Chương 2, Phần A, trang 21.

Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp hoặc đại diện của quý vị đưa ra quyết định đài thọ nhanh cho quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Sau đây là các quy tắc khi muốn yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh:

Quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu sau để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh:

1. Quý vị có thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh **chỉ khi quý vị đang đề nghị đòi thọ cho việc chăm sóc hoặc vật dụng mà quý vị chưa nhận**. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh nếu yêu cầu của quý vị là về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận).
2. Quý vị có thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh **chỉ khi thời hạn 14 ngày tiêu chuẩn theo lịch (hoặc thời hạn 72 giờ đối với thuốc theo toa Medicare Phần B) có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị**.
  - Nếu bác sĩ của quý vị nói rằng quý vị cần quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa quyết định đó cho quý vị.
  - Nếu quý vị đề nghị quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự ủng hộ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
    - Nếu chúng tôi quyết định sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu dành cho quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thay vào đó, chúng tôi cũng sẽ sử dụng thời hạn 14 ngày tiêu chuẩn (hoặc thời hạn 72 giờ đối với thuốc theo toa Medicare Phần B).
    - Thư này sẽ cho quý vị biết rằng bác sĩ của quý vị đề nghị quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh.
    - Thư này cũng sẽ cho biết cách thức quý vị có thể nộp đơn “khiếu nại nhanh” về quyết định cung cấp quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn của chúng tôi thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị đã yêu cầu. (Để biết thêm thông tin về quy trình yêu cầu khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, hãy xem Phần J ở trang 228).

## Nếu quyết định bảo hiểm là Không, tôi sẽ tìm hiểu bằng cách nào?

Nếu câu trả lời là **Không**, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị báo cho quý vị biết các lý do chúng tôi nói **Không**.

- Nếu chúng tôi nói **Không**, quý vị có quyền đề nghị chúng tôi thay đổi quyết định này bằng cách thực hiện kháng nghị. Thực hiện kháng nghị nghĩa là đề nghị chúng tôi xem lại quyết định từ chối đòi thọ của mình.
- Nếu quý vị quyết định thực hiện kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị bắt đầu từ Cấp Độ 1 của quy trình kháng nghị (đọc phần tiếp theo để biết thêm thông tin).



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### E3. Kháng nghị Cấp Độ 1 cho các dịch vụ, vật dụng, và thuốc (không phải thuốc Phần D)

#### Kháng nghị là gì?

Kháng nghị là một cách chính thức để đề nghị chúng tôi xem xét lại quyết định của mình và thay đổi quyết định đó nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã sai. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác phản đối quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng nghị.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng nghị ở Cấp độ 1. Trước tiên, nếu quý vị không muốn kháng nghị lên chương trình đối với một dịch vụ Medi-Cal, nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là rất cấp bách hoặc liên quan đến một mối đe dọa nghiêm trọng và tức thời đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nghiêm trọng và cần đưa ra quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý tại [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Vào trang 191 để biết thêm thông tin. Nếu quý vị cần hỗ trợ trong quy trình kháng nghị, quý vị có thể liên hệ Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect theo số 1-855-501-3077. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect không liên kết với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào.

#### Kháng nghị Cấp Độ 1 là gì?

Kháng nghị Cấp Độ 1 là kháng nghị đầu tiên đối với chương trình của chúng tôi.

Chúng tôi sẽ đánh giá lại quyết định bảo hiểm của mình để xem nó có đúng hay không. Người đánh giá sẽ là người không đưa ra quyết định bảo hiểm ban đầu. Khi chúng tôi đã đánh giá lại xong, chúng tôi sẽ đưa quyết định của mình cho quý vị bằng văn bản.

#### Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể chuyển yêu cầu của quý vị thành văn bản và gửi qua đường bưu điện hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể đề nghị kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi.

- Đề nghị **trong vòng 60 ngày theo lịch** cho quyết định mà quý vị đang kháng nghị. Nếu quý vị trễ hạn chót vì một lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng nghị (xem trang 217).
- Nếu quý vị kháng nghị vì chúng tôi cho quý vị biết rằng dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc dừng lại, **quý vị có ít ngày hơn để kháng nghị** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi quý vị thực hiện quy trình kháng nghị (xem trang 190).
- Đọc tiếp phần này để tìm hiểu hạn chót áp dụng đối với đơn kháng nghị của quý vị.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Nếu chúng tôi cho quý vị biết sau khi đánh giá lại rằng dịch vụ hoặc vật dụng đó không được đài thọ, trường hợp của quý vị có thể được chuyển tiếp sang kháng nghị Cấp Độ 2.

### Cách đưa ra kháng nghị Cấp Độ 1?

- Để bắt đầu kháng nghị của quý vị, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác hoặc người đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-877-723-4795. Để biết thêm chi tiết về cách liên hệ với chúng tôi để kháng nghị, xem Chương 2, trang 19.
- Quý vị có thể đề nghị “kháng nghị tiêu chuẩn” hoặc “kháng nghị nhanh” đối với chúng tôi.
- Nếu quý vị đang đề nghị kháng nghị tiêu chuẩn hoặc kháng nghị nhanh, hãy thực hiện kháng nghị của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.
  - Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản đến địa chỉ sau:

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158
  - Quý vị có thể gửi yêu cầu trực tuyến tại: [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).
  - Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị, cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được kháng nghị đó.

**Thuật ngữ pháp lý cho “kháng nghị nhanh” là “cân nhắc lại cấp tốc”.**

### Người khác có thể thực hiện kháng nghị cho tôi không?

**Có.** Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể thực hiện kháng nghị cho quý vị. Đồng thời, một người nào đó không phải là bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể thực hiện kháng nghị cho quý vị, nhưng trước hết quý vị phải hoàn thành biểu mẫu Chỉ Định Đại Diện. Mẫu này cho phép người khác hành động thay cho quý vị.

Để nhận biểu mẫu Chỉ Định Đại Diện, hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng và đề nghị một biểu mẫu hoặc truy cập [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf), hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Nếu kháng nghị đến từ người khác ngoài quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác**, chúng tôi phải nhận biểu mẫu Chỉ Định Đại Diện hoàn chỉnh trước khi xem xét kháng nghị đó.

### **Tôi có bao nhiêu thời gian để thực hiện kháng nghị?**

Quý vị phải đề nghị kháng nghị **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư cho quý vị biết quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ, chúng tôi có thể cho quý vị nhiều thời gian hơn để kháng nghị. Các ví dụ về lý do hợp lý là: quý vị bị ốm nặng hoặc chúng tôi cung cấp thông tin sai cho quý vị về thời hạn để yêu cầu kháng nghị. Quý vị cần giải thích lý do tại sao kháng nghị của quý vị bị muộn khi quý vị kháng nghị.

**LƯU Ý:** Nếu quý vị kháng nghị vì chúng tôi cho quý vị biết rằng dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc dừng, **quý vị có vài ngày để kháng nghị** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi quý vị thực hiện quy trình kháng nghị. Đọc “Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng nghị Cấp Độ 1 không” ở trang 190 để biết thêm thông tin.

### **Tôi có thể nhận bản sao hồ sơ vụ việc của mình không?**

**Có.** Yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí bằng cách gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

### **Bác sĩ của tôi có thể cung cấp thêm thông tin về kháng nghị của tôi không?**

**Có,** quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

### **Chúng tôi sẽ ra quyết định kháng nghị như thế nào?**

Chúng tôi xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị. Sau đó, chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân theo tất cả các quy định khi chúng tôi nói **Không** với yêu cầu của quý vị hay không. Người đánh giá sẽ là người không đưa ra quyết định ban đầu.

Nếu chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cung cấp.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## **Khi nào tôi sẽ biết về quyết định kháng nghị “tiêu chuẩn”?**

Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B). Chúng tôi đưa ra quyết định sớm hơn cho quý vị nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.

- Nếu chúng tôi không trả lời kháng nghị của quý vị trong vòng 30 giờ theo lịch (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B), chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị sang Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare. Quý vị sẽ được thông báo khi nào việc này xảy ra.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự nộp đơn kháng nghị Cấp Độ 2. Để biết thêm thông tin về quy trình kháng nghị Cấp Độ 2, vào Phần E4 ở trang 190.

**Nếu câu trả lời của chúng tôi là Có** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị về yêu cầu liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B).

**Nếu chúng tôi nói không** với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare, thư đó sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập để kháng nghị Cấp Độ 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, thư đó sẽ cho quý vị biết cách tự nộp đơn kháng nghị Cấp Độ 2. Để biết thêm thông tin về quy trình kháng nghị Cấp Độ 2, vào Phần E4 ở trang 190.

## **Khi nào tôi sẽ biết về quyết định kháng nghị “nhanh”?**

Nếu quý vị đề nghị kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm như vậy.

- Nếu chúng tôi không trả lời kháng nghị của quý vị trong vòng 72 giờ theo lịch, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị sang Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare. Quý vị sẽ được thông báo khi nào việc này xảy ra.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự nộp đơn kháng nghị Cấp Độ 2. Để biết thêm thông tin về quy trình kháng nghị Cấp Độ 2, vào Phần E4 ở trang 190.

**Nếu câu trả lời của chúng tôi là Có** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 72 giờ theo lịch sau khi chúng tôi nhận kháng nghị của quý vị.

**Nếu chúng tôi nói không** với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare, thư đó sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập để kháng nghị Cấp Độ 2. Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, thư đó sẽ cho quý vị biết cách tự nộp đơn kháng nghị Cấp Độ 2. Để biết thêm thông tin về quy trình kháng nghị Cấp Độ 2, vào Phần E4 ở trang 190.

### **Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong suốt quá trình kháng nghị Cấp Độ 1 không?**

Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc dừng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà trước đây được phê duyệt, chúng tôi sẽ gửi thông báo đến quý vị trước khi hành động. Nếu quý vị không đồng ý với hành động này, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị Cấp Độ 1 và đề nghị chúng tôi tiếp tục phúc lợi của quý vị cho dịch vụ hoặc vật dụng đó. Quý vị phải **gửi yêu cầu vào hoặc trước ngày sau sự việc sau đây** để tiếp tục phúc lợi của mình:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày gửi thông báo hành động của chúng tôi qua đường bưu điện; **hoặc**
- Ngày hiệu lực dự kiến của hành động.

Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng đang tranh cãi trong quá trình kháng nghị của mình.

## **E4. Kháng nghị Cấp Độ 2 cho các dịch vụ, vật dụng, và thuốc (không phải thuốc Phần D)**

### **Nếu chương trình nói Không tại Cấp Độ 1, điều gì xảy ra tiếp theo?**

Nếu chúng tôi nói **không** với một phần hoặc toàn bộ kháng nghị Cấp Độ 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết dịch vụ hoặc vật dụng đó có thường được đài thọ bởi Medicare hoặc Medi-Cal hay không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng của **Medicare**, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị ngay khi kháng nghị Cấp Độ 1 hoàn thành.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng của **Medi-Cal**, quý vị có thể tự nộp đơn kháng nghị Cấp Độ 2. Thư sẽ cho quý vị biết cách thực hiện việc này. Thông tin cũng được cung cấp bên dưới.

### **Kháng nghị Cấp Độ 2 là gì?**

Kháng nghị Cấp Độ 2 là kháng nghị thứ hai, được thực hiện bởi một tổ chức độc lập không liên kết với chương trình.

### **Vấn đề của tôi là về dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal. Tôi thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2 bằng cách nào?**

Có hai cách để thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2 cho các dịch vụ và vật dụng của Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập hoặc (2) Phiên Điều Trần Tiểu Bang.

#### **(1) Đánh Giá Y Tế Độc Lập**

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR) từ Trung Tâm Trợ Giúp tại Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California (DMHC). Sau khi nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi và đưa ra quyết định. IMR có sẵn cho bất kỳ dịch vụ hoặc vật dụng nào được Medi-Cal đài thọ có bản chất về y tế. IMR là một cuộc đánh giá về trường hợp của quý vị bởi các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi hoặc là một phần của DMHC. Nếu IMR được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc nộp đơn đề nghị IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc hoãn một dịch vụ hoặc điều trị của Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi quyết định nó không cần thiết về mặt y tế.
- Sẽ không đài thọ cho một việc điều trị thử nghiệm hoặc điều tra của Medi-Cal cho một tình trạng bệnh lý nghiêm trọng.
- Sẽ không thanh toán cho các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp của Medi-Cal mà quý vị đã nhận.
- Chưa giải quyết kháng nghị Cấp Độ 1 về dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch cho một kháng nghị tiêu chuẩn hoặc 72 giờ cho một kháng nghị nhanh.

**LƯU Ý:** Nếu nhà cung cấp của quý vị đã nộp đơn kháng nghị cho quý vị, nhưng chúng tôi không nhận được Giấy Chỉ Định Người Đại Diện của quý vị, quý vị sẽ cần phải nộp lại đơn kháng nghị cho chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp IMR Cấp 2 lên Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Quý vị có quyền yêu cầu cả IMR và Phiên Điều Trần Tiểu Bang, nhưng không được đề nghị cả hai nếu quý vị đã có Điều Trần Tiểu Bang cho cùng một vấn đề.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp đơn kháng nghị với chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Xem trang 186 để biết thông tin về quy trình kháng nghị Cấp Độ 1 của chúng tôi. Nếu quý vị phản đối quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC hoặc yêu cầu Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC tiến hành IMR.

Nếu việc điều trị của quý vị bị từ chối vì đó là thử nghiệm hoặc điều tra, quý vị không phải tham gia vào quy trình kháng nghị trước khi quý vị nộp đơn đề nghị IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là rất cấp bách hoặc liên quan đến một mối đe dọa nghiêm trọng tức thời đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị đang bị đau nghiêm trọng, quý vị có thể trình báo vấn đề đó ngay lập tức với DMHC mà không cần thông qua quy trình kháng nghị của chúng tôi.

Quý vị phải **nộp đơn đăng ký IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi quyết định bằng văn bản về kháng nghị của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng vì lý do chính đáng như quý vị bị tình trạng bệnh lý ngăn cản việc yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng, hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ từ chúng tôi về quy trình IMR.

Để đề nghị IMR:

- Điền vào Mẫu Đơn Đánh Giá Y Tế Độc Lập/ Khiếu Nại có sẵn tại: [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx). Hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-688-9891.
- Nếu quý vị có biểu mẫu này, hãy đính kèm bản sao của các thư hoặc các tài liệu khác về dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi đã từ chối. Việc này có thể thúc đẩy nhanh quá trình IMR. Hãy gửi các bản sao tài liệu, không phải bản gốc. Trung Tâm Trợ Giúp không thể trả lại bất kỳ tài liệu nào.
- Điền Biểu Mẫu Ủy Quyền Hỗ Trợ nếu có người giúp quý vị trong quá trình IMR của quý vị. Quý vị có thể lấy biểu mẫu này tại [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) hoặc bằng cách gọi đến Trung Tâm Trợ Giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1 877 688-9891.
- Gửi thư hoặc fax các biểu mẫu của quý vị hoặc bất kỳ tài liệu đính kèm nào đến:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
Fax: 916-255-5241

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Nếu quý vị đủ điều kiện nhận IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 7 ngày để thông báo rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi nhận được đơn đề nghị và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, sẽ có quyết định về IMR trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định về IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn.

Nếu trường hợp của quý vị khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện được IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 2 ngày để thông báo rằng quý vị đủ điều kiện được IMR. Sau khi nhận được đơn đề nghị và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, sẽ có quyết định về IMR trong vòng 3 ngày. Quý vị sẽ nhận được quyết định về IMR trong vòng 7 ngày kể từ khi nộp đơn. Nếu quý vị không hài lòng với kết quả IMR, quý vị vẫn có thể đề nghị một Phiên Điều Trần Tiểu Bang.

IMR có thể lâu hơn nếu DMHC không nhận được tất cả các hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị đang thăm khám với một bác sĩ không thuộc mạng lưới của chương trình sức khỏe của mình, việc quý vị nhận được và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó là rất quan trọng. Chương trình sức khỏe của quý vị phải nhận được các bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong mạng lưới.

Nếu DMHC quyết định rằng vụ việc của quý vị không đủ điều kiện cho IMR, DMHC sẽ xem xét vụ việc của quý vị thông qua quy trình khiếu nại của khách hàng thông thường. Khiếu nại của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn đã điền đầy đủ thông tin. Nếu sự việc khiếu nại của quý vị là rất cấp bách, nó sẽ được giải quyết sớm hơn.

## (2) Phiên Điều Trần Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Tiểu Bang cho các dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal đài thọ. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác đề nghị một dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi sẽ không phê duyệt hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã có và chúng tôi đã nói không với khiếu nại Cấp Độ 1, quý vị có quyền đề nghị một Phiên Điều Trần Tiểu Bang.

Trong hầu hết các trường hợp, **quý vị có 120 ngày để đề nghị một Phiên Điều Trần Tiểu Bang** sau khi thông báo về “Quyền Điều Trần của Quý Vị” được gửi đến cho quý vị theo đường bưu điện.

**LƯU Ý:** Nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Tiểu Bang vì chúng tôi cho quý vị biết rằng dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc dừng, **quý vị có vài ngày để nộp yêu cầu** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi chờ quyết định của phiên Điều Trần Tiểu Bang. Hãy đọc “Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong thời gian kháng nghị Cấp Độ 2 không” ở trang 195 để biết thêm thông tin.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Có hai cách để yêu cầu một Phiên Điều Trần Tiểu Bang:

1. Quý vị có thể hoàn thành “Yêu Cầu Phiên Điều Trần Tiểu Bang” ở mặt sau của thông báo hành động. Quý vị nên cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu như họ tên đầy đủ, địa chỉ, số điện thoại của quý vị, tên chương trình hoặc quận thực hiện hành động chống lại quý vị, (các) chương trình hỗ trợ có liên quan và một lý do chi tiết tại sao quý vị muốn điều trần. Sau đó quý vị có thể gửi yêu cầu của mình theo một trong các cách sau:
  - Đến sở phúc lợi của quận theo địa chỉ trên thông báo.
  - Đến Sở Dịch Vụ Xã Hội Tiểu Bang California:  
  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430
  - Đến Phòng Điều Trần Tiểu Bang theo số fax 916-651-5210 hoặc 916-651-2789.
2. Quý vị có thể gọi Sở Dịch Vụ Xã Hội Tiểu Bang California theo số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349. Nếu quý vị quyết định yêu cầu Điều Trần Tiểu Bang bằng điện thoại, quý vị nên biết rằng đường dây điện thoại rất bận.

### **Vấn đề của tôi là về dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare. Điều gì sẽ xảy ra với kháng nghị Cấp Độ 2?**

Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) sẽ đánh giá kỹ lưỡng về quyết định ở Cấp Độ 1 và quyết định xem có nên thay đổi hay không.

- Quý vị không cần phải yêu cầu kháng nghị Cấp Độ 2. Chúng tôi sẽ tự động gửi bất kỳ từ chối nào (toàn bộ hoặc một phần) đến IRE. Quý vị sẽ được thông báo khi nào việc này xảy ra.
- IRE do Medicare thuê và không liên kết với chương trình này.
- Quý vị có thể yêu cầu một bản hồ sơ của mình bằng cách gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795.

IRE phải cung cấp cho quý vị câu trả lời về Đơn Kháng Nghị Cấp Độ 2 của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được đơn kháng nghị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng nghị của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B). Quy định này áp dụng nếu quý vị gửi kháng nghị trước khi nhận các dịch vụ hoặc vật dụng y tế.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Tuy nhiên, nếu IRE cần thu thập nhiều thông tin hơn để có thể cung cấp phúc lợi cho quý vị, họ có thể mất thêm đến 14 ngày theo lịch. Nếu IRE cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, họ sẽ gửi thư thông báo cho quý vị. IRE không thể gia hạn thêm thời gian trong việc đưa ra quyết định nếu đơn kháng cáo của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Quý vị đã “kháng nghị nhanh” ở Cấp Độ 1, quý vị sẽ tự động có kháng nghị nhanh ở Cấp Độ 2. IRE phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận kháng nghị.

- Tuy nhiên, nếu IRE cần thu thập nhiều thông tin hơn để có thể cung cấp phúc lợi cho quý vị, họ có thể mất thêm đến 14 ngày theo lịch. Nếu IRE cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, họ sẽ gửi thư thông báo cho quý vị. IRE không thể gia hạn thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu đơn kháng cáo của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.

### **Phúc lợi của tôi có tiếp tục trong suốt quá trình kháng nghị Cấp Độ 2 không?**

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng được Medicare đài thọ, phúc lợi của quý vị cho dịch vụ hoặc vật dụng đó sẽ không tiếp tục trong suốt quá trình kháng nghị Cấp Độ 2 với Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng được Medi-Cal đài thọ và quý vị đề nghị một Phiên Điều Trần Tiểu Bang, các phúc lợi Medi-Cal của quý vị cho dịch vụ hoặc vật dụng đó sẽ tiếp tục cho đến khi có quyết định điều trần. Quý vị phải gửi yêu cầu điều trần **vào hoặc trước ngày sau sự việc sau đây** để tiếp tục phúc lợi của mình:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày chúng tôi gửi thông báo cho quý vị về quyết định phúc lợi bất lợi (quyết định kháng nghị Cấp Độ 1) đã được xác nhận; **hoặc**
- Ngày hiệu lực dự kiến của hành động.

Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng đang tranh cãi cho đến khi có quyết định điều trần.

### **Tôi sẽ tìm hiểu về quyết định đó bằng cách nào?**

Nếu kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị là một Đánh Giá Y Tế Độc Lập, Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý sẽ gửi thư cho quý vị giải thích về quyết định được đưa ra bởi các bác sĩ đã đánh giá trường hợp của quý vị.

- Nếu quyết định Đánh Giá Y Tế Độc Lập là **Có** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc điều trị đó.
- Nếu quyết định Đánh Giá Y Tế Độc Lập là **Không** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định Cấp Độ 1. Quý vị vẫn có thể nhận một Phiên Điều Trần Tiểu Bang. Truy cập trang 193 để biết thông tin về việc yêu cầu một Phiên Điều Trần Tiểu Bang.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Nếu kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị đã là Phiên Điều Trần Tiểu Bang, Sở Dịch Vụ Xã Hội Tiểu Bang California (California Department of Social Services) sẽ gửi thư cho quý vị giải thích về quyết định của họ.

- Nếu quyết định của Phiên Điều Trần Tiểu Bang là **Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã yêu cầu, chúng tôi phải tuân theo quyết định đó. Chúng tôi phải hoàn thành (các) hành động được mô tả trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được bản sao của quyết định.
- Nếu quyết định của Phiên Điều Trần là **Không Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định Cấp Độ 1. Chúng tôi có thể dừng bất kỳ hỗ trợ nào đang chờ thanh toán mà quý vị đang nhận.

Nếu kháng nghị Cấp Độ 2 đã được gửi đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) của Medicare, họ sẽ gửi thư cho quý vị giải thích quyết định của họ.

- Nếu IRE quyết định **Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng đó cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận quyết định của IRE. Nếu quý vị đã có kháng nghị nhanh, chúng tôi phải chấp thuận bảo hiểm chăm sóc y tế hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật dụng trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE.
- Nếu IRE cho biết **Đồng Ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu trong đơn kháng nghị tiêu chuẩn của quý vị liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRE. Nếu quý vị đã yêu cầu kháng nghị nhanh, chúng tôi phải cho phép hoặc cấp thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE.
- Nếu IRE quyết định **Không Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định Cấp Độ 1. Đây được gọi là “ủng hộ quyết định”. Nó còn được gọi là “bác bỏ kháng nghị của quý vị”.

**Nếu quyết định là Không Đồng Ý cho toàn bộ hoặc một phần những gì tôi đã yêu cầu, tôi có thể thực hiện một kháng nghị khác không?**

Nếu kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị là một Đánh Giá Y Tế Độc Lập, quý vị có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Tiểu Bang. Truy cập trang 193 để biết thông tin về việc yêu cầu một Phiên Điều Trần Tiểu Bang.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Nếu kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị là một Phiên Điều Trần Tiểu Bang, quý vị có thể đề nghị một phiên tái điều trần trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận quyết định. Quý vị cũng có thể yêu cầu xem xét tư pháp về quyết định từ chối của Phiên Điều Trần Tiểu Bang bằng cách nộp đơn thỉnh cầu lên Tòa Thượng Thẩm (theo Mục 1094.5 Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự) trong vòng một năm sau khi quý vị nhận quyết định. Quý vị không được đề nghị IMR nếu quý vị đã có một Phiên Điều Trần Tiểu Bang cho cùng một vấn đề.

Nếu kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị đã được gửi đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) của Medicare, quý vị có thể kháng nghị lại chỉ khi giá trị cho dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị muốn đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định. Thư quý vị nhận từ IRE sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung quý vị có thể có.

Hãy xem Phần I ở trang 227 để biết thêm thông tin về các cấp độ kháng nghị bổ sung.

## **E5. Các vấn đề về thanh toán**

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn các dịch vụ và vật dụng được đài thọ cho quý vị. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn khoản phí nhà cung cấp tính cho dịch vụ hoặc vật dụng được đài thọ. Quý vị không bao giờ phải thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất mà quý vị được yêu cầu thanh toán là khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc bậc 2, nếu có.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn nhiều hơn khoản đồng thanh toán của mình cho các dịch vụ và vật dụng được đài thọ, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề đó.

Để biết thêm thông tin, bắt đầu xem Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần hóa đơn của chúng tôi cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ quý vị đã nhận được. Chương 7 mô tả các tình huống trong đó quý vị có thể cần đề nghị hoàn trả hoặc thanh toán một hóa đơn quý vị đã nhận từ nhà cung cấp. Chương này cũng cho biết cách thức gửi giấy tờ cho chúng tôi để nghị chúng tôi thanh toán.

### **Tôi có thể yêu cầu chương trình trả lại cho tôi chi phí dịch vụ hoặc vật dụng mà tôi đã thanh toán không?**

Hãy nhớ rằng, nếu quý vị nhận được hóa đơn nhiều hơn chi phí cho các dịch vụ và vật dụng được đài thọ, quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn đó. Nhưng nếu quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể nhận khoản hoàn trả nếu quý vị tuân theo các quy tắc về nhận dịch vụ và các vật dụng.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Nếu quý vị đề nghị được hoàn trả nghĩa là quý vị đang đề nghị một quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ xem liệu dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ hoặc vật dụng được đài thọ hay không và chúng tôi sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân theo tất cả các quy định sử dụng bảo hiểm không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán được đài thọ và quý vị đã tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi cho nhà cung cấp của quý vị khoản thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ khi chúng tôi nhận yêu cầu của quý vị. Sau đó, nhà cung cấp của quý vị sẽ thanh toán cho quý vị.
- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Khi chúng tôi gửi thanh toán, điều đó cũng giống như chúng tôi quyết định **Có** với yêu cầu quyết định bảo hiểm của quý vị.
- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng không được đài thọ hoặc quý vị không tuân theo tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, và giải thích lý do.

### **Nếu chúng tôi nói chúng tôi sẽ không thanh toán thì sao?**

Nếu quý vị phản đối quyết định của chúng tôi, **quý vị có thể thực hiện kháng nghị**. Hãy làm theo quy trình kháng nghị được mô tả trong Phần E3 ở trang 186. Khi quý vị tuân theo các hướng dẫn này, xin lưu ý:

- Nếu quý vị đề nghị kháng nghị hoàn trả, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 30 ngày sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị chi phí dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được và đã tự mình thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng cáo nhanh.

Nếu chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị và dịch vụ hoặc vật dụng này thường được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE). Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị qua thư nếu điều này xảy ra.

- Nếu IRE đảo ngược quyết định của chúng tôi và cho biết chúng tôi cần thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho kháng nghị của quý vị là **Đồng Ý** vào bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp Độ 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 60 ngày theo lịch.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Nếu IRE quyết định là **Không Đồng Ý** đối với kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không chấp thuận yêu cầu của quý vị. (Đây được gọi là “ủng hộ quyết định”. Nó còn được gọi là “bác bỏ kháng nghị của quý vị”.) Thư quý vị nhận sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung mà quý vị có thể có. Quý vị có thể kháng nghị lại chỉ khi giá trị tiền của dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị muốn đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định. Hãy xem phần I ở trang 227 để biết thêm thông tin về các cấp độ kháng nghị.

Nếu chúng tôi trả lời **Không Đồng Ý** cho kháng nghị của quý vị và dịch vụ hoặc vật dụng đó thường được Medi-Cal đài thọ, quý vị có thể tự nộp đơn kháng nghị Cấp Độ 2 (xem Phần E4 ở trang 190).

---

## F. Thuốc Phần D

### F1. Phải làm gì nếu quý vị có các vấn đề về việc nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn trả cho thuốc Phần D

Phúc lợi của quý vị với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi bao gồm việc đài thọ nhiều loại thuốc kê toa. Hầu hết các loại thuốc này đều là “Thuốc Phần D.” Có một số thuốc mà Medicare Phần D không đài thọ nhưng Medi-Cal có thể đài thọ. **Phần này chỉ áp dụng cho các kháng nghị về thuốc Phần D.**

Danh Sách Thuốc bao gồm một số loại thuốc có dấu hoa thị (\*). Các thuốc này **không phải** thuốc Phần D. Kháng nghị hoặc quyết định bảo hiểm về thuốc có ký hiệu hoa thị (\*) tuân thủ quy trình trong Phần E ở trang 182.

### Tôi có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc thực hiện kháng nghị về các thuốc theo toa Phần D không?

**Có.** Đây là các ví dụ về quyết định bảo hiểm quý vị có thể đề nghị chúng tôi đưa ra về thuốc Phần D:

- Quý vị đề nghị chúng tôi thực hiện ngoại lệ như:
  - Đề nghị chúng tôi đài thọ cho thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình
  - Đề nghị chúng tôi bỏ qua hạn chế về bảo hiểm cho thuốc của chương trình (ví dụ như các hạn chế về lượng thuốc quý vị có thể nhận)
- Quý vị đề nghị chúng tôi nếu thuốc được đài thọ cho quý vị (ví dụ như khi thuốc của quý vị có trong Danh Sách Thuốc của chương trình nhưng chúng tôi đề nghị quý vị nhận phê duyệt từ chúng tôi trước khi chúng tôi sẽ đài thọ thuốc đó cho quý vị).



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**LƯU Ý:** Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng không thể cấp thuốc theo toa của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

- Quý vị đề nghị chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc kê toa mà quý vị đã mua. Đây là đề nghị quyết định bảo hiểm về thanh toán.

**Thuật ngữ pháp lý** cho quyết định bảo hiểm về thuốc Phần D của quý vị là **“quyết định bảo hiểm.”**

Nếu quý vị phản đối một quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết cả cách đề nghị các quyết định bảo hiểm **và** cách yêu cầu kháng nghị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Sử dụng biểu đồ dưới đây để giúp quý vị quyết định phần nào có thông tin cho tình huống của quý vị:

<b>Quý vị đang ở tình huống nào?</b>			
<p>Quý vị cần thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi bỏ qua một quy định hoặc hạn chế về thuốc mà chúng tôi đòi hỏi?</p>	<p>Quý vị có muốn chúng tôi đòi hỏi cho thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị tin rằng quý vị đáp ứng mọi quy định hoặc giới hạn của chương trình (ví dụ như nhận phê duyệt trước) cho thuốc mà quý vị cần không?</p>	<p>Quý vị có muốn đề nghị chúng tôi hoàn trả cho thuốc mà quý vị đã nhận và đã thanh toán không?</p>	<p>Chúng tôi đã cho quý vị biết chúng tôi sẽ không đòi hỏi hoặc thanh toán cho thuốc theo cách mà quý vị muốn được đòi hỏi hoặc thanh toán chưa?</p>
<p><b>Quý vị có thể đề nghị chúng tôi thực hiện ngoại lệ.</b> (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.)</p>	<p><b>Quý vị có thể đề nghị chúng tôi đưa ra một quyết định bảo hiểm.</b></p>	<p><b>Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị.</b> (Đây là một loại quyết định bảo hiểm.)</p>	<p><b>Quý vị có thể thực hiện kháng nghị.</b> (Điều này có nghĩa là quý vị đang đề nghị chúng tôi cân nhắc lại).</p>
<p>Bắt đầu với <b>Phần F2</b> ở trang 201. Đồng thời xem các Phần F3 và F4 ở trang 203 và 204.</p>	<p>Chuyển nhanh đến <b>Phần F4</b> ở trang 204.</p>	<p>Chuyển nhanh đến <b>F4</b> ở trang 204.</p>	<p>Chuyển nhanh đến <b>Phần F5</b> ở trang 207.</p>

## **F2. Ngoại lệ là gì**

Một ngoại lệ là việc cho phép được nhận bảo hiểm cho thuốc thường không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc được sử dụng thuốc mà không có các quy định hoặc giới hạn nhất định. Nếu thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc không được đòi hỏi theo cách mà quý vị muốn, quý vị có thể đề nghị chúng tôi thực hiện “ngoại lệ”.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Khi quý vị đề nghị ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ khác sẽ cần giải thích các nguyên nhân y khoa giải thích tại sao quý vị cần ngoại lệ.

Đây là các ví dụ về ngoại lệ và quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc một bác sĩ khác có thể đề nghị chúng tôi thực hiện:

1. Đòi hỏi một loại thuốc Phần D không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.
  - Nếu chúng tôi đồng ý thực hiện ngoại lệ và đòi hỏi một thuốc không có trong Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ cần phải thanh toán chia sẻ chi phí áp dụng cho các loại thuốc Bậc 2.
  - Quý vị không thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.
2. Xóa bỏ hạn chế về bảo hiểm của chúng tôi. Có thêm các quy định hoặc hạn chế áp dụng cho một số thuốc nhất định trong Danh Sách Thuốc (để biết thêm thông tin, hãy vào Chương 5, Phần C, trang 130).
  - Các quy định hoặc hạn chế bổ sung về bảo hiểm cho một số thuốc nhất định này bao gồm:
    - Được yêu cầu sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược.
    - Nhận phê duyệt của chương trình trước khi chúng tôi đồng ý đòi hỏi thuốc cho quý vị. (Đôi khi đây được gọi là “sự cho phép trước.”)
    - Được yêu cầu thử một thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý đòi hỏi cho thuốc mà quý vị đang đề nghị. (Đây đôi khi được gọi là “liệu pháp theo bước.”)
    - Giới hạn số lượng. Đối với một số thuốc, chúng tôi hạn chế lượng thuốc quý vị có thể có.
  - Nếu chúng tôi đồng ý trường hợp ngoại lệ và miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị vẫn có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với đối với khoản đồng thanh toán mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc đó.

**Thuật ngữ pháp lý** cho việc yêu cầu gỡ bỏ một hạn chế về phạm vi đòi hỏi cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu về “**trường hợp ngoại lệ được miễn.**”

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### F3. Những điều quan trọng cần biết về việc đề nghị các ngoại lệ

#### **Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi các lý do y khoa**

Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ khác phải cho chúng tôi một nhận định giải thích các nguyên nhân y khoa về việc đề nghị ngoại lệ. Quyết định của chúng tôi về ngoại lệ đó sẽ nhanh hơn nếu quý vị bao gồm thông tin này từ bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ khác khi quý vị đề nghị ngoại lệ.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi có nhiều thuốc để điều trị một bệnh lý cụ thể. Những loại thuốc này được gọi là thuốc “thay thế”. Nếu thuốc thay thế có hiệu quả như thuốc mà quý vị đang đề nghị và không gây ra nhiều tác dụng phụ hoặc các vấn đề khác về sức khỏe hơn, chúng tôi thường không phê duyệt yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ.

#### **Chúng tôi sẽ nói Có hoặc Không đối với yêu cầu về trường hợp ngoại lệ của quý vị**

- Nếu chúng tôi quyết định **Có** cho yêu cầu về ngoại lệ của quý vị, ngoại lệ đó thường kéo dài cho đến cuối năm dương lịch. Điều này đúng nếu bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc này cho quý vị và thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị bệnh lý của quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý** cho yêu cầu về ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể đề nghị xem lại quyết định của chúng tôi bằng cách thực hiện kháng nghị. Phần F5 ở trang 207 sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị nếu chúng tôi nói **Không Đồng Ý**.

Phần tiếp theo cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

#### F4. Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm về thuốc Phần D hoặc hoàn trả cho thuốc Phần D, bao gồm ngoại lệ

##### Việc cần làm

- Đề nghị loại quyết định bảo hiểm mà quý vị muốn. Hãy gọi điện, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi để đề nghị. Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) có thể làm việc này. Quý vị có thể gọi điện cho chúng tôi theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người khác đại diện cho quý vị có thể đề nghị một quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể đề nghị luật sư đại diện cho quý vị.
- Hãy đọc Phần D ở trang 179 để tìm hiểu về cách cho phép người khác đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần cho phép bằng văn bản cho bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để đề nghị chúng tôi một quyết định bảo hiểm đại diện cho quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền mua thuốc, hãy đọc Chương 7, Phần A, trang 153 của sổ tay này. Chương 7 mô tả số lần quý vị có thể đề nghị bồi hoàn. Sổ tay này cũng cho biết cách gửi giấy tờ cho chúng tôi để đề nghị chúng tôi bồi hoàn cho phần chia sẻ phí của một loại thuốc quý vị đã thanh toán.
- Nếu quý vị đang yêu cầu ngoại lệ, hãy cung cấp “tuyên bố hỗ trợ”. Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi các lý do y khoa cho ngoại lệ về thuốc. Chúng tôi gọi đây là “tuyên bố hỗ trợ.”

##### **Xem nhanh: Cách đề nghị quyết định bảo hiểm về thuốc hoặc thanh toán**

Hãy gọi điện, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi để đề nghị hoặc yêu cầu người đại diện hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị đề nghị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị về quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn trong vòng 72 giờ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị về việc bồi hoàn quý vị cho thuốc Phần D mà quý vị đã thanh toán trong vòng 14 ngày.

- Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, bao gồm tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể đề nghị một quyết định nhanh. (Các quyết định nhanh thường đến trong vòng 24 giờ.)
- Đọc phần này để đảm bảo quý vị đủ điều kiện cho một quyết định nhanh! Cũng đọc phần này để có thông tin về các thời hạn đưa ra quyết định.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể gửi fax hoặc gửi thư tuyên bố đó cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó gửi fax hoặc gửi thư tuyên bố.

### **Nếu sức khỏe của quý vị cần, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra “quyết định bảo hiểm nhanh” cho quý vị**

Chúng tôi sẽ sử dụng “thời hạn tiêu chuẩn” trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng “thời hạn nhanh.”

- **Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.
- **Quyết định bảo hiểm nhanh** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ.

**Thuật ngữ pháp lý cho “quyết định bảo hiểm nhanh” là “quyết định bảo hiểm xúc tiến nhanh”.**

Quý vị có thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh chỉ khi quý vị đang đề nghị thuốc mà quý vị chưa nhận. (Quý vị không được nhận quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị đang đề nghị chúng tôi bồi hoàn cho thuốc mà quý vị đã mua.)

Quý vị có thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh chỉ khi việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị.

Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị cần “quyết định bảo hiểm nhanh,” chúng tôi sẽ tự động đồng ý đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị và sẽ gửi thư thông báo cho quý vị.

- Nếu quý vị tự đề nghị quyết định bảo hiểm nhanh (không có sự ủng hộ của bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị), chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng bệnh trạng của quý vị không đáp ứng các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
  - Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị về điều đó. Thư sẽ cho quý vị biết cách thực hiện khiếu nại về quyết định của chúng tôi để đưa ra quyết định tiêu chuẩn cho quý vị.
  - Quý vị có thể nộp đơn “khiếu nại nhanh” và nhận phản hồi cho khiếu nại trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại bao gồm khiếu nại nhanh, xem Phần J ở trang 228.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### Thời hạn cho một “quyết định bảo hiểm nhanh”

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ. Điều đó có nghĩa là trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận yêu cầu của quý vị. Hoặc 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị ủng hộ yêu cầu của quý vị nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị. Tại Cấp Độ 2, một Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đề nghị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố hỗ trợ yêu cầu của quý vị từ bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đề nghị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích tại sao chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý**. Thư này cũng sẽ giải thích cách để quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

### Thời hạn cho một “quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn” về thuốc mà quý vị chưa nhận

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị ủng hộ yêu cầu của quý vị nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị bắt buộc.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị. Tại Cấp Độ 2, một Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi nhận yêu cầu của quý vị hoặc nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ hoặc người kê đơn của quý vị nếu quý vị đang yêu cầu một ngoại lệ.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đề nghị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích tại sao chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý**. Thư này cũng sẽ giải thích cách để quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## Thời hạn cho “quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn” về việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày sau khi nhận yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị. Tại Cấp Độ 2, một Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi nói Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đề nghị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích tại sao chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý**. Thư này cũng sẽ giải thích cách để quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

### F5. Kháng nghị Cấp Độ 1 cho các thuốc Phần D

- Để bắt đầu kháng nghị, quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi.
- Nếu quý vị đề nghị kháng nghị tiêu chuẩn, quý vị có thể thực hiện kháng nghị bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1 877 723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Nếu quý vị muốn kháng nghị nhanh, quý vị có thể thực hiện kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.
- Thực hiện kháng nghị nhanh **trong vòng 60 ngày lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi. Nếu quý vị trễ hạn cuối này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ này, chúng tôi có thể cho quý vị thêm

#### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1**

Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể đưa yêu cầu của quý vị thành văn bản và gửi thư hoặc fax cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể đề nghị kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi.

- Đề nghị **trong vòng 60 ngày theo lịch** cho quyết định mà quý vị đang kháng nghị. Nếu quý vị trễ hạn cuối vì một lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng nghị.
- Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể gọi cho chúng tôi để đề nghị kháng nghị nhanh.
- Đọc phần này để đảm bảo quý vị đủ điều kiện cho một quyết định nhanh! Cũng đọc phần này để có thông tin về các thời hạn đưa ra quyết định.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

thời gian để kháng nghị. Ví dụ như các lý do chính đáng về việc bỏ lỡ thời hạn sẽ là quý vị có bị ốm nặng không thể liên hệ với chúng tôi hoặc chúng tôi cung cấp thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn để nghị kháng nghị cho quý vị.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao thông tin về kháng nghị của quý vị. Để nhận bản sao, hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

**Thuật ngữ pháp lý** cho một kháng nghị lên chương trình về một quyết định bảo hiểm thuốc Phần D là “**tái xác định**” chương trình.

Nếu quý vị muốn, quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi để ủng hộ kháng nghị của quý vị.

### **Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu như vậy, hãy yêu cầu “kháng nghị nhanh”**

- Nếu quý vị đang kháng nghị một quyết định mà chương trình của chúng tôi đã đưa ra về thuốc mà quý vị chưa nhận, quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ cần phải quyết định xem quý vị có cần “kháng nghị nhanh” hay không.
- Các yêu cầu để nhận “kháng nghị nhanh” giống như các yêu cầu để nhận “quyết định bảo hiểm nhanh” trong Phần F4 ở trang 204.

**Thuật ngữ pháp lý** cho “kháng nghị nhanh” là “**tái xác định xúc tiến nhanh**”.

### **Chương trình của chúng tôi sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra quyết định cho quý vị**

- Chúng tôi xem cẩn thận một lần nữa tất cả thông tin về yêu cầu đài thọ của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi đã tuân theo tất cả các quy định chưa khi quyết định **Không Đồng Ý** với yêu cầu của quý vị. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để lấy thêm thông tin. Người đánh giá sẽ là người không đưa ra quyết định bảo hiểm ban đầu.

### **Thời hạn cho “kháng nghị nhanh”**

- Nếu quý vị đang sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận kháng nghị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị. Tại Cấp Độ 2, một Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Có** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm trong vòng 72 giờ theo lịch sau khi chúng tôi nhận kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đề nghị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích tại sao chúng tôi quyết định **Không**.

### Thời hạn cho “kháng nghị tiêu chuẩn”

- Nếu chúng tôi đang sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời trong vòng 7 ngày sau khi nhận được kháng nghị của quý vị, hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho một loại thuốc mà quý vị đã mua. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho một loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi phải đưa ra câu trả lời cho quý vị trong vòng 14 ngày sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu quý vị nghĩ sức khỏe của quý vị yêu cầu làm như vậy, quý vị nên yêu cầu “kháng nghị nhanh.”
- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị. Tại Cấp Độ 2, một Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.
- **Nếu chúng tôi nói Có** với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị:
  - Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu đòi hỏi bồi hoàn, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm cho quý vị nhanh như tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không trễ hơn 7 ngày sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho một loại thuốc mà quý vị đã mua.
  - Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu bồi hoàn cho một loại thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày sau khi nhận yêu cầu kháng nghị của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đề nghị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích tại sao chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý** và cho biết cách kháng nghị quyết định của chúng tôi.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## F6. Kháng nghị Cấp Độ 2 cho các thuốc Phần D

Nếu chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị thì quý vị phải chọn nên chấp nhận quyết định đó hay tiếp tục kháng nghị khác. Nếu quý vị quyết định chuyển sang Kháng Cáo Cấp 2, Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét quyết định của chúng tôi.

- Nếu quý vị muốn IRE đánh giá trường hợp của mình, yêu cầu kháng nghị của quý vị phải được lập bằng văn bản. Thư chúng tôi gửi về quyết định của chúng tôi trong kháng nghị Cấp Độ 1 sẽ giải thích cách yêu cầu kháng nghị Cấp Độ 2.
- Khi quý vị thực hiện kháng nghị lên IRE, chúng tôi sẽ gửi hồ sơ trường hợp của quý vị cho họ. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao miễn phí hồ sơ trường hợp của quý vị bằng cách gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRE thông tin khác hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare thuê. Đơn vị này không liên kết với chương trình này và không phải là cơ quan chính phủ.
- Những người đánh giá tại IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị. Tổ chức đó sẽ gửi thư cho quý vị giải thích quyết định của họ.

### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2**

Nếu quý vị muốn Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập đánh giá trường hợp của mình, yêu cầu kháng nghị của quý vị phải được lập bằng văn bản.

- Đề nghị **trong vòng 60 ngày theo lịch** cho quyết định mà quý vị đang kháng nghị. Nếu quý vị trễ hạn cuối vì một lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng nghị.
- Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị Cấp Độ 2.
- Đọc phần này để đảm bảo quý vị đủ điều kiện cho một quyết định nhanh! Cũng đọc phần này để có thông tin về các thời hạn đưa ra quyết định.

**Thuật ngữ pháp lý** cho một kháng nghị lên IRE về một loại thuốc Phần D là “**xem xét lại**”.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Thời hạn cho “kháng nghị nhanh” ở Cấp Độ 2

- Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu làm như vậy, hãy đề nghị Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) thực hiện “kháng nghị nhanh.”
- Nếu tổ chức đánh giá đồng ý cung cấp “kháng nghị nhanh,” cho quý vị, tổ chức đó phải trả lời kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận yêu cầu kháng nghị của quý vị.
- Nếu IRE quyết định **Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận quyết định.

## Thời hạn cho “kháng nghị tiêu chuẩn” ở Cấp Độ 2

- Nếu quý vị có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp Độ 2, Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) phải trả lời kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị trong vòng 7 ngày sau khi họ nhận được kháng nghị hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho loại thuốc mà quý vị đã mua.
- Nếu IRE quyết định **Đồng Ý** cho một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị đã đề nghị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận quyết định.
- Nếu IRE phê duyệt một yêu cầu bồi hoàn cho một loại thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày sau khi chúng tôi nhận quyết định.

## Điều gì xảy ra nếu Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập quyết định Không Đồng Ý với kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị?

**Không Đồng Ý** nghĩa là Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) đồng ý với quyết định của chúng tôi không phê duyệt yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là “ủng hộ quyết định”. Nó còn được gọi là “bác bỏ kháng nghị của quý vị”.

Nếu quý vị muốn chuyển sang quy trình kháng nghị Cấp Độ 3, thuốc mà quý vị yêu cầu phải đáp ứng một khoản giá trị tối thiểu. Nếu giá trị thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm. Nếu giá trị đủ cao, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị Cấp độ 3. Thư quý vị nhận từ IRE sẽ cho quý vị biết khoản giá trị cần thiết để tiếp tục quy trình kháng nghị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## G. Yêu cầu chúng tôi đòi thọ việc nằm viện lâu hơn

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ của bệnh viện mà chúng tôi đòi thọ, cần thiết để chẩn đoán và điều trị tình trạng bị bệnh hoặc tổn thương của quý vị.

Trong suốt quá trình nằm viện được đòi thọ, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị sẽ rời khỏi bệnh viện. Họ cũng sẽ giúp sắp xếp bất cứ dịch vụ chăm sóc nào mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị rời bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện”.
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết về ngày xuất viện.

Nếu quý vị nghĩ quý vị đang được yêu cầu rời khỏi bệnh viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu được theo dõi lâu hơn tại bệnh viện. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu.

### G1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một nhân viên phụ trách hoặc y tá sẽ đưa cho quý vị một thông báo được gọi là “Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị.” Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy yêu cầu bất kỳ nhân viên bệnh viện nào cung cấp cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp, xin vui lòng gọi điện đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

Đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. “Thông Báo Quan Trọng” này cho quý vị biết về các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân của bệnh viện, bao gồm quyền:

- Nhận các dịch vụ do Medicare đòi thọ trong và sau khi quý vị nằm viện. Quý vị có quyền biết các dịch vụ này là gì, ai sẽ thanh toán cho các dịch vụ đó và quý vị có thể nhận các dịch vụ này ở đâu.
- Được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian quý vị nằm viện.
- Được biết nơi báo cáo bất kỳ lo ngại nào của quý vị về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện.
- kháng nghị nếu quý vị cho rằng quý vị đang được xuất viện quá sớm.

Quý vị nên ký vào thông báo của Medicare để cho biết quý vị đã nhận thông báo và hiểu các quyền của mình. Việc ký vào thông báo này **không** đồng nghĩa với việc quý vị đồng ý về ngày xuất viện mà bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên của bệnh viện có thể đã nói với quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Hãy giữ bản sao của thông báo đã ký để quý vị có các thông tin nếu cần.

- Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể gọi số 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.
- Quý vị cũng có thể xem thông báo này trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).
- Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 hoặc Medicare theo các số ở trên.

## **G2. Kháng nghị Cấp Độ 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Nếu quý vị muốn chúng tôi đàm thoại cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của mình trong thời gian lâu hơn, quý vị phải yêu cầu kháng nghị. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ thực hiện đánh giá kháng nghị Cấp Độ 1 để xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp với quý vị về mặt y tế không. Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta BFCC-QIO.

Để thực hiện kháng nghị thay đổi ngày xuất viện của quý vị, hãy gọi Livanta BFCC-QIO theo số: 1-877-588-1123, sẵn sàng phục vụ 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-855-887-6668.

### **Hãy gọi điện ngay!**

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng **trước khi** quý vị rời bệnh viện và không muộn hơn ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. “Thông Báo Quan Trọng của Medicare về Các Quyền của Quý Vị” có các thông tin về cách liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng này.



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- **Nếu quý vị gọi trước khi quý vị rời đi**, quý vị được phép ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải thanh toán trong khi quý vị chờ nhận quyết định về kháng nghị của mình từ Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng.
- **Nếu quý vị không gọi để kháng nghị**, và quý vị quyết định lưu trú tại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, quý vị có thể phải thanh toán tất cả chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu “đánh giá nhanh”.

Hãy gọi trước khi quý vị rời khỏi bệnh viện và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

- **Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn** liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng về kháng cáo của quý vị thì thay vào đó quý vị có thể kháng cáo trực tiếp với chương trình của chúng tôi. Để biết chi tiết, hãy xem Phần G4 ở trang 217.
- Vì chi phí trong thời gian nằm viện sẽ được đài thọ bởi cả Medicare và Medi-Cal, nếu Cơ Quan Cải Thiện Chất Lượng không nhận được yêu cầu tiếp tục nằm viện của quý vị, hoặc quý vị tin rằng tình trạng của quý vị là rất cấp bách, liên quan đến mỗi đe dọa nghiêm trọng và tức thời đối với sức khỏe của quý vị hoặc quý vị đang bị đau nghiêm trọng, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) Tiểu Bang California tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng vào Phần E4 ở trang 190 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cung cấp Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

Chúng tôi muốn chắc chắn quý vị hiểu những việc cần làm và các thời hạn.

- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp vào bất kỳ lúc nào, vui lòng gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể gọi Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222. Hoặc quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect theo số 1 855 501 3077.

### **Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là gì?**

Đó là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe được thanh toán bởi chính quyền liên bang. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ được Medicare thanh toán để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## Yêu cầu “đánh giá nhanh”

Quý vị phải yêu cầu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng “**đánh giá nhanh**” về ngày xuất viện của quý vị. Yêu cầu “đánh giá nhanh” nghĩa là quý vị đang yêu cầu tổ chức đó sử dụng các thời hạn nhanh cho kháng nghị thay vì sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

**Thuật ngữ pháp lý** cho “đánh giá nhanh” là “**đánh giá ngay lập tức**”.

### Điều gì xảy ra trong quá trình đánh giá nhanh?

- Những người đánh giá tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị nguyên nhân tại sao quý vị cho rằng khoản bảo hiểm nên tiếp tục sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Người đánh giá sẽ xem xét bệnh án của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá tất cả thông tin liên quan đến việc nằm viện của quý vị.
- Trước buổi trưa của ngày sau khi người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được thư cung cấp ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Thư này sẽ giải thích tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi nghĩ quý vị xuất viện vào ngày đó là phù hợp.

**Thuật ngữ pháp lý** cho giải thích bằng văn bản này được gọi là “**Thông Báo Xuất Viện Chi Tiết**.” Quý vị có thể nhận bản mẫu bằng cách gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Hoặc quý vị có thể xem thông báo mẫu này trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).

### Nếu câu trả lời là Đồng Ý thì sao?

- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng quyết định **Đồng Ý** cho kháng nghị của quý vị, chúng tôi phải tiếp tục đòi hỏi cho các dịch vụ tại bệnh viện của quý vị nếu chúng cần thiết về mặt y tế.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Nếu câu trả lời là Không Đồng Ý thì sao?

- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng quyết định **Không Đồng Ý** cho kháng nghị của quý vị, ý của họ là ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, khoản đãi thọ của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày *sau khi* Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời quý vị.
- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng quyết định **Không Đồng Ý** và quý vị quyết định ở lại viện, thì quý vị có thể phải thanh toán cho những ngày tiếp tục ở lại bệnh viện. Chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị có thể phải trả bắt đầu vào buổi trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời quý vị.
- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng bác bỏ kháng nghị của quý vị và quý vị ở trong bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch thì quý vị có thể thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2 như được mô tả trong phần tiếp theo.

### G3. Kháng nghị Cấp Độ 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đã bác bỏ kháng nghị của quý vị và quý vị ở trong bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch thì quý vị có thể thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2. Quý vị sẽ cần liên hệ lại với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng và yêu cầu một lần đánh giá khác.

Yêu cầu đánh giá Cấp Độ 2 **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng quyết định **Không Đồng Ý** với kháng nghị Cấp Độ 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này khi quý vị đã nằm viện sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị chấm dứt.

Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta BFCC-QIO. Quý vị có thể liên hệ với Livanta BFCC-QIO theo số: **1-877-588-1123**.

- Những người đánh giá tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu tiến hành đánh giá lần hai của quý vị, nhân viên đánh giá của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ có quyết định.

#### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu đánh giá khác.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### **Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là Đồng Ý?**

- Chúng tôi phải bồi hoàn cho phần chia sẻ chi phí chăm sóc tại bệnh viện của mình mà quý vị đã nhận kể từ trưa ngày sau ngày quyết định kháng nghị đầu tiên của quý vị. Chúng tôi phải tiếp tục đài thọ cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị nếu điều đó cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình và các giới hạn đài thọ có thể áp dụng.

### **Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là Không Đồng Ý?**

Điều đó có nghĩa là Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đồng ý với quyết định Cấp Độ 1 và sẽ không thay đổi. Thư quý vị nhận được sẽ cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng bác bỏ kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho việc nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để quý vị có thể tiếp tục nằm viện. Vui lòng vào Phần E4 ở trang 190 để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC thực hiện Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

### **G4. Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ hạn chót kháng cáo?**

Nếu quý vị trễ hạn chót kháng nghị, có một cách khác để thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1 và Cấp Độ 2, được gọi là kháng nghị Thay Thế. Nhưng hai cấp độ đầu tiên của kháng nghị này sẽ khác.

### **Kháng nghị Thay Thế Cấp Độ 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Nếu quý vị trễ hạn chót liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (đó là trong vòng 60 ngày hoặc không muộn hơn ngày dự kiến ra viện của quý vị, tùy thuộc ngày nào đến trước), quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi, yêu cầu “đánh giá nhanh”. Đánh giá nhanh là kháng nghị sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Trong suốt quá trình đánh giá này, chúng tôi sẽ xem xét tất cả thông tin về việc nằm viện của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem quyết định về thời gian quý vị nên rời khỏi bệnh viện có công bằng và tuân theo tất cả các quy định không.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn để trả lời quý vị cho đánh giá này. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị đề nghị “đánh giá nhanh.”
- **Nếu chúng tôi nói Có với đánh giá nhanh của quý vị**, điều đó có nghĩa là chúng tôi đồng ý rằng quý vị vẫn cần ở bệnh viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ tại bệnh viện nếu cần thiết về mặt y tế.
- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đồng ý bồi hoàn cho phần chia sẻ chi phí chăm sóc của chúng tôi mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi quyết định khoản đài thọ của quý vị sẽ chấm dứt.
- **Nếu chúng tôi quyết định Không với kháng nghị của quý vị**, ý của chúng tôi là ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Khoản bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân nội trú của quý vị kết thúc vào ngày chúng tôi thông báo khoản bảo hiểm sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị nằm lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, thì **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- Để chắc chắn chúng tôi đang tuân theo tất cả các quy định khi quyết định **Không** với kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập. Khi chúng tôi làm việc này có nghĩa là vụ việc của quý vị đang *tự động* chuyển sang Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị.

### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Thay Thế Cấp Độ 1**

Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu “đánh giá nhanh” về ngày xuất viện của quý vị.

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định của mình cho quý vị trong vòng 72 giờ.

**Thuật ngữ pháp lý cho “đánh giá nhanh” hoặc “khiếu nại nhanh” là “kháng nghị xúc tiến nhanh.”**

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Kháng nghị Thay Thế Cấp Độ 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi có quyết định Cấp Độ 1 cho quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể thực hiện khiếu nại. Phần J ở trang 228 cho quý vị biết cách khiếu nại.

Trong quá trình Kháng Nghị Cấp Độ 2, IRE đánh giá quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý** với “đánh giá nhanh” của quý vị. Tổ chức này xác định có nên thay đổi quyết định của chúng tôi đã đưa ra không.

- Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập thực hiện “đánh giá nhanh” đối với kháng nghị của quý vị. Các nhà đánh giá thường trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ.
- Những người đánh giá tại IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị về ngày xuất viện.
- Nếu IRE quyết định **Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị, thì chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận kể từ ngày xuất viện theo kế hoạch. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ tại bệnh viện của quý vị nếu cần thiết về mặt y tế.
- Nếu tổ chức này quyết định **Không Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Thư quý vị nhận được từ IRE sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thư này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục kháng nghị Cấp Độ 3 do một thẩm phán xử lý.

### Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Thay Thế Cấp Độ 2

Quý vị không phải làm gì.  
Chương trình sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để quý vị có thể tiếp tục nằm viện. Vui lòng vào Phần E4 ở trang 190 để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC thực hiện Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập cùng với hoặc thay vì kháng nghị Cấp Độ 3.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## H. Cần làm gì nếu quý vị nghĩ việc chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) chấm dứt quá sớm

Phần này *chỉ* bàn về các loại chăm sóc sau:

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà.
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Chăm sóc phục hồi chức năng mà quý vị đang điều trị ngoại trú tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) được Medicare chấp thuận. Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị đang được điều trị bệnh tật hoặc tai nạn hoặc quý vị đang phục hồi sau một ca phẫu thuật lớn.
  - Với bất kỳ loại nào trong số ba loại chăm sóc này, quý vị có quyền được tiếp tục nhận các dịch vụ được đài thọ nếu bác sĩ quyết định quý vị cần dịch vụ đó.
  - Khi chúng tôi quyết định dừng đài thọ cho bất kỳ dịch vụ nào trong số các dịch vụ này, chúng tôi phải cho quý vị biết trước khi các dịch vụ của quý vị chấm dứt. Khi bảo hiểm của quý vị cho việc chăm sóc đó chấm dứt, *chúng tôi sẽ dừng thanh toán cho việc chăm sóc quý vị.*

Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đang chấm dứt khoản bảo hiểm chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.** Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

### H1. Chúng tôi sẽ báo trước cho quý vị khi bảo hiểm của quý vị sắp chấm dứt

Quý vị sẽ nhận được thông báo ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Đây được gọi là Thông Báo về Việc Không Bảo Hiểm của Medicare.

- Thông báo bằng văn bản cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ dừng đài thọ việc chăm sóc quý vị.
- Thông báo bằng văn bản cũng cho quý vị biết cách kháng nghị quyết định này.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị nên ký vào thông báo bằng văn bản này để cho biết rằng quý vị đã nhận thông báo. Việc ký thông báo **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với chương trình là đã đến lúc dừng nhận chăm sóc.

Khi bảo hiểm của quý vị chấm dứt, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## H2. kháng nghị Cấp Độ 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cho quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

Trước khi quý vị bắt đầu, hãy hiểu điều quý vị cần làm và hạn chót là khi nào.

- **Đáp ứng đúng hạn chót.** Hạn chót rất quan trọng. Đảm bảo rằng quý vị hiểu và tuân theo các hạn chót áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Cũng có các hạn chót mà chương trình của chúng tôi phải tuân theo. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang không đạt được hạn chót của mình, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Phần J ở trang 228 của chương này cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại).
- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp vào bất kỳ lúc nào, vui lòng gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Hoặc hãy gọi cho Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222.

### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1 để yêu cầu chương trình tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị**

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu “kháng nghị ưu tiên nhanh”.

Hãy gọi trước khi quý vị rời khỏi cơ quan hoặc cơ sở đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Trong quá trình kháng nghị Cấp Độ 1, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị và quyết định xem có thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra không. Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta BFCC-QIO. Quý vị có thể liên hệ với Livanta BFCC-QIO theo số: 1-877-588-1123. Thông tin về kháng nghị lên Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng cũng có trong Thông Báo về Việc Không Bảo Hiểm của Medicare. Đây là thông báo mà quý vị nhận được khi quý vị được cho biết rằng chúng tôi sẽ dừng đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

### **Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là gì?**

Đó là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe được thanh toán bởi chính quyền liên bang. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ được Medicare thanh toán để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Quý vị nên yêu cầu những gì?

Hãy yêu cầu họ thực hiện “kháng nghị ưu tiên nhanh”. Đây là đánh giá độc lập về việc chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

## Thời hạn để quý vị liên hệ với tổ chức này như nào?

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng không muộn hơn trưa ngày quý vị nhận thông báo bằng văn bản cho biết khi nào chúng tôi sẽ dừng đài cho việc chăm sóc quý vị.
- Nếu quý vị trễ hạn cuối để liên hệ với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng về kháng nghị của mình, thay vào đó, quý vị có thể thực hiện kháng nghị trực tiếp cho chúng tôi. Để biết chi tiết về cách thực hiện kháng nghị khác này, hãy xem Phần H4 ở trang 225.
- Nếu Cơ Quan Cải Thiện Chất Lượng không nhận được yêu cầu tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc quý vị tin rằng tình trạng của quý vị là rất cấp bách hoặc liên quan đến một mối đe dọa nghiêm trọng và tức thời đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nghiêm trọng, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC) Tiểu Bang California tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng vào Phần E4 ở trang 190 để tìm hiểu về cách nộp đơn khiếu nại và đề nghị DMHC thực hiện Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

### **Thuật ngữ pháp lý của thông báo bằng văn bản là “Thông báo về Việc Không Bảo Hiểm của Medicare.”**

Để nhận bản sao mẫu, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Hoặc xem bản sao trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html)

## Điều gì xảy ra trong quá trình đánh giá của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng?

- Những người đánh giá tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị nguyên nhân tại sao quý vị nghĩ khoản bảo hiểm cho các dịch vụ này nên tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Khi quý vị yêu cầu kháng nghị, chương trình phải viết thư cho quý vị và Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng giải thích tại sao các dịch vụ của quý vị nên chấm dứt.
- Những người đánh giá cũng sẽ xem xét các hồ sơ y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và đánh giá thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- **Trong vòng một ngày sau khi người đánh giá có tất cả thông tin họ cần, họ sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.** Quý vị sẽ nhận được thư giải thích quyết định này.

**Thuật ngữ pháp lý** cho bức thư giải thích tại sao dịch vụ của quý vị sẽ chấm dứt là “**Giải Thích Chi Tiết Lý Do Không Đòi Thọ.**”

### Điều gì xảy ra nếu người đánh giá quyết định Có?

- Nếu người đánh giá quyết định **Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị thì chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi của quý vị nếu chúng cần thiết về mặt y tế.

### Điều gì xảy ra nếu người đánh giá quyết định Không Đồng Ý?

- Nếu người đánh giá quyết định **Không Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị thì bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi cho quý vị biết. Chúng tôi sẽ chấm dứt thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho việc chăm sóc này.
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) sau ngày bảo hiểm của quý vị chấm dứt thì quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc này.

### H3. Kháng nghị Cấp Độ 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng quyết định **Không Đồng Ý** với kháng nghị và quý vị lựa chọn tiếp tục nhận chăm sóc sau khi khoản đòi hỏi cho việc chăm sóc đó đã chấm dứt, quý vị có thể thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2.

Trong quá trình kháng nghị Cấp Độ 2, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét lại quyết định mà họ đã thực hiện ở Cấp Độ 1. Nếu họ quyết định đồng ý với quyết định Cấp Độ 1, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) sau ngày chúng tôi quyết định bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta BFCC-QIO. Quý vị có thể gọi cho Livanta BFCC-QIO theo số 1-877-588-1123. Yêu cầu đánh giá Cấp Độ 2 **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng quyết định **Không Đồng Ý** với kháng nghị Cấp Độ 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày khoản đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc đã kết thúc.

- Những người đánh giá tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ đưa ra quyết định của họ trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2 để yêu cầu chương trình đòi hỏi cho việc chăm sóc quý vị lâu hơn**

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 và yêu cầu đánh giá khác.

Hãy gọi trước khi quý vị rời khỏi cơ quan hoặc cơ sở đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

### **Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá quyết định Có?**

- Chúng tôi phải bồi hoàn cho phần chia sẻ chi phí chăm sóc của chúng tôi mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi quyết định khoản bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp khoản đòi hỏi cho việc chăm sóc này nếu điều đó cần thiết về mặt y tế.

### **Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá quyết định Không?**

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đã đưa ra tại kháng nghị Cấp Độ 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Thư mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết cần làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thư này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục kháng nghị Cấp Độ 3 do một thẩm phán xử lý.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng vào Phần E4 ở trang 190 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cung cấp Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập cùng với hoặc thay vì kháng nghị Cấp Độ 3.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



#### H4. Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị trễ hạn chót thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1 của mình?

Nếu quý vị trễ hạn chót kháng nghị, có một cách khác để thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1 và Cấp Độ 2, được gọi là kháng nghị Thay Thế. Nhưng hai cấp độ đầu tiên của kháng nghị này sẽ khác.

#### Kháng nghị Thay Thế Cấp Độ 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc quý vị lâu hơn

Nếu quý vị trễ thời hạn liên hệ Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, quý vị có thể kháng nghị chúng tôi, yêu cầu “đánh giá nhanh.” Đánh giá nhanh là kháng nghị sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn.

- Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi sẽ xem xét mọi thông tin về việc chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc chăm sóc mà quý vị nhận được tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF). Chúng tôi sẽ kiểm tra xem quyết định về thời gian dịch vụ của quý vị nên chấm dứt có công bằng và tuân theo tất cả các quy định không.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn để trả lời quý vị cho đánh giá này. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị đề nghị “đánh giá nhanh.”
- **Nếu chúng tôi quyết định Đồng Ý** cho đánh giá nhanh của quý vị, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ tiếp tục đàm phán cho các dịch vụ của quý vị nếu điều đó cần thiết về mặt y tế.
- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đồng ý bồi hoàn cho phần chia sẻ chi phí chăm sóc của chúng tôi mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi quyết định khoản bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.
- **Nếu chúng tôi quyết định Không Đồng Ý** cho đánh giá nhanh của quý vị, chúng tôi muốn quyết định rằng việc dừng các dịch vụ của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Khoản bảo hiểm của chúng tôi chấm dứt vào ngày chúng tôi quyết định khoản bảo hiểm sẽ chấm dứt.

#### **Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Thay Thế Cấp Độ 1**

Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu “đánh giá nhanh”.

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định của mình cho quý vị trong vòng 72 giờ.

Nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ sau ngày chúng tôi quyết định chúng sẽ dừng, **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** cho các dịch vụ đó.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Để chắc chắn chúng tôi đang tuân theo tất cả các quy định khi quyết định **Không Đồng Ý** với kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị đến “Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập.” Khi chúng tôi làm việc này có nghĩa là vụ việc của quý vị đang tự động chuyển sang Cấp Độ 2 của quy trình kháng nghị.

**Thuật ngữ pháp lý cho “đánh giá nhanh” hoặc “khiếu nại nhanh” là “kháng nghị xúc tiến nhanh.”**

## Kháng nghị Cấp Độ 2 để tiếp tục việc chăm sóc quý vị lâu hơn

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị Cấp Độ 2 của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập (IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi có quyết định Cấp Độ 1 cho quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể thực hiện khiếu nại. Phần J ở trang 228 cho quý vị biết cách khiếu nại.

Trong quá trình kháng nghị Cấp Độ 2, IRE đánh giá quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi quyết định **Không Đồng Ý** với “đánh giá nhanh” của quý vị. Tổ chức này xác định có nên thay đổi quyết định của chúng tôi đã đưa ra không.

- Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập thực hiện “đánh giá nhanh” đối với kháng nghị của quý vị. Các nhà đánh giá thường trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ.
- Những người đánh giá tại IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- **Nếu IRE quyết định Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị, thì chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi đối với chi phí chăm sóc. Chúng tôi cũng phải tiếp tục khoản bảo hiểm các dịch vụ của quý vị nếu cần thiết về mặt y tế.
- **Nếu IRE quyết định Không Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

**Xem nhanh: Cách thực hiện kháng nghị Cấp Độ 2 để yêu cầu chương trình tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị**

Quý vị không phải làm gì. Chương trình sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Thư quý vị nhận được từ IRE sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thư này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục kháng nghị Cấp Độ 3 do một thẩm phán xử lý.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng vào Phần E4 ở trang 190 để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC cung cấp Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập bên cạnh hoặc thay vì kháng nghị Cấp Độ 3.

---

## I. Thực hiện kháng nghị của quý vị sau Cấp Độ 2

### I1. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng của Medicare

Nếu quý vị đã thực hiện kháng nghị Cấp Độ 1 và kháng nghị Cấp Độ 2 cho các dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare và cả hai kháng nghị của quý vị đều bị bác bỏ, quý vị có quyền kháng nghị các cấp độ bổ sung. Thư quý vị nhận từ Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập sẽ cho quý vị biết cần làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

Cấp độ 3 của quy trình kháng nghị là phiên điều trần của Thẩm Phán Luật Hành Chánh (ALJ). Người đưa ra quyết định trong kháng nghị Cấp Độ 3 là ALJ hoặc một luật sư được ủy quyền. Nếu quý vị muốn ALJ hoặc luật sư được ủy quyền đánh giá vụ việc của mình, vật dụng hoặc dịch vụ y tế mà quý vị đang yêu cầu sẽ phải đáp ứng một khoản giá trị tối thiểu. Nếu giá trị tiền ít hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm. Nếu giá trị đồng đô la đủ cao, quý vị có thể yêu cầu ALJ hoặc luật sư được ủy quyền nghe kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của ALJ hoặc quyết định của luật sư được ủy quyền, quý vị có thể đến Hội Đồng Khiếu Nại của Medicare. Sau đó, quý vị có thể có quyền yêu cầu tòa án liên bang xem xét kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị cần hỗ trợ ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị, quý vị có thể liên hệ Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect theo số 1-855-501-3077.

### I2. Các bước tiếp theo cho các dịch vụ và vật dụng của Medi-Cal

Quý vị cũng có nhiều quyền kháng nghị hơn nếu kháng nghị của quý vị về các dịch vụ hoặc vật dụng có thể được Medi-Cal đài thọ. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Phiên Điều Trần Tiểu Bang và quý vị muốn một thẩm phán khác đánh giá, quý vị có thể yêu cầu một phiên tái điều trần và/hoặc tìm kiếm đánh giá tư pháp.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Để yêu cầu một phiên tái điều trần, hãy gửi (thư) yêu cầu đến:

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

Thư này phải được gửi trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận được quyết định của mình. Thời hạn này có thể được kéo dài đến 180 ngày nếu quý vị có lý do chính đáng cho việc chậm trễ này.

Trong yêu cầu tái điều trần, hãy nêu ngày quý vị nhận được quyết định của mình và tại sao nên thực hiện tái điều trần. Nếu quý vị muốn xuất trình bằng chứng bổ sung, hãy mô tả bằng chứng bổ sung và giải thích lý do bằng chứng này đã không được đưa ra trước đây và bằng chứng này sẽ thay đổi quyết định như thế nào. Quý vị có thể liên hệ các dịch vụ pháp lý để được hỗ trợ.

Để yêu cầu tòa án đánh giá, quý vị phải nộp đơn lên Tòa Thượng Thẩm (theo Mục 1094.5 Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự) trong vòng một năm sau khi nhận được quyết định. Hãy nộp đơn của quý vị tại Tòa Án Thượng Thẩm cho quận được nêu tên trong quyết định của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn này mà không cần đề nghị phiên tái điều trần. Không bắt buộc đóng phí nộp đơn. Quý vị có thể chịu lệ phí luật sư vừa phải nếu Tòa án đưa ra quyết định cuối cùng có lợi cho quý vị.

Nếu phiên tái điều trần được lắng nghe và quý vị không đồng ý với quyết định từ phiên tái điều trần này, quý vị có thể tìm kiếm đánh giá tư pháp nhưng quý vị không được yêu cầu một phiên tái điều trần khác.

---

## J. Cách thức khiếu nại

### J1. Nên khiếu nại về những loại vấn đề nào?

Quy trình khiếu nại chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định, ví dụ như các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng. Đây là các ví dụ về loại vấn đề được giải quyết bằng quy trình khiếu nại.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### Khiếu nại về chất lượng

- Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc ví dụ như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận tại bệnh viện.

### Khiếu nại về quyền riêng tư

- Quý vị nghĩ ai đó không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc thông tin chia sẻ về quý vị là bí mật.

### Khiếu nại về dịch vụ khách hàng kém

- Nhà cung cấp hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị.
- Nhân viên SCFHP cư xử kém với quý vị.
- Quý vị nghĩ quý vị đang bị đẩy ra ngoài chương trình.

### Khiếu nại về khả năng tiếp cận

- Quý vị không thể tiếp cận thực tế với các dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe trong phòng mạch của bác sĩ hoặc nhà cung cấp.
- Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp phương tiện hợp lý cần thiết như thông dịch viên Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ.

### Khiếu nại về thời gian chờ đợi

- Quý vị có vấn đề khi nhận cuộc hẹn hoặc phải chờ quá lâu để nhận cuộc hẹn.
- Quý vị đã chờ các bác sĩ, dược sĩ, hoặc các chuyên gia sức khỏe khác hoặc Dịch Vụ Khách Hàng hoặc nhân viên khác của chương trình quá lâu.

### Khiếu nại về sự sạch sẽ

- Quý vị nghĩ phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ không sạch sẽ.

### Khiếu nại về tiếp cận ngôn ngữ

- Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không có phiên dịch cho quý vị trong suốt cuộc hẹn.

#### **Xem nhanh: Cách thức khiếu nại**

Quý vị có thể khiếu nại nội bộ với chương trình của chúng tôi và/hoặc khiếu nại bên ngoài với một tổ chức không có kết nối với chương trình của chúng tôi.

Để khiếu nại nội bộ, hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng hoặc gửi thư cho chúng tôi.

Có nhiều tổ chức khác nhau xử lý các khiếu nại bên ngoài. Để biết thêm thông tin, hãy đọc Phần E3 ở trang 190.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Khiếu nại về thông tin liên lạc từ chúng tôi

- Quý vị nghĩ chúng tôi không gửi cho quý vị thông báo hoặc thư mà quý vị nên được nhận.
- Quý vị nghĩ thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi cho quý vị quá khó hiểu.

## Khiếu nại về tính kịp thời của hành động mà chúng tôi tiến hành liên quan tới quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị

- Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn về việc đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời kháng nghị của quý vị.
- Quý vị tin rằng, sau khi nhận quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng đúng các thời hạn về việc phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ hoặc bồi hoàn cho quý vị đối với các dịch vụ y tế nhất định.
- Quý vị tin rằng chúng tôi không chuyển tiếp vụ việc của quý vị đến Đơn Vị Đánh Giá Độc Lập đúng hạn.

**Thuật ngữ pháp lý cho “khiếu nại” là “kháng nghị.”**

**Thuật ngữ pháp lý cho “làm đơn khiếu nại” là “nộp đơn kháng nghị.”**

## Có các loại khiếu nại khác nhau không?

**Có.** Quý vị có thể thực hiện khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Khiếu nại nội bộ được nộp và được đánh giá bởi chương trình của chúng tôi. Khiếu nại bên ngoài được nộp và đánh giá bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần hỗ trợ thực hiện khiếu nại nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect theo số 1-855-501-3077.

## J2. Khiếu nại nội bộ

Để thực hiện khiếu nại nội bộ, hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795. Quý vị có thể làm đơn khiếu nại bất cứ lúc nào trừ khi liên quan tới thuốc Phần D. Nếu đơn khiếu nại liên quan đến thuốc Phần D, quý vị phải gửi đơn khiếu nại **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi quý vị có vấn đề mà mình muốn khiếu nại.

- Nếu có bất kỳ việc nào khác quý vị cần làm, Dịch Vụ Khách Hàng sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết thư khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị bằng văn bản.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Quý vị có thể dùng “Biểu Mẫu Than Phiền và Kháng Nghị dành cho Hội Viên Cal MediConnect” hiện có sẵn trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Tất cả nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi đều có biểu mẫu này hoặc chúng tôi có thể gửi biểu mẫu cho quý vị qua đường bưu điện. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị trực tuyến. Quý vị có thể đưa mẫu thư đã được hoàn tất cho nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi hoặc gửi thư cho chúng tôi tới địa chỉ dưới đây:

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Chúng tôi sẽ gọi hoặc gửi cho quý vị một bức thư trong vòng 5 ngày để báo cho quý vị rằng chúng tôi đã nhận được đơn kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ cố gắng giải quyết khiếu nại đó và có thể liên hệ với quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị để thu thập thêm thông tin.

Toàn bộ quá trình này sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư giải thích quyết định của mình trong thời gian này.

Quý vị có thể “khiếu nại nhanh”, nếu quý vị không đồng ý với quyết định về việc không giải quyết yêu cầu của quý vị liên quan đến quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị, hoặc quyết định gia hạn khung thời gian cho quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị của chúng tôi. Chúng tôi sẽ trả lời yêu cầu khiếu nại nhanh của quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

**Thuật ngữ pháp lý cho “khiếu nại nhanh” là “kháng nghị xúc tiến nhanh”.**

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi về một khiếu nại, chúng tôi có thể trả lời quý vị ngay trong cuộc gọi đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi trả lời nhanh, chúng tôi sẽ làm điều đó.

- Chúng tôi hồi âm hầu hết các khiếu nại trong vòng 30 ngày. Nếu chúng tôi không đi đến quyết định trong vòng 30 ngày vì chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng sẽ cập nhật tình trạng và thời gian ước tính nhận được hồi âm cho quý vị.
- Nếu quý vị làm đơn khiếu nại bởi chúng tôi đã từ chối yêu cầu về “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc “kháng nghị nhanh,” của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cho quý vị “khiếu nại nhanh” và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Nếu quý vị làm đơn khiếu nại vì chúng tôi mất quá nhiều thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cho quý vị “khiếu nại nhanh” và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ báo và cho quý vị biết lý do. Chúng tôi sẽ trả lời liệu chúng tôi có đồng ý với khiếu nại đó hay không.

### J3. Khiếu nại bên ngoài

#### Quý vị có thể cho Medicare biết về khiếu nại của mình

Quý vị cũng có thể gửi khiếu nại của mình đến Medicare. Biểu Mẫu Khiếu Nại của Medicare có tại: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare tiếp nhận khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ dùng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc quan ngại nào khác, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình không giải quyết vấn đề của mình, xin gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.

#### Quý vị có thể cho Medi-Cal biết về khiếu nại của mình

Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect cũng giúp giải quyết các vấn đề từ quan điểm trung lập để đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi nhận được tất cả các dịch vụ được đài thọ mà chúng tôi cần cung cấp. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect không kết nối với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào.

Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect là 1-855-501-3077. Các dịch vụ đều miễn phí.

#### Quý vị có thể cho Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California biết về khiếu nại của mình

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California (DMHC) có trách nhiệm điều chỉnh các chương trình sức khỏe. Quý vị có thể gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp DMHC để được trợ giúp với khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. Quý vị có thể liên hệ với DMHC nếu cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến vấn đề khẩn cấp hoặc vấn đề liên quan đến mối đe dọa ngay lập tức và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, nếu quý vị bị đau nghiêm trọng, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về khiếu nại của quý vị hoặc nếu chương trình của chúng tôi đã không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày.

Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Trung Tâm Trợ Giúp:

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Hãy gọi số 1-888-466-2219. Các cá nhân bị điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật ngôn ngữ có thể sử dụng số điện thoại TTY miễn phí 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn phí.
- Truy cập trang web của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

### **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền**

Quý vị có thể làm đơn khiếu nại lên Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh nếu quý vị cho rằng quý vị không được đối xử công bằng. Ví dụ như quý vị có thể khiếu nại về việc tiếp cận dành cho người khuyết tật hoặc về hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền là 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập [www.hhs.gov/ocr/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/index.html) để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên lạc với Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền tại địa phương theo số:

Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: 1-800-368-1019  
Fax: 1-202-619-3818  
TDD: 1-800-537-7697  
Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

Quý vị cũng có các quyền theo Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disabilities Act) và theo bất kỳ luật nào khác có thể áp dụng. Quý vị có thể liên hệ với Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect để được hỗ trợ. Số điện thoại là 1-855-501-3077.

### **Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng**

Khi khiếu nại của quý vị là về chất lượng chăm sóc, quý vị cũng có hai lựa chọn:

- Nếu muốn, quý vị có thể gửi khiếu nại về chất lượng chăm sóc trực tiếp cho Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (mà không cần gửi khiếu nại cho chúng tôi).
- Hoặc quý vị có thể gửi khiếu nại cho chúng tôi và cho cả Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng. Nếu quý vị gửi khiếu nại cho tổ chức này, chúng tôi sẽ hợp tác với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ thực hành và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang chi trả để kiểm tra và cải thiện chất lượng chăm sóc cho các bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, xem Chương 2, trang 19.

Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta BFCC-QIO. Số điện thoại để liên hệ với Livanta BFCC-QIO là 1-877-588-1123.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Chương 10: Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong Chương Trình Cal MediConnect của chúng tôi

---

### Giới Thiệu

Chương này cho quý vị biết về những cách quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi và các tùy chọn bảo hiểm sức khỏe sau khi quý vị rời khỏi chương trình này. Nếu quý vị rời bỏ chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn ở trong các chương trình Medicare và Medi-Cal chừng nào quý vị còn đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### Mục Lục

A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.....	236
B. Cách chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi .....	237
C. Cách tham gia một chương trình Cal MediConnect khác .....	237
D. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt.....	238
D1. Những cách để nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt.....	238
D2. Cách nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị.....	240
E. Tiếp tục nhận các dịch vụ y tế và thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc .....	241
F. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi kết thúc.....	241
G. Các quy định đối với việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi vì bất kỳ lý do liên quan đến sức khỏe nào .....	243
H. Quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....	243
I. Cách nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị.....	243



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong SCFHP Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) bất kỳ lúc nào trong năm bằng cách ghi danh vào một Chương Trình Medicare Advantage khác, ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác, hoặc chuyển sang Original Medicare.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Ví dụ như nếu chúng tôi nhận yêu cầu từ quý vị vào ngày 18 tháng 1, bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (ngày 1 tháng 2, trong ví dụ này).

Khi quý vị kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục được ghi danh trong SCFHP cho các dịch vụ Medi-Cal của mình, trừ khi quý vị chọn một chương trình Cal MediConnect khác hoặc chỉ chương trình Medi-Cal khác. Quý vị cũng có thể chọn các tùy chọn ghi danh Medicare của mình khi quý vị kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn của Medicare trong bảng ở trang 238.
- Các dịch vụ của Medi-Cal ở trang 240.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách hội viên của mình bằng cách gọi:

- Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077.
- Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP), Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương tại khu vực của quý vị, vui lòng truy cập [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).
- Gọi Chương Trình Thanh Tra của MediConnect theo số 1-855-501-3077, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY gọi số 1-855-847-7914.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**LƯU Ý:** Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, thì quý vị không được thay đổi được các chương trình. Xem Chương 5, Phần G, trang 139 để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

---

## **B. Cách chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi**

Nếu quý vị quyết định kết thúc tư cách hội viên của mình, hãy cho Medi-Cal hoặc Medicare biết rằng quý vị muốn rời khỏi SCFHP Cal MediConnect:

- Gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077; HOẶC
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY (những người bị điếc, nặng tai, hoặc khiếm ngôn) vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình sức khỏe hoặc thuốc Medicare khác. Thông tin thêm về việc nhận các dịch vụ Medicare khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng ở trang 238.

---

## **C. Cách tham gia một chương trình Cal MediConnect khác**

Nếu quý vị vẫn muốn nhận đồng thời cả phúc lợi Medicare và Medi-Cal từ một chương trình riêng lẻ, quý vị có thể tham gia một chương trình Cal MediConnect khác.

Để ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác:

- Hãy gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077. Cho họ biết quý vị muốn rời Cal MediConnect của SCFHP và tham gia vào một chương trình Cal MediConnect khác. Nếu quý vị không chắc mình muốn tham gia vào chương trình nào, họ có thể cho quý vị biết về các chương trình khác trong khu vực của quý vị.

Bảo hiểm của quý vị với SCFHP Cal MediConnect sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## D. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Nếu quý vị không muốn ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác sau khi rời khỏi SCFHP Cal MediConnect, quý vị sẽ trở lại nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt.

### D1. Những cách để nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Quý vị sẽ có lựa chọn về cách quý vị nhận được các phúc lợi Medicare.

Quý vị có ba tùy chọn để nhận các dịch vụ Medicare của mình. Bằng cách chọn một trong các tùy chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.

<p><b>1. Quý vị có thể thay đổi sang:</b></p> <p><b>Một chương trình sức khỏe Medicare, như chương trình Medicare Advantage hoặc Chương Trình Chăm Sóc Trọn Gói dành cho Người Cao Niên (PACE) nếu quý vị đáp ứng yêu cầu về điều kiện hội đủ và sống ở khu vực dịch vụ</b></p>	<p><b>Sau đây là việc cần làm:</b></p> <p>Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.</p> <p>Nếu có câu hỏi về PACE, hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Hãy gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập <a href="http://www.aqing.ca.gov/HICAP/">www.aqing.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi SCFHP Cal MediConnect khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.</p>
---	---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





<p><b>2. Quý vị có thể thay đổi sang:</b></p> <p><b>Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt</b></p>	<p><b>Sau đây là việc cần làm:</b></p> <p>Gọi cho Medicare theo số 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1 877-486-2048.</p> <p>Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hãy gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập <a href="http://www.aqing.ca.gov/HICAP/">www.aqing.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi SCFHP Cal MediConnect khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.</p>
---	---



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### 3. Quý vị có thể thay đổi sang:

#### **Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt**

**LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết rằng mình không muốn tham gia.

Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị nhận được bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác như chủ sử dụng lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có câu hỏi về việc quý vị có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

### **Sau đây là việc cần làm:**

Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:

- Hãy gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi SCFHP Cal MediConnect khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.

## **D2. Cách nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị**

Nếu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua SCFHP trừ khi quý vị chọn một chương trình khác cho các dịch vụ Medi-Cal.

Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị bao gồm hầu hết các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài cũng như dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi.

Nếu quý vị muốn chọn một chương trình khác cho các dịch vụ Medi-Cal của mình, quý vị cần cho Health Care Options biết thời điểm quý vị yêu cầu kết thúc tư cách hội viên của mình với chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Hãy gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077. Cho họ biết quý vị muốn rời Cal MediConnect của SCFHP và tham gia vào một chương trình Medi-Cal khác. Nếu quý vị không chắc mình muốn tham gia vào chương trình nào, họ có thể cho quý vị biết về các chương trình khác trong khu vực của quý vị.

Khi quý vị kết thúc tư cách hội viên của mình với chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ nhận một Thẻ ID Hội Viên mới, một Sổ Tay Hội Viên mới, và một Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc mới cho bảo hiểm Medi-Cal của quý vị.

---

## E. Tiếp tục nhận các dịch vụ y tế và thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi SCFHP Cal MediConnect, có thể mất thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Xem trang 236 để biết thêm thông tin. Trong thời gian này, quý vị sẽ vẫn nhận được sự chăm sóc sức khỏe và các thuốc thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Quý vị nên sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi để mua thuốc cho các đơn thuốc của mình.** Thông thường, các thuốc theo toa chỉ được đài thọ nếu chúng được mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới bao gồm cả thông qua dịch vụ nhà thuốc đặt hàng qua bưu điện của chúng tôi.
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách hội viên của mình kết thúc, thời gian nằm viện của quý vị thường sẽ được chương trình Cal MediConnect của chúng tôi đài thọ cho đến khi quý vị xuất viện.** Việc này sẽ xảy ra ngay cả nếu bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

---

## F. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi kết thúc

Đó là các trường hợp khi SCFHP Cal MediConnect phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình này:

- Nếu có sự ngắt quãng trong bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người có đủ tiêu chuẩn đối với cả Medicare và Medi-Cal. Để trở thành hội viên của SCFHP Cal MediConnect, quý vị phải duy trì khả năng hội đủ điều kiện với Medi-Cal và Medicare. Tiểu Bang hoặc Medicare có thể hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình nếu quý vị được xác định là không còn đủ điều kiện cho Cal MediConnect.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị đi xa khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng.
  - Nếu quý vị di chuyển hoặc có một chuyến đi dài, quý vị cần gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng để tìm hiểu xem liệu nơi quý vị di chuyển hoặc du lịch đến có nằm trong khu vực dịch vụ của chúng tôi không.
- Nếu quý vị bị tạm giam hoặc đi tù vì bị kết tội hình sự.
- Nếu quý vị gian dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có đối với thuốc theo toa.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ để trở thành hội viên của chương trình chúng tôi. Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid sẽ thông báo cho chúng tôi biết nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên trên cơ sở này. Chúng tôi phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal hoặc hoàn cảnh của quý vị đã thay đổi khiến quý vị không còn hội đủ điều kiện tham gia Cal MediConnect nữa, quý vị có thể tiếp tục nhận phúc lợi từ SCFHP Cal MediConnect trong khoảng thời gian thêm hai tháng. Thời gian bổ sung này cho phép quý vị sửa thông tin hội đủ điều kiện nếu quý vị cho rằng quý vị vẫn hội đủ điều kiện. Quý vị sẽ nhận được thư của chúng tôi về sự thay đổi tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cùng hướng dẫn sửa thông tin hội đủ điều kiện.

- Để vẫn là hội viên của chương trình Cal MediConnect thuộc SCFHP, quý vị phải lại hội đủ tiêu chuẩn trước ngày cuối cùng của khoảng thời gian hai tháng này.
- Nếu quý vị không hội đủ tiêu chuẩn trước khi kết thúc giai đoạn hai tháng, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình SCFHP Cal MediConnect.

Chúng tôi có thể đưa quý vị ra khỏi chương trình của chúng tôi vì những lý do sau đây chỉ trong trường hợp chúng tôi nhận được sự cho phép trước từ Medicare và Medi-Cal:

- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin sai khi quý vị đang tham gia trong chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của quý vị cho chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp sự chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị cho phép một người khác sử dụng Thẻ ID Hội Viên của mình để được chăm sóc y tế.
  - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị bởi vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra về trường hợp của quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## **G. Các quy định đối với việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi vì bất kỳ lý do liên quan đến sức khỏe nào**

Nếu quý vị cảm thấy rằng mình bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì một lý do liên quan đến sức khỏe, quý vị nên gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Quý vị cũng vui lòng **gọi đến Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect** theo số 1-855-501-3077, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY gọi số 1-855-847-7914.

---

## **H. Quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi**

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết lý do bằng văn bản cho việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc khiếu nại về quyết định của chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể xem Chương 9, Phần J, trang 228 để biết thêm thông tin về cách khiếu nại.

---

## **I. Cách nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị**

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể:

- Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Hãy gọi Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-430-7077.
- Hãy gọi đến Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế California (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Hãy gọi đến Chương Trình Thanh Tra của Cal MediConnect theo số 1-855-501-3077, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi số 1-855-847-7914.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Chương 11: Các thông báo pháp lý

---

### Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách hội viên của quý vị trong SCFHP Cal MediConnect. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên*.

### Mục Lục

A. Thông báo về luật .....	246
B. Thông báo về không phân biệt đối xử .....	246
C. Thông báo về Medicare với tư cách là bên chi trả thứ hai và Medi-Cal với tư cách là bên chi trả cuối cùng .....	246
D. Trách Nhiệm Của Bên Thứ Ba.....	247
E. Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử.....	248
F. Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư.....	249
G. Gian lận, lãng phí và lạm dụng .....	258
G1. Gian lận trong việc chăm sóc sức khỏe .....	259
G2. Cách báo cáo về việc gian lận, lãng phí và lạm dụng .....	260
H. Tuyên Bố Khẳng Định về Khích Lệ .....	261
I. Cách Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) đánh giá Công nghệ Mới.....	262
J. Cải Thiện Chất Lượng .....	262



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Thông báo về luật

Nhiều luật áp dụng cho cuốn *Sổ Tay Hội Viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được đưa vào hoặc được giải thích trong cuốn sổ tay này. Các luật chính áp dụng cho cuốn sổ tay này là các luật của liên bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể áp dụng.

---

## B. Thông báo về không phân biệt đối xử

Mọi công ty hoặc cơ quan hợp tác với Medicare và Medi-Cal đều phải tuân thủ các luật bảo vệ quý vị khỏi sự phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng. Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử khác biệt với quý vị vì lý do tuổi tác, đã từng đòi bồi thường, màu da, sắc tộc, bằng chứng về khả năng bảo hiểm, giới tính, thông tin di truyền, địa điểm địa lý trong khu vực cung cấp dịch vụ, tình trạng sức khỏe, quá trình bệnh lý, khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo hoặc tình dục. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử với quý vị khác biệt vì nguồn gốc tổ tiên, tình trạng hôn nhân hay định hướng tính dục của quý vị.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có quan ngại về vấn đề phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng:

- Hãy gọi tới Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh, Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) để biết thêm thông tin.
- Hãy gọi tới Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền tại địa phương của quý vị theo số 1-800-368-1019. Người dùng TDD gọi số 1-800-537-7697.

Nếu quý vị bị khuyết tật hoặc cần được trợ giúp tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một nhà cung cấp, xin gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng. Nếu quý vị có khiếu nại, như có vấn đề với việc tiếp cận xe lăn, Dịch Vụ Khách Hàng có thể trợ giúp.

---

## C. Thông báo về Medicare với tư cách là bên chi trả thứ hai và Medi-Cal với tư cách là bên chi trả cuối cùng

Đôi khi một ai đó khác phải trả trước cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ như nếu quý vị bị tai nạn ô tô hoặc nếu quý vị bị thương khi làm việc, bảo hiểm hoặc Bồi Thường Cho Người Lao Động phải chi trả trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu thập cho các dịch vụ Medicare được đài thọ mà Medicare không phải là bên chi trả đầu tiên.

Chương trình Cal MediConnect tuân thủ luật pháp và các quy định của Liên Bang và Tiểu Bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của các bên thứ ba đối với các dịch vụ

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





chăm sóc sức khỏe cho hội viên. Chúng tôi sẽ thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý nhằm đảm bảo rằng chương trình Medi-Cal là bên chi trả cuối cùng.

---

## D. Trách Nhiệm Của Bên Thứ Ba

Quý vị phải cho SCFHP biết nếu quý vị bị thương hoặc đau ốm do lỗi hay sơ suất của một người khác. SCFHP sẽ cho Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS) biết về vụ việc của quý vị.

Nếu chi phí cho các dịch vụ được thanh toán bởi một nguồn khác (“bên thứ ba”), DHCS có thể có quyền nhận lại tiền từ bên thứ ba đó. Nếu DHCS không thu lại các chi phí đó, SCFHP có thể làm như vậy. DHCS có quyền thu lại và có thể đòi bên thứ ba số tiền liên quan đến các dịch vụ quý vị nhận từ chúng tôi nếu:

- Quý vị đau ốm hoặc bị thương do một người khác, như tai nạn ô tô (bên thứ ba phải chịu trách nhiệm)
- Quý vị tổn thương trong khi làm việc (bồi thường cho người lao động)
- Có tiền còn nợ (thu hồi tài sản)

Khi DHCS có quyền thu hồi do hành động của bên thứ ba:

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị bất kỳ dịch vụ nào thiết yếu về y tế tại thời điểm cần đến các dịch vụ đó
- Chúng tôi sẽ cho DHCS biết về hành động của bên thứ ba nếu chúng tôi biết điều đó
- Chúng tôi sẽ yêu cầu bên thứ ba thanh toán lại cho chúng tôi khoản tiền cho các dịch vụ đã cung cấp
- Quý vị sẽ cần phải giúp chúng tôi nhận thông tin cần thiết từ bên thứ ba để chúng tôi có thể nhận lại khoản thanh toán

Hãy nhớ rằng:

- Nếu bên thứ ba chi trả cho quý vị, quý vị phải thanh toán cho DHCS cho các dịch vụ mà chúng tôi đã thanh toán hoặc cung cấp cho quý vị
- Số tiền quý vị nợ DHCS sẽ không được nhiều hơn số tiền quý vị nhận được từ bên thứ ba

Thỏa thuận này mở rộng sang các dịch vụ được cung cấp theo bất kỳ chương trình chăm sóc y tế nào của tiểu bang hay liên bang nào khác, hoặc theo quyền hạn khác theo luật hoặc theo hợp đồng bao gồm, nhưng không giới hạn, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp do sai lầm cá nhân hoặc thương tích (như tai nạn ô tô hoặc bồi thường cho người lao động) của bên thứ ba. Bảo hiểm khác là bên chi trả chính và Medi-Cal là bên chi trả cuối cùng.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## E. Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tuân thủ luật về dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hay giới tính. SCFHP không loại trừ mọi người hay đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính.

SCFHP:

- Cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để họ có thể giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, ví dụ:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
  - Thông tin được viết lại dưới định dạng khác (bản in chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- SCFHP cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho người không sử dụng Tiếng Anh là ngôn ngữ chính, như:
  - Thông dịch viên có chuyên môn
  - Thông tin bằng văn bản với các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ đó, hãy liên hệ với Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



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

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119

Điện Thoại: 1-877-723-4795  
TTY: 711  
Fax: 1-408-874-1962  
Email: [CalMediConnectGrievances@scfhp.com](mailto:CalMediConnectGrievances@scfhp.com)

Quý vị có thể gửi khiếu nại trực tiếp, hoặc gửi thư, fax hay email. Nếu quý vị cần được trợ giúp để nộp đơn khiếu nại, người đại diện của phòng Dịch Vụ Khách Hàng sẵn sàng giúp đỡ quý vị.

Quý vị cũng có thể khiếu nại về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền bằng đường điện tử qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền tại [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), hoặc bằng cách gửi thư hay gọi điện thoại đến:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Điện Thoại: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697

Các biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

---

## F. Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư

*Hiệu lực: Ngày 01 tháng 01 năm 2016*

**THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH MÀ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ VÀ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT THÔNG BÁO CẨN THẬN.**

Trong thông báo này chúng tôi sử dụng các thuật ngữ “chúng tôi” và “của chúng tôi” để mô tả Santa Clara Family Health Plan.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) được luật tiểu bang và liên bang yêu cầu bảo vệ thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng yêu cầu tất cả các nhà cung cấp và đơn vị có hợp đồng bảo vệ thông tin y tế của quý vị. Chúng tôi phải trao thông báo này cho quý vị để quý vị biết cách chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị. Thông báo cũng cho quý vị biết về các quyền của quý vị.

### ***Thông tin của quý vị mang tính Cá Nhân và Riêng Tư***

Chúng tôi nhận thông tin về quý vị từ các cơ quan Liên Bang, Tiểu Bang và địa phương sau khi quý vị hội đủ điều kiện ghi danh vào chương trình sức khỏe của chúng tôi. Chúng tôi cũng nhận thông tin y tế từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phòng khám, phòng xét nghiệm và bệnh viện của quý vị để chúng tôi có thể phê duyệt và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

### ***“Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ” là gì?***

Thông tin sức khỏe được bảo vệ (“PHI”) là thông tin sức khỏe có chứa yếu tố nhận diện, như tên, số An Sinh Xã Hội, hoặc thông tin khác cho thấy quý vị là ai. Ví dụ như hồ sơ y tế của quý vị là PHI vì nó bao gồm tên và yếu tố nhận dạng khác của quý vị.

Nhân viên của chúng tôi tuân theo chính sách và thủ tục bảo vệ thông tin sức khỏe của quý vị được cung cấp cho chúng tôi bằng lời nói, văn bản hoặc điện tử. Nhân viên của chúng tôi đã qua khóa đào tạo về các biện pháp lưu hành nội bộ mà PHI bằng lời nói, văn bản, điện tử của hội viên có thể được sử dụng hoặc tiết lộ ở khắp tổ chức. Tất cả nhân viên của chúng tôi có quyền tiếp cận thông tin sức khỏe của quý vị đều được đào tạo về luật quyền riêng tư và bảo mật thông tin. Nhân viên chỉ có quyền truy cập vào một lượng thông tin họ cần để thực hiện công việc của họ.

Nhân viên của chúng tôi cũng tuân theo những thông lệ, chính sách và thủ tục nội bộ để bảo vệ những cuộc đàm thoại về thông tin sức khỏe của quý vị. Ví dụ như nhân viên không được phép nói về thông tin của quý vị trong thang máy hoặc hành lang. Nhân viên cũng phải bảo vệ tài liệu văn bản hoặc điện tử có chứa thông tin sức khỏe của quý vị trong toàn tổ chức.

Hệ thống máy vi tính của chúng tôi bảo vệ PHI điện tử của quý vị mọi lúc bằng cách sử dụng các mức bảo vệ mật khẩu khác nhau và công nghệ phần mềm. Máy fax, máy in, máy photocopy, màn hình, máy vi tính, trạm làm việc, ổ đĩa ngoài có chứa thông tin của quý vị được bảo vệ cẩn thận đối với những người không được phép truy cập. Nhân viên phải bảo đảm PHI của hội viên được lấy từ máy fax, máy in, máy photocopy, và chỉ nhận từ những người có quyền tiếp cận. Ổ đĩa ngoài có PHI được mã hóa và phải áp dụng bảo vệ bằng mật khẩu. Các màn hình máy vi tính phải được khóa khi nhân viên rời khỏi bàn làm việc và văn phòng. Ngăn kéo và tủ làm việc có chứa PHI phải có khóa an ninh.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### ***Thay Đổi Trong Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư***

Chúng tôi phải tuân theo thông báo chúng tôi hiện đang sử dụng. Chúng tôi có quyền thay đổi những cách thực hành về quyền riêng tư này. Mọi thay đổi về cách thực hành của chúng tôi sẽ áp dụng cho tất cả thông tin y tế của quý vị. Nếu phải thay đổi theo yêu cầu của luật pháp, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

### ***Cách Chúng Tôi Có Thể Sử Dụng và Chia Sẻ Thông Tin về Quý Vị***

Chúng tôi chỉ có thể sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để điều trị, thanh toán và điều hành việc chăm sóc sức khỏe. Một số thông tin mà chúng tôi sử dụng và chia sẻ là:

- Tên của quý vị,
- Địa chỉ,
- Dữ liệu cá nhân,
- Chăm sóc y tế đã thực hiện cho quý vị,
- Chi phí chăm sóc y tế, và
- Tiền sử y tế của quý vị.

Một số hành động mà chúng tôi thực hiện khi hoạt động với tư cách là chương trình sức khỏe của quý vị bao gồm:

- Kiểm tra xem quý vị có được đài thọ không,
- Chấp thuận, cung cấp, và thanh toán các dịch vụ,
- Điều tra và truy tố (như gian lận),
- Kiểm tra chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được,
- Đảm bảo quý vị nhận được tất cả các dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Một số ví dụ về lý do chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị với người khác liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị là:

- **Đối với điều trị:** Quý vị có thể cần biện pháp điều trị y tế cần được phê duyệt trước. Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin của quý vị với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bệnh viện, và người khác để quý vị nhận được biện pháp chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- **Đối với thanh toán:** Chúng tôi sử dụng PHI của quý vị để thanh toán yêu cầu đòi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Khi làm việc này, chúng tôi chia sẻ thông tin với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phòng khám và những người khác gửi hóa đơn cho chúng tôi về quá trình chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Và chúng tôi có thể gửi hóa đơn đến các chương trình sức khỏe hoặc tổ chức khác để thanh toán.
- **Đối với hoạt động chăm sóc sức khỏe:** Chúng tôi có thể sử dụng thông tin trong hồ sơ y tế của quý vị để kiểm tra chất lượng chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được. Chúng tôi cũng có thể sử dụng thông tin này trong kiểm toán, chương trình để ngăn chặn gian lận, và lập kế hoạch và quản lý chung.
- **Đối với các đối tác kinh doanh:** Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho một công ty bên ngoài hỗ trợ chúng tôi trong việc vận hành hệ thống y tế của chúng tôi.

### ***Các Cách Khác Có Thể Sử Dụng Thông Tin Y Tế Của Quý Vị***

Sau đây là mô tả về những cách khác có khả năng xảy ra mà chúng tôi có thể (và được phép) sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị:

- Chúng tôi có thể cung cấp thông tin y tế cho các cơ quan giám sát y tế đối với những hoạt động được luật pháp cho phép. Những hoạt động giám sát này có thể bao gồm kiểm toán, điều tra, thanh tra và cấp phép hoặc kỷ luật. Những hoạt động này cần thiết cho chính phủ để theo dõi hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình chính phủ, và tuân thủ luật dân sự.
- Quý vị hoặc bác sĩ, bệnh viện và những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị có thể không đồng ý nếu chúng tôi quyết định không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe quý vị. Chúng tôi có thể sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị để kiểm tra những quyết định này.
- Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với các nhóm để kiểm tra cách chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi cung cấp dịch vụ.
- Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị với những người liên quan trong việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, hoặc với đại diện cá nhân của quý vị.
- Chúng tôi phải chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với chính phủ liên bang khi họ kiểm tra cách chúng tôi tuân thủ luật bảo vệ quyền riêng tư.
- Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với các tổ chức thu thập, lưu trữ hoặc cấy ghép các bộ phận hoặc hiến tặng mô.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị về bệnh tật hoặc thương tích được bồi thường của người lao động sau khi có văn bản yêu cầu của chủ lao động của quý vị, công ty bảo hiểm bồi thường cho người lao động, hoặc người đại diện của họ.
- Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị cho một số loại nghiên cứu.
- Chúng tôi có thể cung cấp thông tin của quý vị cho hoạt động sức khỏe cộng đồng. Các hoạt động này có thể bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở các nội dung sau:
  - Phòng ngừa, hoặc kiểm soát bệnh, thương tích, hoặc khuyết tật;
  - Báo cáo sinh và tử;
  - Báo cáo lạm dụng hoặc bỏ mặc trẻ em;
  - Báo cáo các vấn đề về thuốc hoặc sản phẩm y tế khác;
  - Thông báo cho mọi người về việc thu hồi sản phẩm họ có thể đang sử dụng; và
  - Thông báo cho người có thể bị phơi nhiễm với bệnh hoặc có thể có nguy cơ mắc hoặc làm lây lan một bệnh hoặc tình trạng.

### ***Khi Cần Sự Cho Phép Bằng Văn Bản***

Nếu chúng tôi muốn sử dụng thông tin của quý vị cho bất kỳ mục đích nào không liệt kê ở trên, chúng tôi phải có sự cho phép của quý vị bằng văn bản. Nếu quý vị cho phép, quý vị có thể rút lại bằng văn bản bất cứ lúc nào.

### ***Các Quyền Riêng Tư Của Quý Vị Là Gì?***

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin chăm sóc sức khỏe được bảo vệ của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một mẫu đơn để điền và cho chúng tôi biết những điều quý vị muốn. Hoặc chúng tôi có thể điền mẫu đơn cho quý vị. Chúng tôi có thể không đồng ý với yêu cầu của quý vị.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị chỉ bằng văn bản hoặc tại địa chỉ khác, hộp thư bưu điện hoặc bằng điện thoại. Chúng tôi sẽ chấp nhận những yêu cầu hợp lý khi cần để bảo vệ sự an toàn của quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Quý vị và đại diện cá nhân của quý vị có quyền nhận một bản sao thông tin sức khỏe của quý vị. Quý vị sẽ được gửi một mẫu đơn để điền và cho chúng tôi biết những nội dung quý vị muốn sao chép. Quý vị có thể phải thanh toán cho chi phí sao chép và gửi hồ sơ. (Chúng tôi có thể không cho quý vị xem những phần nhất định của hồ sơ quý vị vì những lý do mà luật pháp cho phép.)

Quý vị có quyền yêu cầu thay đổi thông tin trong hồ sơ nếu quý vị thấy không đúng hoặc không đầy đủ. Quý vị sẽ được gửi một mẫu đơn để điền và cho chúng tôi biết những nội dung quý vị muốn thay đổi. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị nếu:

- Thông tin này không được SCFHP tạo ra hoặc lưu giữ, hoặc
- Thông tin này không phải là một phần của bộ thông tin tiêu chuẩn do SCFHP lưu giữ, hoặc
- Thông tin này đã được thu thập cho một vụ việc tại tòa án hoặc hành động pháp lý khác, hoặc
- Chúng tôi tin rằng thông tin đã đúng và đầy đủ.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết là chúng tôi có đồng ý với thay đổi mà quý vị muốn hay không. Nếu chúng tôi không đồng ý thay đổi như quý vị muốn, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích rõ lý do. Quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định của chúng tôi nếu quý vị không đồng ý. Quý vị cũng có thể gửi một tờ khai nêu rõ lý do tại sao quý vị không đồng ý với hồ sơ của chúng tôi. Chúng tôi sẽ lưu tờ khai của quý vị trong hồ sơ của quý vị.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## Quan Trọng

**Santa Clara Family Health Plan không có các bản sao đầy đủ hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị muốn xem, nhận một bản sao, hoặc thay đổi hồ sơ y tế của mình, vui lòng liên hệ với bác sĩ hoặc phòng khám của quý vị.**

Khi chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị, thì quý vị có quyền yêu cầu danh sách:

- Người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin với,
- Thời gian mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin,
- Lý do chia sẻ thông tin, và
- Nội dung thông tin đã được chia sẻ.

Danh sách này sẽ không bao gồm thời điểm mà chúng tôi chia sẻ thông tin với quý vị, có sự cho phép của quý vị, hoặc để điều trị, thanh toán hoặc vận hành chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Quý vị có quyền yêu cầu bản sao của Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư này.

Quý vị cũng có thể tìm thông báo này trên trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### ***Vi Phạm Quyền Riêng Tư***

Vi phạm chính sách bảo mật của hệ thống có nghĩa là thu thập trái phép dữ liệu điện toán hóa tạo thành thông tin bảo mật, hoặc tính toàn vẹn của thông tin cá nhân của hội viên do SCFHP lưu giữ. Việc nhân viên hoặc đại diện của SCFHP thu thập thông tin cá nhân của hội viên vì thiện ý phục vụ mục đích của SCFHP không phải là vi phạm chính sách bảo mật của hệ thống, miễn là thông tin cá nhân đó không được sử dụng hay bị tiết lộ trái phép thêm.

Thông Tin Cá Nhân có nghĩa là tên hoặc chữ cái đầu tên đệm, và họ của hội viên, kết hợp với bất kỳ một hoặc nhiều yếu tố dữ liệu nào sau đây, khi tên hoặc yếu tố dữ liệu đó không được mã hóa:

- Số an sinh xã hội;
- số giấy phép lái xe hoặc thẻ định danh của Tiểu bang California;
- số thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ hoặc số tài khoản, cùng với bất kỳ mã bảo mật, mã truy cập hoặc mật khẩu bắt buộc nào cho phép truy cập vào tài khoản tài chính của một cá nhân;
- thông tin y tế; hoặc)
- thông tin bảo hiểm y tế.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Thông tin cá nhân không bao gồm thông tin công khai, được cung cấp hợp pháp cho công chúng từ hồ sơ của chính phủ liên bang, tiểu bang, hoặc địa phương. Thông Tin Y Tế có nghĩa là bất kỳ thông tin nào về bệnh sử, bệnh trạng tâm thần hoặc thân thể của hội viên, hoặc điều trị y tế hay chẩn đoán bởi một chuyên gia y tế. Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế có nghĩa là số hợp đồng bảo hiểm y tế của hội viên hoặc số nhận dạng thuê bao, bất kỳ yếu tố nhận dạng duy nhất nào được một công ty bảo hiểm y tế sử dụng để nhận dạng hội viên, hoặc bất kỳ thông tin nào trong đơn đăng ký hoặc lịch sử yêu cầu bảo hiểm của hội viên, bao gồm bất kỳ hồ sơ kháng nghị nào.

Trong trường hợp có người không được ủy quyền thu thập thông tin sức khỏe bí mật của hội viên SCFHP, SCFHP sẽ thông báo về trường hợp vi phạm đó cho hội viên bị ảnh hưởng nhanh nhất có thể, không chậm trễ mà không có lý do, phù hợp với nhu cầu hợp pháp của cơ quan thực thi pháp luật hoặc bất kỳ biện pháp nào cần để xác định phạm vi vi phạm và khôi phục tính toàn vẹn hợp lý của hệ thống dữ liệu.

Thông báo về sự vi phạm bảo mật gửi cho hội viên phải được lập bằng văn bản bằng ngôn ngữ đơn giản, và bao gồm (ở mức tối thiểu), tên và thông tin liên hệ của hội viên nào có lý do được cho rằng đã bị vi phạm. Nếu bất kỳ thông tin nào sau đây có thể xác định tại thời điểm gửi thông báo, thì thông báo đó phải gồm có: ngày vi phạm; hoặc ngày vi phạm ước tính; hoặc phạm vi ngày xảy ra vi phạm. Thông báo đó cũng phải gồm có: ngày thông báo; thông báo đó có bị trì hoãn vì cơ quan thực thi pháp luật tiến hành điều tra hay không; một bản mô tả chung về vụ việc vi phạm; và các số điện thoại miễn phí và địa chỉ của các cơ quan báo cáo tín dụng chính, nếu hành vi vi phạm đó làm lộ số An Sinh Xã Hội, số giấy phép lái xe, hoặc số thẻ căn cước California. Tùy theo quyết định của SCFHP, thông báo đó cũng có thể gồm có: thông tin về những hành động SCFHP đã tiến hành để bảo vệ hội viên có thông tin bị xâm phạm; và/hoặc tư vấn về các bước hội viên có thông tin bị xâm phạm có thể thực hiện để bảo vệ chính mình.

Thông báo về vi phạm bảo mật có thể được cung cấp bằng một trong các cách sau đây:

- thông báo bằng văn bản;
- thông báo điện tử; hoặc
- thông báo thay thế.

Thông báo thay thế có thể được sử dụng nếu SCFHP chứng minh rằng chi phí gửi thông báo sẽ vượt quá hai trăm năm mươi ngàn (\$250,000), hoặc số hội viên bị ảnh hưởng cần được thông báo vượt quá 500,000, hoặc khi SCFHP không có đủ thông tin liên lạc. Thông báo thay thế phải gồm có tất cả nội dung sau đây:

- thông báo qua email nếu SCFHP có địa chỉ email của hội viên bị ảnh hưởng;
- đăng thông báo dễ thấy trên trang web của SCFHP; và

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- thông báo cho các phương tiện truyền thông lớn trên toàn tiểu bang và Văn phòng An toàn Thông tin thuộc Cơ quan Công nghệ California.

Nếu hành vi vi phạm đó ảnh hưởng đến nhiều hơn 500 hội viên, SCFHP sẽ gửi một bản sao mẫu duy nhất của thông báo vi phạm bảo mật cho Tổng Chương Lý (ngoại trừ bất kỳ thông tin nhận dạng cá nhân nào).

SCFHP CÓ SẴN MỘT BẢN TRÌNH BÀY CÁC CHÍNH SÁCH VÀ THỦ TỤC DUY TRIF BẢO MẬT CỦA HỒ SƠ Y TẾ VÀ SẼ CUNG CẤP CHO QUÝ VỊ KHI CÓ YÊU CẦU.

### ***Làm Thế Nào Để Quý Vị Liên Hệ Với Chúng Tôi Để Sử Dụng Các Quyền Của Mình?***

Nếu muốn sử dụng bất kỳ quyền riêng tư nào được giải thích trong thông báo này, hãy gọi hoặc viết thư cho chúng tôi theo địa chỉ:

Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Miễn phí: **1-877-723-4795**  
Fax: **1-408-874-1970**  
TTY: **711**

### ***Phàn Nàn***

Nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và quý vị muốn khiếu nại, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại (hoặc kháng nghị) với chúng tôi bằng cách gọi điện thoại hoặc viết thư tới:

Attn: Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Miễn phí: **1-877-723-4795**  
Fax: **1-408-874-1970**  
TTY: **711**



---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

HOẶC quý vị có thể liên lạc với các cơ quan dưới đây:

Privacy Office Hotline/Office of HIPAA Compliance (OHC)

Điện thoại: **1-916-445-4646**

Số miễn phí: **1-866-866-0602**

Email: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)

Attn: Regional Manager

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th St, Ste 4-100

San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: **1-800-368-1019**

Fax: **1-202-619-3818**

TDD: **1-800-537-7697**

Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

### ***Sử Dụng Các Quyền Của Quý Vị Mà Không Phải Sợ Hãi***

Chúng tôi không thể lấy đi những phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc làm hại quý vị bằng cách nào đó nếu quý vị chọn nộp đơn khiếu nại hoặc sử dụng quyền riêng tư trong thông báo này.

### ***Quý vị có câu hỏi?***

Nếu quý vị có thắc mắc về Thông Báo này và muốn biết thêm thông tin, vui lòng liên lạc với Cán Bộ Phụ Trách Quyền Riêng Tư của SCFHP theo địa chỉ và số điện thoại ở trên. Để nhận bản sao thông báo này bằng ngôn ngữ khác, chữ nổi braille, bản in chữ lớn, hoặc băng âm thanh, vui lòng gọi hoặc viết thư cho Cán Bộ Phụ Trách Quyền Riêng Tư của SCFHP theo địa chỉ và số điện thoại trên trang 257.

---

## **G. Gian lận, lãng phí và lạm dụng**

Gian lận trong việc chăm sóc sức khỏe là một vấn đề nghiêm trọng. Việc gian lận khiến cho chi phí chăm sóc sức khỏe cao hơn đối với tất cả mọi người. Một số hình thức gian lận và lạm dụng trong việc chăm sóc sức khỏe có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe, sự an toàn và hạnh phúc của quý vị. Quý vị có thể giúp ngăn chặn sự lãng phí và lạm dụng này.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## G1. Gian lận trong việc chăm sóc sức khỏe

- Gian lận trong việc chăm sóc sức khỏe là một hành động không trung thực được thực hiện có mục đích. Ví dụ:
  - Cho phép người khác sử dụng thẻ ID hội viên của quý vị.
  - Sử dụng thông tin sai lệch để nhận các dịch vụ hoặc phúc lợi y tế.
  - Lấy thuốc theo toa để lạm dụng thuốc hoặc bán thuốc.
  - Đến gặp các bác sĩ khác nhau để nhận nhiều toa thuốc cho cùng một loại thuốc.
  - Yêu cầu nhà cung cấp tính hóa đơn cho các dịch vụ mà quý vị không nhận.

Gian lận là phạm tội. Truy cập [www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov) để biết thêm thông tin.

- **Bảo vệ quý vị khỏi gian lận.** Bất kỳ ai cũng có thể gian lận, bao gồm:
  - Hội viên hoặc người chăm sóc của họ
  - Nhà cung cấp thiết bị y tế
  - Nhân viên bệnh viện
  - Dịch vụ thanh toán
  - Các bác sĩ
- Cách tự bảo vệ mình khỏi việc gian lận:
  - Không cho phép người khác sử dụng thẻ ID hội viên của quý vị.
  - Biết ai có quyền truy cập thông tin của quý vị, chẳng hạn như người chăm sóc hoặc người thân.
  - Hãy hỏi bác sĩ của quý vị chính xác về những xét nghiệm hoặc thủ tục mà họ muốn quý vị làm trước khi quý vị làm. Và hỏi họ tại sao quý vị lại cần làm các xét nghiệm.
  - Ghi lại tất cả các lần khám bác sĩ và các cuộc hẹn mà quý vị tham dự, bỏ lỡ hoặc hủy bỏ.
  - Nếu quý vị nhận được hóa đơn hoặc yêu cầu bồi thường cho bất kỳ dịch vụ nào, hãy xem lại chúng và đảm bảo chúng chính xác. (Lưu ý: Quý vị không nên nhận hóa đơn cho các phúc lợi được Medi-Cal hoặc Cal MediConnect đài thọ.)
  - Nếu có nhầm lẫn hoặc điều gì đó không đúng trong Bản Giải Thích Các Phúc Lợi (EOB) về dịch vụ y tế và/hoặc thuốc theo toa của quý vị, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Cần thận với các dịch vụ y tế “miễn phí”.
- Hãy cẩn thận với bất kỳ ai yêu cầu số ID hội viên, thông tin nhận dạng cá nhân hoặc bệnh sử của quý vị.
- Nếu sử dụng máy tính, hãy đăng xuất hoàn toàn khỏi tất cả tài khoản được bảo vệ bằng mật khẩu.
- Thông báo cho chúng tôi ngay lập tức nếu:
  - Thẻ của quý vị bị mất hoặc bị đánh cắp.
  - Một tuyên bố cho thấy các dịch vụ, nhà cung cấp hoặc ngày dịch vụ không chính xác. (Lưu ý: Quý vị không nên nhận hóa đơn cho các phúc lợi được Medi-Cal hoặc Cal MediConnect đài thọ.)

Nếu có sự khác biệt giữa hồ sơ của quý vị và hồ sơ của bác sĩ, thì đó không phải lúc nào cũng là gian lận. Đó có thể chỉ là một lỗi đơn giản. Hãy gọi để thông báo về sự khác biệt để chúng tôi có thể xem xét nó.

## **G2. Cách báo cáo về việc gian lận, lãng phí và lạm dụng**

Báo cáo về việc gian lận là trách nhiệm của mọi người. SCFHP xem việc gian lận, lãng phí và lạm dụng là rất nghiêm trọng. Nếu quý vị nghi ngờ có gian lận, hãy liên hệ với Đường dây nóng về việc gian lận của chúng tôi càng sớm càng tốt. Quý vị càng cung cấp thêm thông tin, thì cơ hội được xem xét và giải quyết thành công càng tốt.

Tất cả các cuộc gọi đến Đường dây nóng về việc gian lận của SCFHP đều ẩn danh và bảo mật.

- Đường dây nóng về việc gian lận SCFHP:

Điện Thoại: 1-408-874-1450, gọi 24/7.

TTY: 711

Email: [ReportFraud@scfhp.com](mailto:ReportFraud@scfhp.com)

Fax: 1-408-874-1970

Attn: Compliance Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Quý vị cũng có thể liên hệ với các cơ quan liên bang dưới đây:

- Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (DHCS):

Điện Thoại: 1-800-822-6222

Email: [stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov)

Trang web: Báo Cáo Gian Lận Trực Tuyến

PAU MS 2200

PO Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

- Văn Phòng Tổng Thanh Tra của HHS

Điện thoại: 1-800-447-8477

TTY: 1-800-377-4950

Trang web: Báo Cáo Gian Lận Trực Tuyến

Đường Dây Nóng Các Lời Khuyên của HHS

P.O. Box 23489

Washington, DC 20026-3489

- Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid:

Điện thoại: 1-800-633-4227

TTY: 1-877-486-2048

Trang web: [www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov)

Báo Cáo về Gian Lận Trực Tuyến: [www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/ReportFraudandSuspectedFraud.html](http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/ReportFraudandSuspectedFraud.html)

Trung Tâm Liên Lạc với Người Thụ Hưởng Medicare

P.O. Box 39

Lawrence, KS 66044

---

## H. Tuyên Bố Khẳng Định về Khích Lệ

**Santa Clara Family Health Plan khẳng định rằng:**

- Quá trình ra quyết định của Phòng Quản Lý Sử Dụng (UM) chỉ dựa vào tính thích hợp của việc chăm sóc và các dịch vụ và vào việc có bảo hiểm đài thọ hay không.
- Tổ chức không dành phần thưởng cụ thể cho các bác sĩ hoặc những cá nhân khác cho việc từ chối đài thọ hoặc chăm sóc dịch vụ.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Khích lệ tài chính dành cho những người ra quyết định thuộc UM không khuyến khích những quyết định làm hạn chế mức sử dụng dịch vụ bảo hiểm.
- Khích lệ, bao gồm đãi ngộ, cho bất kỳ người nào không được dựa trên số lượng hay loại quyết định từ chối được đưa ra.

Nếu có thắc mắc về tuyên bố này, vui lòng gọi tới Phòng Quản Lý Sử Dụng theo số 1-408-874-1821.

---

## I. Cách Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) đánh giá Công nghệ Mới

Mỗi năm, SCFHP sẽ tìm kiếm các thay đổi và tiến bộ trong việc chăm sóc sức khỏe để có thể cải thiện việc chăm sóc của quý vị. Chúng tôi nghiên cứu các biện pháp điều trị, thuốc men, thủ thuật và thiết bị mới. Chúng tôi gọi đây là “công nghệ mới”.

Để cân nhắc việc sử dụng bất kỳ công nghệ mới nào, chúng tôi đều xem xét các báo cáo khoa học có liên quan và những thông tin khác từ chính phủ và các chuyên gia y tế. Chúng tôi cũng cân nhắc về giá trị, nó hoạt động tốt như thế nào và các tiêu chuẩn an toàn. Sau khi cân nhắc cẩn thận, chúng tôi sẽ quyết định xem công nghệ mới có nên được đài thọ như một phúc lợi về sức khỏe hay không. Các hội viên và nhà cung cấp có thể gửi yêu cầu trực tiếp đến SCFHP để cân nhắc về công nghệ mới.

---

## J. Cải Thiện Chất Lượng

Chất lượng rất quan trọng đối với chúng tôi và đó là lý do tại sao SCFHP có Chương trình Cải Thiện Chất Lượng mạnh. Mục đích của chương trình là đảm bảo chúng tôi không ngừng nâng cao chất lượng, an toàn và sự hài lòng về chăm sóc cho tất cả các hội viên của chúng tôi.

Quá trình Cải Thiện Chất Lượng giúp:

- Xác định các lĩnh vực cần cải thiện để chăm sóc hội viên và dịch vụ khách hàng,
- Đặt mức độ ưu tiên để xem xét và
- Phát triển các cách hiệu quả để giải quyết các lĩnh vực nhằm đảm bảo việc cải thiện.

SCFHP xác định các lĩnh vực cần cải thiện thông qua các phương pháp sau:

- Các vấn đề về chất lượng tiềm ẩn (PQI)
- Khiếu Nại và Kháng Nghị

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





- Dự án cải thiện chất lượng (QIP)
- Ban Tư vấn Người tiêu dùng (CAB) - Xem bên dưới để biết thêm thông tin.
- Khảo sát Kết quả Khám sức khỏe (HOS)
- Đánh giá của Người tiêu dùng về Khảo sát Hệ thống và Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (CAHPS)
- Số liệu của Bộ dữ liệu và Thông tin về Hiệu quả Chăm sóc Sức khỏe (HEDIS)
- Đánh giá điều kiện cơ sở (FSR)
- Đánh giá ngang hàng
- Các tiêu chuẩn về tính sẵn có khả dụng và tiếp cận của nhà cung cấp

SCFHP có một đội ngũ được gọi là Ban Tư Vấn Người Tiêu Dùng (CAB). Nhóm này bao gồm các hội viên, thành viên gia đình của hội viên, và/hoặc những người chăm sóc khác và đại diện của các tổ chức cộng đồng. Đội ngũ này trao đổi về cách cải thiện các chính sách của SCFHP và chịu trách nhiệm:

- Cung cấp ý kiến phản hồi về các dịch vụ, phúc lợi, nhà cung cấp, vấn đề và cách thức để cải thiện việc quản lý chương trình.
- Cung cấp ý kiến phản hồi về các sự kiện, hoạt động, việc trao đổi thông tin và tài liệu dành cho hội viên
- Tham gia vào các chương trình quản lý chất lượng
- Giúp SCFHP tìm ra các thiếu sót trong việc chăm sóc sức khỏe cho hội viên, bao gồm hội viên sử dụng Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (Long-Term Services and Supports, LTSS) và hội viên có các nhu cầu đặc biệt khác

Nếu quý vị muốn trở thành hội viên của nhóm này, hãy gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP.

Để tìm hiểu thêm về Chương Trình Cải Thiện Chất Lượng của SCFHP, hãy đọc Mô Tả Chương Trình Cải Thiện Chất Lượng có sẵn trên trang web của chúng tôi tại [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Chương 12: Định nghĩa những từ ngữ quan trọng

---

### Giới Thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng trong *Sổ Tay Hội Viên* cùng với các định nghĩa của chúng. Các điều khoản được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không thể tìm thấy cụm từ mà quý vị đang tìm kiếm hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài định nghĩa, hãy liên hệ với Dịch vụ khách hàng.

**Bậc chia sẻ chi phí:** Nhóm thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ* (còn được gọi là Danh Sách Thuốc) thuộc một trong bốn bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí thanh toán thuốc của quý vị càng cao.

**Bác sĩ chuyên khoa:** Bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh cụ thể hoặc một bộ phận của cơ thể.

**Các bậc thuốc:** Các nhóm thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, thuốc biệt dược hoặc thuốc không theo toa (OTC) là những ví dụ về các bậc thuốc. Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi thuộc một trong bốn bậc.

**Các Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS):** Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, các liệu pháp vận động và ngôn ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/nhân viên chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, đưa đón và các dịch vụ khác nếu quý vị đáp ứng các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện hiện hành.

**Các dịch vụ được đài thọ:** Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, các vật dụng, thuốc theo toa và thuốc không theo toa, các thiết bị cũng như các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi đài thọ.

**Các dịch vụ được Medicare đài thọ:** Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B đài thọ. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare bao gồm chương trình của chúng tôi, đều phải đài thọ toàn bộ các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B đài thọ.

**Các Dịch Vụ Tùy Chọn của Chương Trình Chăm Sóc (Dịch Vụ CPO):** Các dịch vụ bổ sung tùy chọn trong Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân của quý vị (ICP). Những dịch vụ này không được thay thế cho các dịch vụ dài hạn và những hỗ trợ mà quý vị được phép nhận theo Medi-Cal.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Các Dụng Cụ Chỉnh Hình và Thiết Bị Tay Chân Giả:** Các thiết bị y tế này được chỉ định bởi bác sĩ hoặc bác sĩ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Những vật dụng được đài thọ bao gồm, nhưng không giới hạn, thanh giằng tay, lưng và cổ, chân tay giả, mắt giả, và thiết bị cần thiết để thay thế cho một bộ phận cơ thể bên trong hoặc chức năng, bao gồm cấp liệu hậu môn giả và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

**Các loại thuốc được đài thọ:** Thuật ngữ mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc mua tự do (OTC) do chương trình của chúng tôi đài thọ.

**Cal MediConnect:** Một chương trình cung cấp cả phúc lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị trong cùng một chương trình bảo hiểm y tế. Quý vị có một Thẻ ID Hội Viên để nhận tất cả các phúc lợi của mình.

**Cần thiết về mặt y tế:** Thuật ngữ này mô tả các dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà quý vị cần để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh trạng hay duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Điều này bao gồm sự chăm sóc giữ cho quý vị không phải vào bệnh viện hay dưỡng đường. Điều này cũng có nghĩa là các dịch vụ, đồ dùng, hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong hành nghề y khoa. Cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hợp lý và cần thiết để bảo vệ cuộc sống, ngăn chặn bệnh tật hoặc khuyết tật quan trọng, hoặc làm nhẹ vết đau nghiêm trọng qua chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật, đau yếu hoặc thương tổn.

**Cấp cứu:** Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất cứ người nào khác có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y học, tin rằng quý vị có những triệu chứng y tế cần nhận được sự chăm sóc y tế tức thì để ngăn chặn tử vong, mất một bộ phận cơ thể hoặc mất khả năng hoạt động của một bộ phận cơ thể. Các triệu chứng y tế đó có thể là một chấn thương nghiêm trọng hoặc một cơn đau dữ dội.

**Chăm sóc cấp cứu:** Các dịch vụ được đài thọ mà được cung cấp bởi một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu về sức khỏe y tế hoặc sức khỏe hành vi.

**Chăm Sóc Cuối Đời:** Chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp những người được chẩn đoán ở giai đoạn cuối sống thật thoải mái. Tiên lượng bệnh giai đoạn cuối nghĩa là người mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ có thể sống dưới sáu tháng.

- Người ghi danh nhận được chẩn đoán ở giai đoạn cuối có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Một nhóm bác sĩ chuyên khoa và nhân viên chăm sóc được đào tạo chuyên môn cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện cho cá nhân, bao gồm cả các nhu cầu về thể chất, tâm lý, xã hội, và tinh thần.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- SCFHP Cal MediConnect phải cung cấp cho quý vị một danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong khu vực địa lý của quý vị.

**Chăm sóc khẩn cấp:** Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận cho bệnh, thương tích hoặc tình trạng bất ngờ mà không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cũng cần chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chúng tôi khi không sẵn có nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quý vị không thể tiếp cận họ.

**Chăm sóc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF):** Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và phục hồi chức năng được cung cấp tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn liên tục, hàng ngày. Những ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm liệu pháp vật lý hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) mà một y tá có đăng ký hoặc một bác sĩ có thể cung cấp.

**Chi phí tự xuất túi:** Quy định về chia sẻ chi phí mà hội viên phải chi trả một phần chi phí của các dịch vụ hoặc thuốc đã nhận cũng được gọi là quy định “chi phí tự xuất túi” Xem định nghĩa về “chia sẻ chi phí” bên dưới.

**Chia sẻ chi phí:** Các khoản mà quý vị phải thanh toán khi nhận một số dịch vụ hoặc thuốc kê toa Chia sẻ chi phí bao gồm khoản đồng thanh toán.

**Chia Sẻ Chi Phí:** Phần chi phí chăm sóc sức khỏe mà quý vị phải thanh toán mỗi tháng trước khi các phúc lợi của Cal MediConnect có hiệu lực. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị thay đổi tùy thuộc vào thu nhập và nguồn lực của quý vị.

**Chương Trình Chăm Sóc Trọn Gói dành cho Người Cao Niên (PACE):** Một chương trình đài thọ các phúc lợi của cả Medicare và Medi-Cal cho những người từ 55 tuổi trở lên cần có mức chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

**Chương trình chăm sóc:** Xem “Chương Trình Chăm Sóc Cá Nhân”.

**Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP):** Chương trình cung cấp Các Dịch Vụ Tại Cộng Đồng và Tại Nhà (HCBS) cho các cá nhân hội đủ điều kiện Medi-Cal, từ 65 tuổi trở lên mắc khuyết tật như một hình thức thay thế cho việc được đưa vào cơ sở điều dưỡng.

**Chương Trình Medi-Cal:** Các chương trình chỉ đài thọ các phúc lợi của Medi-Cal như các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, thiết bị y tế, và đưa đón. Các phúc lợi của Medicare là riêng biệt.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Chương trình Medicare Advantage:** Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hoặc “Chương trình MA”, cung cấp các kế hoạch thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để đòi thọ cho các phúc lợi Medicare của quý vị.

**Chương trình sức khỏe:** Tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ lâu dài và các nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có nhân viên quản lý trường hợp để giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ. Tất cả họ làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

**Chương Trình Thanh Tra (Ombudsman):** Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị hoạt động như một người bào chữa cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Các dịch vụ thanh tra là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect ở Chương 2, trang 19 và Chương 9, trang 173 của sổ tay này.

**Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế (HICAP):** Một chương trình cung cấp thông tin và tư vấn miễn phí và khách quan về Medicare. Chương 2, trang 19 giải thích cách liên lạc với HICAP.

**Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF):** Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và trang thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn cũng như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

**Cơ sở phục hồi chức năng toàn diện ngoại trú (CORF):** Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi ốm dậy, bị tai nạn hoặc sau ca phẫu thuật quan trọng. Cung cấp nhiều loại hình dịch vụ trong đó có vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp phục hồi, liệu pháp ngôn ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường nhà ở.

**Đánh giá rủi ro sức khỏe:** Một đánh giá về tiền sử bệnh lý và tình trạng hiện tại của bệnh nhân. Đánh giá được dùng để tìm hiểu tình trạng sức khỏe của bệnh nhân và bệnh có thể thay đổi ra sao trong tương lai.

**Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR):** Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về các dịch vụ hoặc điều trị y tế, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị đến chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị là về dịch vụ Medi-Cal, bao gồm cả vật tư và thuốc của DME, quý vị có thể yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý tiểu bang California một IMR. IMR là một cuộc đánh giá về trường hợp của quý vị bởi các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi. Nếu IMR được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc điều trị mà quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả phí cho IMR.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Danh Sách Thuốc Được Đãi Thọ (Danh Sách Thuốc):** Danh sách thuốc theo toa và thuốc không theo toa (OTC) được chương trình đãi thọ. Chương trình chọn các loại thuốc trong danh sách này với sự hỗ trợ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết trường hợp có bất kỳ quy tắc nào mà quý vị cần tuân theo để nhận thuốc cho quý vị. Danh Sách Thuốc đôi khi còn được gọi là “dược liễn”.

**Đào tạo năng lực văn hóa:** Việc đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi để giúp họ hiểu rõ hơn về nền tảng, giá trị và niềm tin của quý vị để thích ứng với các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu về xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

**Dịch Vụ Khách Hàng:** Bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời thắc mắc của quý vị về tư cách hội viên, phúc lợi, khiếu nại và kháng nghị của quý vị. Xem Chương 2, trang 19 để biết thêm thông tin về cách liên lạc với Dịch Vụ Khách Hàng.

**Dịch vụ phục hồi chức năng:** Điều trị mà quý vị có thể nhận được để giúp quý vị phục hồi sau khi ốm dậy, bị tai nạn hoặc sau ca phẫu thuật quan trọng. Hãy xem Chương 4, trang 66 để biết thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

**Dịch vụ và hỗ trợ lâu dài (LTSS):** Các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài là các dịch vụ giúp cải thiện tình trạng sức khỏe lâu dài. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị có cơ hội vẫn được ở tại nhà của mình nên quý vị không phải đi đến viện dưỡng lão hay bệnh viện. LTSS bao gồm Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích Dành Cho Người Cao Niên (MSSP), Các Dịch Vụ Dành Cho Người Trưởng Thành Tại Cộng Đồng (CBAS), và Các Cơ Sở Điều Dưỡng/Cơ Sở Chăm Sóc Bán Cấp Tính (NF/NCF).

**Đồng thanh toán:** Một khoản tiền cố định mà quý vị phải thanh toán như phần chia sẻ chi phí của quý vị mỗi lần nhận được các thuốc theo toa nhất định. Chẳng hạn như quý vị có thể thanh toán \$2 hoặc \$5 cho một loại thuốc theo toa.

**Dụng cụ y tế lâu bền (DME):** Một số vật dụng mà bác sĩ chỉ định để quý vị sử dụng tại nhà. Ví dụ về các vật dụng như xe lăn, nạng, hệ thống đệm tự động, đồ dùng điều trị tiểu đường, giường bệnh viện theo chỉ định của một nhà cung cấp để dùng tại nhà, bơm truyền dịch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị và đồ dùng cung cấp oxy, máy khí dung và khung tập đi.

**Dưỡng đường hoặc cơ sở dưỡng lão:** Một nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nằm bệnh viện.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Giai đoạn bảo hiểm ban đầu:** Giai đoạn trước khi tổng chi phí thuốc Phần D của quý vị đạt \$6,550. Nó bao gồm các khoản tiền mà quý vị đã thanh toán, các khoản mà chương trình của chúng tôi đã thay mặt quý vị thanh toán và khoản phụ cấp dành cho người thu nhập thấp. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua toa thuốc đầu tiên của mình trong năm đó. Trong giai đoạn này, chương trình thanh toán các chi phí thuốc của quý vị, và quý vị thanh toán phần chia sẻ của mình.

**Giai đoạn bảo hiểm tai ương:** Là giai đoạn trong dài hạn thuốc Phần D trong đó chương trình thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của quý vị cho đến hết năm đó. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đạt được hạn mức \$6,550 đối với thuốc theo toa của mình.

**Giới hạn về số lượng:** Một mức giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được. Giới hạn có thể được áp dụng cho lượng thuốc mà chúng tôi dài hạn cho mỗi toa.

**Hỗ trợ được chi trả trong khi chờ xử lý:** Quý vị có thể tiếp tục nhận các phúc lợi của mình trong khi quý vị đang chờ quyết định về kháng nghị Cấp Độ 1 hoặc Phiên Điều Trần Tiểu Bang (Xem Chương 9, trang 173 để biết thêm thông tin). Trường hợp tiếp tục dài hạn này được gọi là “chi phí được chi trả trong khi chờ xử lý”.

**Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL):** Những việc mà mọi người thực hiện trong một ngày bình thường như ăn uống, vệ sinh, mặc quần áo, tắm, hoặc đánh răng.

**Hội viên (hội viên trong chương trình của chúng tôi, hoặc hội viên của chương trình):** Một người có Medicare và Medi-Cal đủ tiêu chuẩn để nhận các dịch vụ được dài hạn, người đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đó được xác nhận bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) và của tiểu bang.

**Hủy ghi danh:** Quy trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc hủy ghi danh có thể là tự nguyện (theo sự lựa chọn của quý vị) hoặc bắt buộc (không theo sự lựa chọn của quý vị).

**Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân (ICP hay Kế Hoạch Chăm Sóc):** Một kế hoạch trong đó có nêu các dịch vụ quý vị sẽ nhận được và cách thức quý vị nhận được. Kế hoạch của quý vị phải bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ lâu dài.

**Kháng nghị:** Cách quý vị yêu cầu xem xét lại hành động của chúng tôi nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai sót. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng nghị. Chương 9, trang 173 giải thích về kháng nghị, bao gồm cách thực hiện kháng nghị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Khiếu nại:** Một khiếu nại mà quý vị nộp về chúng tôi hoặc một trong những nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Điều này bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc chất lượng dịch vụ được cung cấp trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

**Khu vực dịch vụ:** Một khu vực địa lý mà ở đó một chương trình y tế chấp nhận các hội viên nếu nó giới hạn tư cách hội viên dựa vào nơi mọi người sinh sống. Đối với những chương trình hạn chế bác sĩ và các bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đó cũng thường là khu vực nơi quý vị có thể tìm được các dịch vụ chăm sóc thông thường (không cấp cứu). Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể tham gia SCFHP Cal MediConnect.

**Lập hóa đơn không chính đáng/không phù hợp:** Trường hợp khi một nhà cung cấp (ví dụ như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị vượt quá khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ. Xuất trình Thẻ ID Hội Viên SCFHP Cal MediConnect của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ hoặc toa thuốc. Gọi Dịch Vụ Khách Hàng nếu quý vị nhận được bất cứ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu rõ.

Vì SCFHP Cal MediConnect thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế của quý vị, nên quý vị không phải nợ bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào. Các nhà cung cấp không nên lập bất kỳ hóa đơn nào cho quý vị cho các dịch vụ này.

**Medi-Cal:** Đây là tên của chương trình Medicaid của California. Medi-Cal được tiểu bang điều hành và được chính quyền tiểu bang và chính phủ liên bang chi trả.

- Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ lâu dài và các chi phí y tế.
- Bao gồm các dịch vụ bổ sung và một số loại thuốc không được Medicare đài thọ.
- Các chương trình Medicaid khác nhau giữa tiểu bang này với tiểu bang khác, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị đủ điều kiện cho cả Medicare và Medi-Cal.
- Hãy xem Chương 2, trang 19 để biết thêm thông tin về cách liên lạc với Medi-Cal.

**Medicare Phần A:** Chương trình Medicare này đài thọ hầu hết các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc cuối đời.

**Medicare Phần B:** Chương trình Medicare này đài thọ các dịch vụ (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, phẫu thuật, và thăm khám bác sĩ) và các vật dụng (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị một căn bệnh hoặc tình trạng. Medicare Phần B cũng đài thọ nhiều dịch vụ phòng ngừa và khám sàng lọc.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





**Medicare Phần C:** Chương trình Medicare này cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các phúc lợi của Medicare thông qua một Chương Trình Medicare Advantage.

**Medicare Phần D:** Chương trình phúc lợi thuốc theo toa của Medicare. (Chúng tôi gọi tắt chương trình này là “Phần D”). Phần D đài thọ các loại thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xin và một số vật dụng không được Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc Medi-Cal đài thọ. SCFHP Cal MediConnect bao gồm Medicare Phần D.

**Medicare:** Chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi mắc khuyết tật, và người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người suy thận vĩnh viễn cần lọc thận hoặc cấy ghép thận). Những người có Medicare có thể nhận bảo hiểm y tế của Medicare thông qua Original Medicare hoặc chương trình chăm sóc có quản lý (xem “Chương trình sức khỏe”).

**Người ghi danh tham gia Medicare-Medi-Cal (Hội Đủ Điều Kiện Kép):** Một người có đủ tiêu chuẩn để nhận cả đài thọ Medicare và Medi-Cal. Người ghi danh Medicare-Medi-Cal cũng được gọi là “cá nhân đủ điều kiện đối với cả hai chương trình”.

**Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP):** Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị là bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị gặp đầu tiên cho hầu hết các vấn đề về sức khỏe. Người đó đảm bảo rằng quý vị sẽ nhận được sự chăm sóc mà quý vị cần để luôn được khỏe mạnh.

- Người đó cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc quý vị và giới thiệu quý vị đến họ.
- Trong nhiều chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare, quý vị phải gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị trước khi quý vị gặp bất cứ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc nào khác.
- Hãy xem Chương 3, trang 43 để biết thêm thông tin về việc nhận được sự chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

**Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc cơ sở ngoài mạng lưới:** Một nhà cung cấp hoặc cơ sở không được thuê, sở hữu, hoặc điều hành bởi chương trình của chúng tôi và không nằm trong hợp đồng cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Chương 3, trang 43 giải thích về các nhà cung cấp hoặc các cơ sở ngoài mạng lưới.

**Nhà cung cấp trong mạng lưới:** “Nhà cung cấp” là một thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để chỉ các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan y tế tại nhà, phòng khám, và những nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế, và dịch vụ và hỗ trợ lâu dài.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Họ được cấp phép hoặc cấp chứng chỉ hành nghề bởi Medicare và tiểu bang để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là “nhà cung cấp trong mạng lưới” khi họ đồng ý hợp tác với chương trình bảo hiểm y tế này và chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi cũng như không tính thêm phí cho các hội viên của chúng tôi.
- Trong khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận được các dịch vụ được đài thọ. Các nhà cung cấp trong mạng lưới cũng được gọi là “nhà cung cấp trong chương trình”

**Nhà thuốc ngoài mạng lưới:** Một nhà thuốc đã không đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các loại thuốc được đài thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc mà quý vị nhận được từ nhà thuốc ngoài mạng lưới không được đài thọ bởi chương trình của chúng tôi trừ các điều kiện nhất định áp dụng.

**Nhà thuốc trong mạng lưới:** Một nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý bán theo đơn thuốc cho các hội viên thuộc chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi họ là “các nhà thuốc trong mạng lưới” bởi vì họ đã đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị chỉ được đài thọ khi mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

**Nhân viên quản lý trường hợp (điều phối viên chăm sóc):** Một cá nhân làm việc chính với quý vị, với chương trình bảo hiểm y tế, và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để đảm bảo rằng quý vị nhận được sự chăm sóc mình cần.

**Nhóm Chăm Sóc Đa Ngành (ICT hay Nhóm chăm sóc):** Một nhóm chăm sóc có thể gồm bác sĩ, y tá, tư vấn, hoặc các chuyên gia y tế khác giúp quý vị nhận được chăm sóc quý vị cần. Nhóm chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập một chương trình chăm sóc.

**Nhóm chăm sóc:** Xem “Nhóm Chăm Sóc Đa Ngành”.

**Nội trú:** Một thuật ngữ được sử dụng khi quý vị đã chính thức nhập viện cho các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu quý vị không chính thức nhập viện, quý vị có thể sẽ vẫn được coi là bệnh nhân ngoại trú thay vì bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị ở qua đêm.

**Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả phí theo dịch vụ):** Original Medicare do chính phủ cung cấp. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được đài thọ bằng cách thanh toán cho các bác sĩ, bệnh viện, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác những khoản tiền mà Nghị viện đã quy định.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Quý vị có thể thăm khám với bác sĩ, bệnh viện, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận Medicare, Original Medicare có hai phần: Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare sẵn có ở khắp nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, thì quý vị có thể chọn Original Medicare.

**Phần A:** Xem “Medicare Phần A.”

**Phần B:** Xem “Medicare Phần B.”

**Phần C:** Xem “Medicare Phần C.”

**Phần D:** Xem “Medicare Phần D.”

**Phản nản:** Một tuyên bố bằng văn bản hoặc bằng lời nói cho biết rằng quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại về các dịch vụ được đài thọ hoặc chăm sóc mà quý vị nhận được. Điều này bao gồm bất cứ quan ngại nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị, nhà cung cấp trong mạng lưới, hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức về “thực hiện khiếu nại” là “nộp đơn kháng nghị”.

**Phiên Điều Trần Tiểu Bang:** Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không phê chuẩn, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục trả tiền cho dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã có, quý vị có quyền yêu cầu Phiên Điều Trần Tiểu bang. Nếu Phiên Điều Trần Tiểu Bang đưa ra một quyết định có lợi cho quý vị, thì chúng tôi phải cung cấp dịch vụ mà quý vị đã yêu cầu.

**Phụ tá chăm sóc sức khỏe tại nhà:** Một người cung cấp các dịch vụ không cần đến các kỹ năng của một y tá có chứng chỉ hành nghề hoặc các chuyên gia trị liệu, như giúp đỡ chăm sóc cá nhân (như tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo, hoặc thực hiện các bài tập đã được chỉ định). Phụ tá chăm sóc y tế tại nhà không cần có bằng y tá điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp trị liệu.

**Phương pháp trị liệu từng bước:** Một quy tắc đài thọ yêu cầu quý vị trước hết phải thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi cung cấp loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu.

**Quyết định bảo hiểm:** Một quyết định về những phúc lợi nào chúng tôi sẽ đài thọ. Điều này bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được đài thọ hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chương 9, trang 173 giải thích về cách yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bảo hiểm.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Quyết định của tổ chức:** Chương trình đã thực hiện một quyết định cấp tổ chức khi chương trình hoặc một trong số các nhà cung cấp của chương trình đưa ra quyết định về việc có đài thọ cho các dịch vụ đó hay không hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các dịch vụ được đài thọ. Quyết định của tổ chức còn được gọi là “quyết định bảo hiểm” trong sổ tay này. Chương 9 giải thích về cách để yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bảo hiểm.

**Silver&Fit® (nhà cung cấp phúc lợi về rèn luyện sức khỏe):** Chương trình Silver&Fit® được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc., một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit và ASHConnect là các thương hiệu của ASH và được sử dụng với sự cho phép trong tài liệu này. Truy cập [www.silverandfit.com](http://www.silverandfit.com) hoặc gọi điện đến Dịch Vụ Khách Hàng Silver&Fit® theo số 1-877-427-4788, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 6 giờ tối, Giờ Thái Bình Dương. Hãy xem Chương 4, Phần D, Trang 82.

**Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC):** Sở của Tiểu Bang California chịu trách nhiệm điều phối các chương trình sức khỏe. DMHC giúp những người trong Cal MediConnect với kháng nghị và khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR).

**Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS):** Cơ quan thuộc Tiểu Bang California này chịu trách nhiệm quản lý Chương Trình Medicaid (còn được gọi là Medi-Cal tại California), thường được nhắc đến là “Tiểu Bang” trong cuốn sổ tay này.

**Sổ Tay Hội Viên và Thông Tin Tiết Lộ:** Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác, hoặc phụ lục giải thích về bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị và những việc quý vị phải làm như một hội viên trong chương trình của chúng tôi.

**Sự cho phép trước:** Sự phê duyệt của SCFHP Cal MediConnect mà quý vị phải nhận trước khi quý vị có thể nhận được một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể hoặc thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. SCFHP Cal MediConnect có thể không đài thọ cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không có sự phê duyệt.

Một số dịch vụ y tế trong mạng lưới chỉ được đài thọ khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chương trình của chúng tôi nhận được sự cho phép trước.

- Các dịch vụ được đài thọ cần sự cho phép trước của chương trình của chúng tôi được đánh dấu trong Bảng Phúc Lợi ở Chương 4, trang 66.

Một số loại thuốc chỉ được đài thọ khi quý vị có sự cho phép trước từ chúng tôi.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Các loại thuốc được đài thọ cần sự cho phép trước của chương trình của chúng tôi được đánh dấu trong *Danh sách thuốc được đài thọ*.

**Sức Khỏe Hành Vi:** Một thuật ngữ chung chỉ sức khỏe tâm thần và các rối loạn do sử dụng dược chất.

**Thông tin sức khỏe cá nhân (còn gọi là thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI):**

Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, thăm khám bác sĩ và tiền sử y tế. Xem Thông báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của SCFHP để biết thêm thông tin về cách SCFHP bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền liên quan đến PHI của quý vị.

**Thư giới thiệu:** Thư giới thiệu có nghĩa là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị phải chấp thuận trước khi quý vị có thể gặp một người không phải là PCP của quý vị. Nếu quý vị không có sự phê duyệt, SCFHP Cal MediConnect có thể sẽ không đài thọ cho dịch vụ. Quý vị không cần thư giới thiệu để gặp một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe của phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về thư giới thiệu ở Chương 3, trang 43 và về các dịch vụ yêu cầu thư giới thiệu ở Chương 4, trang 66.

**Thuốc biệt dược:** Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty đã chế ra và sản xuất loại thuốc đó đầu tiên. Thuốc biệt dược có cùng thành phần với các phiên bản thuốc gốc. Các thuốc gốc thường được sản xuất và bán bởi các công ty dược phẩm khác.

**Thuốc gốc:** Một loại thuốc theo toa được chính quyền liên bang phê duyệt để sử dụng thay thế cho thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần với thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn và có công dụng như thuốc biệt dược.

**Thuốc không theo toa (OTC):** Thuốc không theo toa đề cập đến bất kỳ loại thuốc hoặc thuốc nào mà một người có thể mua mà không cần toa bác sĩ chuyên khoa.

**Thuốc Medicare Phần D:** Các loại thuốc có thể được đài thọ theo Medicare Phần D. Nghị viện loại trừ riêng một số loại thuốc nhất định không được đài thọ như thuốc Phần D. Medi-Cal có thể đài thọ một số thuốc trong những loại thuốc này.

**Thuốc Phần D:** Xem "Thuốc Medicare Phần D."

**Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO):** Một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc dành cho những người có Medicare. Họ được chính phủ liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân. Hãy xem Chương 2, trang 19 để biết thêm thông tin về cách liên lạc với QIO đối với tiểu bang của quý vị.



**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Trợ Cấp An Sinh (SSI):** Một khoản phúc lợi hàng tháng được Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, là những người khuyết tật, khiếm thị hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các phúc lợi của SSI không giống như phúc lợi An Sinh Xã Hội.

**Trợ cấp thu nhập thấp (LIS):** Xem “Trợ Giúp Bổ Sung.”

**Trợ Giúp Bổ Sung:** Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa Phần D của Medicare, như phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Hỗ Trợ Bổ Sung cũng còn được gọi là “Trợ Cấp Thu Nhập Thấp” hoặc “LIS”.

**Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS):** Cơ quan liên bang phụ trách về Medicare. Chương 2, trang 19 giải thích cách liên lạc với CMS.

**Trung tâm phẫu thuật di động:** Một cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại chấn cho các bệnh nhân không cần chăm sóc tại bệnh viện và những người không cần được chăm sóc quá 24 giờ.

**Trường hợp ngoại lệ:** Việc cho phép được nhận bảo hiểm cho thuốc thường không được đài thọ hoặc sử dụng thuốc mà không có các quy định hoặc giới hạn nhất định.

**Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày:** Một mức chi phí mà có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa một số loại thuốc với số lượng ít hơn đủ dùng cho một tháng và quý vị cần phải chi trả một khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày của một tháng cấp thuốc.

Sau đây là ví dụ: Giả sử khoản đồng thanh toán cho liều dùng thuốc của quý vị cho cả một tháng (liều dùng thuốc cho 31 ngày) là \$3.90. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị phải trả cho thuốc của mình là \$0.12 mỗi ngày. Nếu quý vị nhận liều dùng thuốc trong 7 ngày, thì quý vị sẽ thanh toán \$0.12 một ngày nhân với 7 ngày, và tổng số tiền thanh toán là \$0.88.

---

**Nếu quý vị có thắc mắc,** vui lòng gọi đến Santa Clara Family Health Plan theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi được miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** hãy truy cập [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**TRANG NÀY CÓ Ý ĐỂ TRỐNG**

