

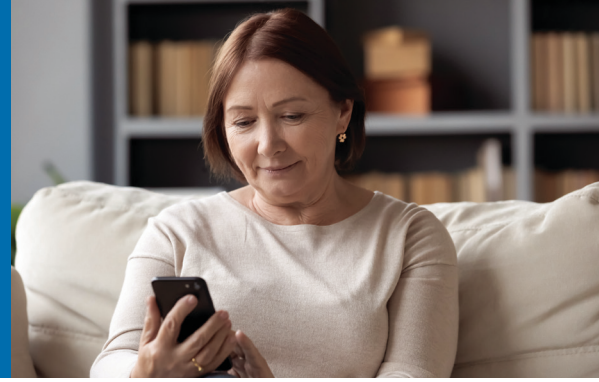


Medicare & Quý vị 2024

Sổ tay Medicare chính thức
của chính phủ Hoa Kỳ



Những điều mới & quan trọng?



Medicare cố gắng cải thiện khả năng tiếp cận các phương pháp điều trị có giá phải chăng để đảm bảo quý vị khỏe mạnh. Kiểm tra những điều mới trong năm nay để giúp quý vị quản lý sức khỏe của mình.

Tiết kiệm tiền cho các chi phí thuốc kê toa của quý vị

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một 2024, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) và chi phí thuốc của quý vị đủ cao để đạt đến giai đoạn bảo hiểm tai ương, quý vị sẽ không phải trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm. Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)—một chương trình giúp chi trả những chi phí thuốc Phần D của quý vị—sẽ mở rộng để đài thọ nhiều chi phí thuốc hơn cho một số người có nguồn tài chính và thu nhập hạn chế. Xem trang 83 và 92.

Số tiền đồng bảo hiểm cho một số loại thuốc được Phần B đài thọ có thể ít hơn nếu giá thuốc kê toa tăng cao hơn tỷ lệ lạm phát. Xem trang 40.

Chi phí thấp hơn đối với insulin và vắc-xin

Chương trình thuốc Medicare của quý vị **không thể tính phí quý vị nhiều hơn \$35** đối với lượng tiếp liệu đủ dùng trong một tháng cho mỗi sản phẩm insulin được Phần D đài thọ, và quý vị không phải trả khoản khấu trừ cho số tiền đó. Xem trang 88.

Nếu quý vị sử dụng insulin thông qua một thiết bị máy bơm truyền thống được đài thọ theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền của Medicare, thì loại insulin đó được đài thọ theo Medicare Phần B. Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho lượng tiếp liệu đủ dùng trong một tháng và khoản khấu trừ của Medicare không còn được áp dụng. Xem trang 39 và 88.

Hiện cũng có sẵn các vắc-xin dành cho người lớn được khuyến nghị cho quý vị. Xem trang 50.

Những thay đổi đối với bảo hiểm chăm sóc sức khỏe từ xa

Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa tại bất kỳ địa điểm nào ở Hoa Kỳ, bao gồm cả tại nhà của quý vị cho đến cuối năm 2024. Sau đó, quý vị phải ở phòng khám hoặc cơ sở y tế ở khu vực nông thôn để nhận được hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Có một số trường hợp ngoại lệ, chẳng hạn như đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần. Xem trang 51.

Quản lý và điều trị đau mạn tính

Medicare hiện đài thọ cho các dịch vụ hàng tháng để điều trị cơn đau mạn tính nếu quý vị đã chung sống với tình trạng đau này hơn 3 tháng. Xem trang 34.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần tốt hơn

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024, Medicare sẽ chi trả cho các dịch vụ chương trình ngoại trú chuyên sâu do bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng và các địa điểm khác cung cấp nếu quý vị cần chăm sóc sức khỏe tâm thần. Xem trang 46-47.

Nhiều lần hơn để đăng ký Medicare

Nếu gần đây quý vị đã bị mất (hoặc sẽ sớm bị mất) Medicaid, quý vị có thể đăng ký Medicare hoặc thay đổi bảo hiểm Medicare hiện tại của mình. Có những tình huống đặc biệt khác cho phép quý vị đăng ký Medicare. Xem trang 18.

Chăm sóc COVID-19

Medicare tiếp tục chi trả cho vắc-xin COVID-19 cũng như một số xét nghiệm và phương pháp điều trị để giữ an toàn cho quý vị và những người khác. Xem trang 37.

Mục lục

Những điều mới & quan trọng?	2
Chỉ mục cho các chủ đề	4
Medicare có những phần nào?	9
Các lựa chọn Medicare của quý vị	10
Tổng quan: Original Medicare so với Medicare Advantage	11
Bắt đầu với Medicare	13
Nhận trợ giúp tìm bảo hiểm phù hợp với quý vị	14
Mục 1: Đăng ký Medicare	15
Mục 2: Tìm hiểu Medicare sẽ đài thọ những gì	25
Mục 3: Original Medicare	57
Mục 4: Các Chương trình Medicare Advantage và các tùy chọn khác	61
Mục 5: Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)	75
Mục 6: Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)	79
Mục 7: Hỗ trợ thanh toán chi phí y tế & thuốc của quý vị	91
Mục 8: Các quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare của quý vị	97
Mục 9: Nhận thêm thông tin	107
Mục 10: Các định nghĩa	119

Quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận hoặc ngôn ngữ khác?

Xem trang 123 và 125–126.

Khóa biểu tượng

Hãy tìm những biểu tượng này để giúp quý vị hiểu về bảo hiểm Medicare của mình:



So sánh: Đưa ra so sánh giữa Các Chương trình Original Medicare và Medicare Advantage.

Quan trọng!

Quan trọng: Những thông tin nổi bật quan trọng cần xem xét.



Chi phí & bảo hiểm: Cung cấp cho quý vị thông tin về chi phí và lựa chọn bảo hiểm cho các dịch vụ.

Mới!

Mới: Những thông tin nổi bật mới trong “Medicare & Quý vị” của năm nay.



Dịch vụ phòng ngừa: Cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về các dịch vụ phòng ngừa.



Giúp quý vị tìm thông tin quan trọng về [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Chỉ mục cho các chủ đề

A

Phình động mạch chủ bụng 30
Các Thông báo Dễ dàng Truy cập 123
Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm (ACOs) 29, 51, 74, 103, **110–111**, 119
Châm cứu 30, 87
Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về Không Chi trả Bảo hiểm 101
Lập kế hoạch chăm sóc trước 30–31, 35, 54
Khám sàng lọc & tư vấn về lạm dụng rượu bia 31
Dịch vụ xe cứu thương 31, 53
Trung tâm phẫu thuật ngoại trú 31–32
Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS) 15
Kháng nghị 28, 58, 65, 87, **97–101**, 108, 113
Chi nhân tạo 49
Thỏa thuận chi trả trực tiếp (assignment) 29–43, 45, 47–48, 50, 54–55, 58, **59–60**, 65, 119

B

Khám thẳng bằng 42
Chụp X-quang bằng thuốc thực bari 35
Các dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi 32, 87
Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình 100, **113**
Giai đoạn quyền lợi 27, 29, 119
Điều phối quyền lợi **22**, 89, 90, 113
Hóa đơn 23–24, **58**, 82, 89, 99, 105
Máu 26, 32–33, 35–36, 38–39, 43, 45, 76
Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa vào máu 36
Blue Button 59, 105, 109
Blue Button 2.0® 59, 109
Nẹp (tay, chân, lưng, cổ) 49

C

Phục hồi chức năng tim 33
Bảo hiểm tai ương 81, 83
Sàng lọc ung thư cổ tử cung & âm đạo 33
Hóa trị liệu **34**, 65
Dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống 34
Dịch vụ quản lý chăm sóc bệnh mạn tính 34
Dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính 34
Yêu cầu thanh toán 25, 58–59, 99–100, 102–105, 109
Các nghiên cứu lâm sàng 27, **34**, 61
COBRA 18–19, 89
Đánh giá nhận thức 35, 55
Nội soi đại tràng 35–36
Thiết bị, phụ kiện và liệu pháp Áp lực Đường thở Dương Liên tục (CPAP) 36
Dịch bệnh Coronavirus 2019 (COVID-19) 37, 49, 50
Phẫu thuật thẩm mỹ 55
Chương trình Chi phí. *Xem* Chương trình Chi phí Medicare.
Các chi phí (đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ, và phí bảo hiểm)
Extra Help giúp chi trả Phần D 92–94
Các chương trình Medicare Advantage 64–65
Original Medicare 58–59
Phần A và Phần B **22–24**, 25–56
Khoản phạt ghi danh trễ Phần D 83–85
Tư vấn phòng ngừa sử dụng thuốc lá & các bệnh do thuốc lá gây ra 36
Quyết định bảo hiểm (Phần D) 99–100
Các dịch vụ được đài thọ (Phần A và Phần B) 25–56
Bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín 64, 79, 81, 83–85, 89, 94, **119**

D

Máy khử rung 38
 Sa sút trí tuệ 35, 55, 70
 Các chương trình thử nghiệm/thí điểm 74, **120**, 121
 Chăm sóc nha khoa và răng giả 10, 12, 55, 56, 62, 67, 75, 95
 Bộ Quốc Phòng 113
 Bộ Y tế và Các Dịch vụ Nhân sinh.
Xem Văn phòng Dân quyền.
 Bộ Cựu chiến binh 84, **90**, 114
 Trầm cảm 32, 35, **38**, 46, 55
 Bệnh tiểu đường 34, 38–39, 42, **46**, 70
 Lọc máu (lọc máu thận) 16, 31, 44–45, 51, 65, 66, 98, 108
 Khuyết tật **15–19**, 21, 30, 54–56, 91, 96, 103, 124
 Bảo hiểm thuốc (Phần D) 79–90
 Kháng nghị 97–101
 Bảo hiểm theo Phần A 26–29
 Bảo hiểm theo Phần B 39–40
 Tham gia, chuyển đổi, hoặc bỏ 80–81
 Các Chương trình Medicare Advantage 61–65
 Chương trình thuốc
 Các chi phí 81–85
 Ghi danh 80–81
 Loại hình chương trình 79
 Những gì được đài thọ 85–88
 Thuốc (ngoại trú) 39–40
 Đủ điều kiện kép (các chương trình Medicare-Medicaid) 70, 95
 Thiết bị y tế lâu bền 9, 26, 29, 39, **40**, 44

E

EKG/ECG **41**, 51
 Sổ tay điện tử 14, 63
 Hồ sơ Sức khỏe Điện tử 111
 Tóm tắt Điện tử của Medicare (eMSN) 59, 109
 Kê toa thuốc điện tử 112
 Các dịch vụ khoa cấp cứu 41
 Chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của chủ lao động
 Các chi phí trong Phần A có thể khác 26
 Bảo hiểm thuốc 80, 84, 88
 Cách thức nó hoạt động cùng với Medicare 21
 Ghi danh Mở cho Medigap 77

Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) 16–17, 21, 31, 42, 44, 51–52, 64, 70, 74, 98

Ghi danh

Các Chương trình Medicare Advantage (Phần C) 63–64

Medicare Bảo hiểm thuốc (Phần D) 80–81

Extra Help (giúp thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare) 79, 81, 83, 88, **92–94**, 96, 113, 120

Kính mắt 41, 55, 75

F

Xét nghiệm máu ẩn trong phân 35–36

Chương trình Quyền lợi Sức khỏe Nhân viên Liên bang (FEHB) 89

Các dịch vụ của Trung tâm Sức khỏe Đủ tiêu chuẩn Liên bang 41, 46

Nội soi hậu môn và đại tràng sigma 35–36

Tiêm phòng cúm 41, 50, 54

Chăm sóc bàn chân 42

Danh mục thuốc 81, 85–86, 88, 99, **120**

Gian lận 86, 103, **105–106**

G

Thời gian Ghi danh Chung **18**, 23, 71, 80

Sàng lọc bệnh tăng nhãn áp 42

H

Health Insurance Marketplace® (Thị trường Bảo hiểm Y tế) 18, 19, 20

Chương trình Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) 61, 64, **66**

Đánh giá nguy cơ sức khỏe 54

Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA) 20

Thiết bị trợ thính 42, **55**, 75

Tiêm phòng viêm gan B 42, 50

Sàng lọc Viêm gan C 43

Sàng lọc HIV 43

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà 9, 25–26, 29, **44**, 100, 108

Các dịch vụ trị liệu truyền dịch tại nhà và các tiếp liệu 40, 44

Chăm sóc cuối đời 9, 25, **26–27**, 61, 76, 87, 100, 108

HSA. *Xem Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA).*

I

Bảo hiểm thuốc ức chế miễn dịch 52–53, 64, 92
Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) 23–24, 82
Chương trình Sức khỏe Thổ dân 84, **90**, 119
Giai đoạn Ghi danh Ban đầu 17, 18, 20, 71, 80
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện 27–28
Tổ chức 70, 93
Insulin 39, 88

J

Tham gia
Chương trình thuốc Medicare 79–80
Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare 63–64

K

Phổ biến kiến thức về bệnh thận 45
Lọc máu thận (chạy thận). *Xem* Lọc máu
Cấy ghép thận 16, 45, 46, **52–53**, 64, 98

L

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm 37, 44, 45
Tiền phạt ghi danh trễ. *Xem* Tiền phạt.
Ngày dự phòng trọn đời 27, **120**
Chăm sóc dài hạn 55–56, 75
Mất thẻ Medicare. *Xem* Thẻ Medicare thay thế.
Sàng lọc ung thư phổi 45
Vật dùng điều trị bệnh phù bạch huyết 45

M

Chụp quang tuyến vú **45**, 66, 70, 122
Marketplace. *Xem* Health Insurance Marketplace®
(Thị trường Bảo hiểm Y tế).
Medicaid 10, 11, 18, 19, 21, 26, 29, 34, 52, 55–59, 65,
70, 74, 88, 91–96, 103, **120**
Đánh cấp danh tính y tế 105
Trị liệu dinh dưỡng y tế 38, **46**
Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA)
plan 20, 61, 64–65, **67**, 79, 121

Medicare

Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) 25–29
Phần B (Bảo hiểm Y tế) 29–56
Phần C (Các Chương trình Medicare Advantage) 61–74
Phần D (bảo hiểm thuốc Medicare) 79–90
Tài khoản Medicare 14, 24, 59, 91, 105, 107, **109**,
111, 112
Nhà thầu Hành chính của Medicare 99, 103
Thời gian Ghi danh Mở cho Medicare Advantage
13, **71–72**, 80
Chương trình Medicare Advantage 121
Cách chúng hoạt động với các bảo hiểm khác 64
Loại chương trình 66–70
Thanh tra viên về Người thụ hưởng Medicare 106
Thẻ Medicare 15, 24–25, 37, 61, 107, 109, 113–114
Chương trình Chi phí của Medicare 55, 72, 79,
82, 121
Chương trình thuốc Medicare 79–80
Chương trình Medicare-Medicaid 95
Chương trình Tiết kiệm Medicare (MSPs) 91–92
Thông báo Tóm tắt của Medicare (MSN) 58–59, 91,
99, 101, 103, 105, 109
Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (Medigap) 10–12, 26,
29, 56–58, 64, 73, **75–78**, 89, 98, 121
Chương trình Quản lý Liệu pháp Thuốc 88
Medigap. *Xem* Bảo hiểm Bổ sung Medicare.
Chăm sóc sức khỏe tâm thần 46–47
MSN. *Xem* Thông báo Tóm tắt của Medicare.

N

Thông báo 28, **59**, 62–63, 69, 81, 86, 91, 97, 99–101,
103–105, 109, 111, 124
Thông báo Thay đổi Hàng năm 63, 69, 81
Thông báo Theo dõi Ngoại trú của Medicare
(còn được gọi là “MOON”) 28
Thông báo Tóm tắt của Medicare (MSN) 58–59, 91,
99, 101, 103, 105, 109
Thông báo Không Phân biệt Đối xử 124
Thông báo về Biện pháp Bảo vệ Quyền
riêng tư 103–104
Y tá hành nghề 39, 41, 44, 46, 48, 53
Viện dưỡng lão 26, 56, 70, 74–75, 93, 95, 108, 110
Dịch vụ trị liệu dinh dưỡng. *Xem* Trị liệu dinh
dưỡng y tế.

O

Quan sát 28
 Các dịch vụ trị liệu vận động 44, **47**
 Văn phòng Dân quyền 104, 124
 Văn phòng Quản lý Nhân sự 24, 89, **114**
 Ghi danh Mở 13, 71–72, 77–78, 80, 84
 Điều trị rối loạn sử dụng opioid 27, 40, **47**, 54, 87
 OPM. *Xem* Văn phòng Quản lý Nhân sự.
 (Nhà cung cấp) không tham gia chương trình 56, 60
 Original Medicare 57–60
 Vật phẩm chỉnh hình 49
 Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện 48
 Oxy 40

P

PACE. *Xem* Các Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi.
 Lựa chọn thanh toán (phí bảo hiểm) 23–24
 Khám vùng chậu 33
 Tiền phạt (ghi danh muộn)
 Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) 17, 18, 22
 Phần B (Bảo hiểm Y tế) 15–16, 17, 18, 23
 Phần D (bảo hiểm thuốc Medicare) 64, 79, 81, 82, 83–85, 89, 93–94
 Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm 95
 Dịch vụ vật lý trị liệu 48
 Trợ lý bác sĩ 39, 41, 46, 48, 53
 Các chương trình thử nghiệm/thí điểm 74, 95, 120, 121
 Tiêm phòng phế cầu khuẩn **48**, 50, 54
 Các dịch vụ phòng ngừa 9, **14**, **29–33**, **35–39**, **41–43**, 45–50, **54–55**, 90, 108–109, **122**
 Bác sĩ chăm sóc chính 31, 33, 43, 47, 50, 57, 66–70, 111, **122**
 Dịch vụ quản lý chăm sóc chính 49
 Thông báo quyền riêng tư 103–104
 Chương trình Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân (PFFS) 61, 64, 69, 121
 Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE) **74**, 95, 121
 Sàng lọc tuyến tiền liệt (xét nghiệm PSA) 49
 Vật phẩm bộ phận cơ thể giả/chỉnh hình **49**

Puerto Rico 15, 16, 53, 92, 93, 96
 Các chương trình về phục hồi chức năng phổi 49

Q

Chất lượng chăm sóc 108, **110–113**

R

Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB) 15–16, 20, 23–24, 58, 82, **114**
 Giới thiệu
 Định nghĩa 122
 Các Chương trình Medicare Advantage 11, 62, 66–70
 Original Medicare 11, 57, 63
 Các dịch vụ được đài thọ Phần B 30–56
 Tổ chức tôn giáo chăm sóc sức khỏe phi y tế 28
 Thẻ Medicare thay thế 107, 113
 Chăm sóc nghỉ ngơi 27
 Bảo hiểm cho người nghỉ hưu 18, 19, 21–22, 26, 29, 57–58, 64, 88, 90
 RRB. *Xem* Ban Hưu trí Ngành đường sắt.
 Rural emergency hospital 31
 Phòng khám sức khỏe vùng nông thôn 46, 49

S

Sàng lọc. *Xem* Dịch vụ phòng ngừa.
 Chương trình Tuần tra Medicare cho Người cao tuổi 105
 Khu vực dịch vụ 11, 63, 74, 79, 81, 122
 Sàng lọc và tư vấn bệnh lây nhiễm qua đường tình dục 50
 SHIP. *Xem* Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang.
 Tiêm chủng (chủng ngừa) 9, 14, 37, 41–43, 48, **50**, 54, 108, 122
 Nội soi đại tràng sigma 35–36
 Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) 9, 25, **28**, 65, 74, 76, 100, 101, 111, **122**
 SNF. *Xem* Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF).
 SNP. *Xem* Chương trình Nhu cầu Đặc biệt.

An sinh Xã hội
Thay đổi địa chỉ trên MSN 58-59
Extra Help giúp chi trả chi phí Phần D 94
Các liên hệ hữu ích khác 113
Phí bảo hiểm Phần A và Phần B 22-24
Phí bảo hiểm Phần D 82
Đăng ký Phần A và Phần B 15-19
Các quyền lợi Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) 93, **96**

SPAP. *Xem* Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang.

Thời gian Ghi danh Đặc biệt
Phí bảo hiểm Phần A và Phần B 17-18, 23
Phần C (Các Chương trình Medicare Advantage) 71-73
Phần D (bảo hiểm thuốc Medicare) 80, 89

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) 61, 70

Bệnh học về ngôn ngữ-nói 39, 41, 44, **50**

SSI. *Xem* Thu nhập An sinh Bổ sung.

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP) 14, 16, 56, 60, 73, 77, 78, 80, 83, 89, 94, 95, 100, 105, **108**, 110, **115-118**

Văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) 19, 56, 57, 70, 92, 94-96, 123

Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang 95

Điều trị rối loạn lạm dụng chất 40, 47, 51, 54, 55, 86-87

Bảo hiểm Bổ sung (Medigap)
Bảo hiểm thuốc 89
Ghi danh Mở 77
Original Medicare 57

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) 93, **96**

Vật tư (y tế) 27, 28, 36, 39-41, 44, 48, 49, 50, 58, 59, 75, 88, 90, 120

Dịch vụ băng phẫu thuật 50

T

Biểu mẫu thuế 22-23
Telehealth **51**, 111
Xét nghiệm (Không trong phòng thí nghiệm) 51
Bạc thuốc (danh sách thuốc) 81-83, **85**, 100
Dịch vụ quản lý chăm sóc chuyển tiếp 52
Các dịch vụ cấy ghép 16, 33, 45, 46, **52-53**, 56, 64, 98
Đi lại 12, **53**, 75-76
TRICARE 19, 21, 52, 84, **90**, 113, 119

U

Công đoàn
Các chi phí trong Phần A có thể khác 26
Bảo hiểm thuốc 79-80, 84, 88, 94
Chương trình Medicare Advantage 64
Đăng ký Phần 19
Chăm sóc cần thiết khẩn cấp 12, **53**, 60

V

VA. *Xem* quyền lợi cựu chiến binh.
Chủng ngừa. *Xem* Tiêm phòng.
Quyền lợi cựu chiến binh (VA) 84, **90**, 114
Thị lực (chăm sóc mắt) 41, 55

W

Khung tập đi 9, 28, 40, 44
Thăm khám phòng ngừa "Chào Mừng đến với Medicare 41, **54-55**
Thăm khám sức khỏe 9, 14, 30-31, 35, **54-55**, 108
Xe lăn 9, **40**, 44

X

X-quang 28, 48, 51

Medicare có những phần nào?



Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)

Giúp đài thọ cho:

- Chăm sóc nội trú tại bệnh viện
- **Chăm sóc tại các An dưỡng đường**
- Chăm sóc cuối đời
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà

Xem trang 25–29.



Phần B (Bảo hiểm Y tế)

Giúp đài thọ cho:

- Dịch vụ từ các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
- Chăm sóc ngoại trú
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Thiết bị y tế lâu bền (như xe lăn, khung tập đi, giường bệnh, và các thiết bị khác)
- Nhiều **dịch vụ phòng ngừa** (như khám sàng lọc, chích ngừa hoặc tiêm vắc-xin, và khám “Sức khỏe tổng quát (Wellness)” hàng năm)

Xem trang 29-55.



Phần D (Bảo hiểm thuốc)

Giúp đài thọ cho chi phí thuốc kê toa (bao gồm nhiều mũi tiêm phòng hoặc vắc-xin được khuyến nghị).

Các chương trình cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) được điều hành bởi các công ty bảo hiểm tư nhân tuân theo các quy tắc do Medicare đặt ra.

Xem trang 79-90.

Các lựa chọn Medicare của quý vị

Khi quý vị đăng ký Medicare lần đầu tiên và trong những thời điểm nhất định trong năm, quý vị có thể chọn cách quý vị nhận được bảo hiểm Medicare của mình. Có hai cách để tham gia bảo hiểm Medicare:

Original Medicare

- Original Medicare bao gồm Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) và Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế).
- Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng để nhận được bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).
- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào chấp nhận Medicare, bất cứ nơi nào ở Hoa Kỳ.
- Để giúp thanh toán các phí tổn xuất túi trong chương trình Original Medicare (như khoản 20% **đồng bảo hiểm** của quý vị), quý vị cũng có thể tìm và mua bảo hiểm bổ sung.

Phần A



Phần B



Quý vị có thể thêm:

Phần D



Quý vị cũng có thể thêm:

Bảo hiểm bổ sung



Bao gồm Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (**Medigap**). Xem Mục 5 (bắt đầu từ trang 75) để tìm hiểu thêm về Medigap. Hoặc, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn trước đây, hoặc **Medicaid**.

Xem Mục 3 (bắt đầu từ trang 57) để tìm hiểu thêm về Original Medicare.

Medicare Advantage

(còn được gọi là Phần C)

- Chương trình Medicare Advantage là một chương trình được Medicare phê duyệt từ một công ty tư nhân cung cấp dịch vụ thay thế cho Original Medicare cho bảo hiểm y tế và thuốc của quý vị. Những chương trình “theo gói” này bao gồm Phần A, Phần B, và thường là Phần D.
- Trong nhiều trường hợp, quý vị chỉ có thể sử dụng các bác sĩ trong mạng lưới của chương trình.
- Trong nhiều trường hợp, quý vị có thể cần được chương trình của mình chấp thuận trước khi chương trình chi trả cho một số loại thuốc hoặc dịch vụ nhất định.
- Các chương trình có thể có chi phí tự trả thấp hơn hoặc cao hơn so với Original Medicare. Quý vị cũng có thể có một khoản **phí bảo hiểm** bổ sung.
- Các chương trình có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không đài thọ — như các dịch vụ về thị lực, thính lực và nha khoa nhất định.

Phần A



Phần B



Hầu hết các chương trình bao gồm:

Phần D



Một số quyền lợi bổ sung

Một số chương trình cũng bao gồm:

Chi phí tự trả thấp hơn

Xem Mục 4 (bắt đầu từ trang 61) để tìm hiểu thêm về Medicare Advantage.

Original Medicare so với Medicare Advantage



Lựa chọn về bác sĩ & bệnh viện

Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào chấp nhận Medicare, bất cứ nơi nào ở Hoa Kỳ.	Trong nhiều trường hợp, quý vị chỉ có thể sử dụng các bác sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới và khu vực dịch vụ của chương trình (đối với dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp). Một số chương trình cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ không khẩn cấp ở ngoài mạng lưới, nhưng thường với chi phí cao hơn.
Trong hầu hết trường hợp, quý vị không cần giấy giới thiệu để gặp một bác sĩ chuyên khoa.	Quý vị có thể cần được giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa.



Chi phí

Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
Đối với các dịch vụ được bảo hiểm Phần B, quý vị thường trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình. Số tiền này được gọi là khoản đồng bảo hiểm của quý vị.	Chi phí tự trả có thể khác nhau —các chương trình có thể có chi phí tự trả thấp hơn hoặc cao hơn cho một số dịch vụ nhất định.
Quý vị trả phí bảo hiểm (thanh toán hàng tháng) cho Phần B. Nếu quý vị lựa chọn tham gia chương trình thuốc Medicare, quý vị sẽ trả phí bảo hiểm riêng cho bảo hiểm thuốc Medicare của mình (Phần D).	Quý vị trả phí bảo hiểm Phần B hàng tháng và cũng có thể phải trả phí bảo hiểm của chương trình. Một số chương trình có thể có phí bảo hiểm \$0 và có thể giúp trả tất cả hoặc một phần phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Đa số các chương trình có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).
Không có hạn mức hàng năm đối với số tiền quý vị tự trả, trừ khi quý vị có bảo hiểm bổ sung—như Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap).	Các chương trình có hạn mức hàng năm đối với số tiền quý vị tự trả cho các dịch vụ mà Medicare Phần A và Phần B đài thọ. Sau khi đạt đến hạn mức trong các chương trình của mình, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ mà Phần A và Phần B đài thọ trong khoảng thời gian còn lại của năm.
Quý vị có thể chọn mua Medigap để giúp thanh toán các chi phí tự trả còn lại của mình (như khoản đồng bảo hiểm 20% của quý vị). Xem trang 77. Hoặc, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn trước đây, hoặc Medicaid .	Quý vị không thể mua và cũng không cần Medigap.

Bảo hiểm

Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
Original Medicare đòi hỏi cho hầu hết các dịch vụ và vật tư cần thiết về mặt y tế trong bệnh viện, phòng khám bác sĩ, và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác. Original Medicare không chi trả một số phúc lợi như là khám mắt, hầu hết các dịch vụ chăm sóc nha khoa, và các lần khám định kỳ. Xem trang 55.	Các chương trình phải đòi hỏi cho tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà Original Medicare đòi hỏi. Các chương trình cũng có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không đòi hỏi — như các dịch vụ về thị lực, thính lực và nha khoa.
Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng để nhận được bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).	Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) có trong hầu hết các chương trình. Trong hầu hết các loại hình Chương trình Medicare Advantage , quý vị sẽ không thể tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không cần được Original Medicare phê duyệt để chi trả cho các dịch vụ hoặc vật tư của quý vị.	Trong nhiều trường hợp, quý vị có thể cần được chương trình của mình chấp thuận trước khi chương trình chi trả cho một số dịch vụ hoặc vật tư nhất định.

Đi ra nước ngoài

Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
Original Medicare thường không đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc y tế bên ngoài Hoa Kỳ. Quý vị có thể mua một hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) để được đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.	Các chương trình thường không đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc y tế bên ngoài Hoa Kỳ. Một số chương trình có thể cung cấp quyền lợi bổ sung bao gồm các dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp khi quý vị đi ra bên ngoài Hoa Kỳ.

Cuốn sổ tay này sẽ giải thích các chủ đề sau một cách chi tiết hơn:

- **Original Medicare:** Xem Mục 3 (bắt đầu từ trang 57).
- **Medicare Advantage:** Xem Mục 4 (bắt đầu từ trang 61).
- **Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap):** Xem Mục 5 (bắt đầu từ trang 75).
- **Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D):** Xem Mục 6 (bắt đầu từ trang 79).

Số tiền bảo hiểm năm 2024, chi phí thuốc và giới hạn thu nhập không có sẵn tại thời điểm in. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) vào cuối mùa thu này để nhận thông tin cập nhật nhất.

Bắt đầu với Medicare

Điều quan trọng là quý vị phải:

- **Hiểu các lựa chọn bảo hiểm Medicare của quý vị.** Có 2 cách chính để quý vị tham gia bảo hiểm Medicare—Original Medicare (Phần A và Phần B) và Medicare Advantage. Xem trang 10-12 để tìm hiểu thêm.
- **Tìm hiểu cách thức và thời điểm quý vị có thể đăng ký.** Nếu quý vị không có Medicare Phần A hoặc Phần B, hãy Đi Mục 1 (bắt đầu từ trang 15). Nếu quý vị có chương trình bảo hiểm y tế khác, xem trang 19–22 để tìm hiểu cách thức mà các chương trình bảo hiểm khác của quý vị sẽ hoạt động cùng với Medicare.

Quan trọng!

Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), xem Mục 6 (bắt đầu từ trang 79). **Quý vị có thể bị phạt tiền nếu không đăng ký khi quý vị đủ điều kiện lần đầu.**

- **Đánh dấu những ngày quan trọng sau trong lịch của quý vị!** Đây có thể là thời điểm duy nhất mà quý vị có mỗi năm để thay đổi lựa chọn bảo hiểm của mình.



Ngày 1 Tháng Mười, 2023

Bắt đầu so sánh bảo hiểm hiện tại của quý vị với các lựa chọn khác. Quý vị có thể tiết kiệm được tiền hoặc nhận được thêm các quyền lợi. Khám



[Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

Ngày 15 Tháng Mười đến 7 Tháng Mười Hai, 2023

Thay đổi lựa chọn bảo hiểm Medicare về sức khỏe hoặc thuốc cho năm 2024, nếu quý vị đã có quyết định. Quý vị có thể tham gia, chuyển đổi hoặc rời khỏi **Chương trình Medicare Advantage** hoặc một chương trình thuốc Medicare, hoặc chuyển sang Original Medicare trong Giai đoạn Ghi danh Mở này mỗi năm.

Ngày 1 Tháng Một, 2024

Lựa chọn bảo hiểm mới bắt đầu có hiệu lực nếu quý vị đã thực hiện thay đổi. Nếu quý vị giữ nguyên lựa chọn bảo hiểm hiện có nhưng các chi phí hoặc quyền lợi trong chương trình bảo hiểm của quý vị thay đổi, thì những thay đổi đó cũng sẽ bắt đầu có hiệu lực vào ngày này.

Ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba, 2024

Nếu đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể thay đổi sang một Chương trình Medicare Advantage khác hoặc chuyển sang Original Medicare (và tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng) một lần trong thời gian này. Bất kỳ thay đổi nào quý vị thực hiện sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị. Xem trang 63.

Mỗi năm, điều quan trọng là phải xem lại bảo hiểm Medicare về sức khỏe và thuốc của quý vị để đảm bảo rằng bảo hiểm vẫn đáp ứng các nhu cầu của quý vị và quyết định xem liệu quý vị có muốn thực hiện thay đổi hay không. Quý vị không cần phải đăng ký Medicare hàng năm, nhưng quý vị vẫn nên xem lại các lựa chọn của mình.

Nhận trợ giúp tìm bảo hiểm phù hợp với quý vị


Khám phá các lựa chọn bảo hiểm của quý vị

- Tìm và so sánh các chương trình bảo hiểm y tế và thuốc tại


 [Medicare.gov/plan-compare.](https://www.Medicare.gov/plan-compare)

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Quý vị sẽ được tư vấn miễn phí bởi tư vấn viên bảo hiểm sức khỏe cá nhân từ Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Của Tiểu Bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 115-118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp.

Tận dụng tối đa dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

Chúng tôi muốn đảm bảo rằng quý vị có những thông tin cần thiết để đưa ra quyết định tốt nhất về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Tìm  trong toàn bộ cuốn sổ tay này để tìm hiểu về chi phí và lựa chọn bảo hiểm cho các dịch vụ.

Tìm hiểu về các dịch vụ phòng ngừa

Medicare đài thọ miễn phí nhiều **dịch vụ phòng ngừa** cho quý vị. Hãy hỏi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của mình xem quý vị cần các dịch vụ phòng ngừa nào (như khám sàng lọc, tiêm phòng hoặc vắc-xin, và khám “Sức khỏe” hàng năm). Xem các trang 30–55 và tìm kiếm  để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phòng ngừa mà Medicare đài thọ.

Nhận trợ giúp thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Có nhiều chương trình sẵn có để trợ giúp về chi phí. Nhiều người hội đủ điều kiện tham gia Medicare. Để biết thêm về các chương trình này, hãy xem các trang 91–96.

Xem lại sổ tay này trực tuyến

Giúp Medicare tiết kiệm tiền bằng cách chuyển sang sổ tay này ở dạng phiên bản điện tử. Đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để chuyển sang sổ tay điện tử. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một đường dẫn tới phiên bản PDF qua email thay vì gửi một bản sao giấy qua đường bưu điện vào mỗi mùa thu.

Quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận hoặc ngôn ngữ khác?

Quý vị có thể nhận được sổ tay “Medicare & Quý vị” ở định dạng dễ sử dụng miễn phí. Xem trang 123. Để nhận trợ giúp miễn phí bằng một ngôn ngữ không phải Tiếng Anh, hãy xem các trang 125–126.

Quý vị có thắc mắc hoặc nhận xét về cuốn sổ tay này?

Gửi email cho chúng tôi tới medicareandyou@cms.hhs.gov.

MỤC 1

Đăng ký Medicare

Tôi sẽ nhận Phần A và Phần B tự động chứ?

Nếu quý vị đã nhận được trợ cấp từ Cơ quan An sinh Xã hội hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB), quý vị sẽ tự động nhận được bảo hiểm Phần A và Phần B bắt đầu từ ngày đầu tiên của tháng mà quý vị bước sang tuổi 65. (Nếu sinh nhật của quý vị rơi vào ngày đầu tiên của tháng, bảo hiểm Phần A và Phần B sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng trước đó.)

Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật, quý vị sẽ tự động nhận được bảo hiểm Phần A và Phần B sau khi quý vị nhận được 24 tháng trợ cấp khuyết tật, từ Cơ quan An sinh Xã hội hoặc một số trợ cấp khuyết tật nhất định từ RRB.

Nếu quý vị sống ở Puerto Rico, quý vị sẽ không tự động nhận được bảo hiểm Phần B. Quý vị sẽ phải đăng ký để có nó. Xem trang 16.

Nếu quý vị bị ALS (bệnh xơ cứng teo cơ một bên, còn gọi là bệnh Lou Gehrig), quý vị sẽ tự động nhận được bảo hiểm Phần A và Phần B vào tháng mà trợ cấp khuyết tật An sinh Xã hội của quý vị bắt đầu.

Nếu quý vị được tự động đăng ký Medicare, quý vị sẽ nhận được thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương qua đường bưu điện 3 tháng trước sinh nhật lần thứ 65 của quý vị hoặc tháng thứ 25 mà quý vị nhận trợ cấp khuyết tật và quý vị không cần phải trả **phí bảo hiểm** cho Phần A (đôi khi được gọi là “Phần A miễn phí bảo hiểm”). Hầu hết mọi người muốn nhận Phần B. Nếu quý vị không muốn Phần B, hãy cho chúng tôi biết trước ngày bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực trên thẻ Medicare của quý vị. Nếu quý vị không làm vậy, quý vị vẫn sẽ nhận Phần B và phải trả phí bảo hiểm Phần B thông qua trợ cấp An sinh Xã hội hoặc RRB của mình. Nếu quý vị có bảo hiểm khác và cần giúp quyết định xem liệu quý vị có nên nhận Phần B hay không, hãy xem trang 19. **Nếu quý vị chọn không nhận Phần B nhưng quyết định muốn có nó sau này, thì quý vị có thể bị chậm trễ trong việc nhận bảo hiểm Medicare Phần B vì quý vị chỉ có thể đăng ký vào một số thời điểm nhất định. Quý vị cũng có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ đến chừng nào quý vị có được Phần B.** Xem trang 23.

Tôi có cần phải đăng ký vào Phần A và/hoặc Phần B không?

Nếu quý vị đã gần 65 tuổi nhưng KHÔNG nhận được trợ cấp An sinh Xã hội hoặc RRB, thì quý vị sẽ cần đăng ký để tham gia Medicare. Truy cập [SSA.gov/medicare](https://www.ssa.gov/medicare) để đăng ký Phần A và Phần B. Quý vị cũng có thể liên hệ với Cơ quan An sinh Xã hội 3 tháng trước khi quý vị 65 tuổi để đặt lịch hẹn. Nếu quý vị làm việc cho ngành đường sắt, hãy liên hệ với RRB.

Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị không đăng ký Phần B khi đủ điều kiện lần đầu tiên, quý vị có thể bị chậm trễ trong việc nhận bảo hiểm Medicare Phần B trong tương lai vì quý vị chỉ có thể đăng ký vào những thời điểm nhất định. **Quý vị cũng có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ đến chừng nào quý vị có được Phần B.** Xem trang 23.

★ **Lưu ý:** Xem trang 119–122 để biết các định nghĩa của từ có **màu xanh dương**.

Nếu quý vị mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) và muốn có Medicare, quý vị sẽ cần phải đăng ký. Liên hệ với Cơ quan An sinh Xã hội để biết thời gian và cách thức đăng ký vào Phần A và Phần B. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem cuốn sổ tay “Lựa chọn Bảo hiểm Medicare dành cho các Dịch vụ Lọc máu Thận & Ghép Thận.”

Quan trọng!

Nếu quý vị sống ở Puerto Rico và nhận trợ cấp từ An sinh Xã hội hoặc RRB, quý vị sẽ tự động nhận được Phần A vào ngày đầu tiên của tháng mà quý vị bước sang tuổi 65 hoặc sau khi quý vị nhận được trợ cấp khuyết tật 24 tháng. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn có Phần B, quý vị sẽ cần phải đăng ký phần đó bằng cách hoàn thành “Mẫu đơn Ghi danh Phần B” (CMS-40B). Để lấy mẫu đơn này bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha, hãy truy cập: [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment). Nếu quý vị không đăng ký Phần B khi đủ điều kiện lần đầu tiên, quý vị có thể bị chậm trễ trong việc nhận bảo hiểm Phần B trong tương lai vì quý vị chỉ có thể đăng ký vào những thời điểm nhất định. **Quý vị cũng có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ đến chừng nào quý vị có được Phần B.** Xem trang 23.

Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 để biết thêm thông tin về điều kiện hội đủ tham gia Medicare của quý vị và để đăng ký vào Phần A và/hoặc Phần B. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0778. Nếu quý vị làm việc cho ngành đường sắt hoặc nhận trợ cấp RRB, hãy gọi cho RRB theo số 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi số 1-312-751-4701.

Quý vị cũng có thể nhận được tư vấn cá nhân miễn phí về bảo hiểm sức khỏe từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP). Xem các trang 115-118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

Sau khi quý vị đã đăng ký Medicare Phần A và/hoặc Phần B, đã đến lúc xem xét các lựa chọn bảo hiểm của quý vị. Mọi người lựa chọn bảo hiểm Medicare theo những cách khác nhau. Để tận dụng tối đa bảo hiểm của quý vị, hãy xem xét tất cả các lựa chọn và quyết định lựa chọn đáp ứng tốt nhất nhu cầu của quý vị. Xem các trang 11–13 để biết thêm thông tin chi tiết.

Nếu tôi không được tự động đăng ký Phần A và Phần B, thì khi nào tôi có thể đăng ký?

Nếu quý vị không tự động nhận được **Phần A miễn phí phí bảo hiểm** (ví dụ: vì quý vị vẫn đang làm việc và chưa nhận được các khoản trợ cấp của Cơ quan An sinh Xã hội và Ban Huơng trí Ngành đường sắt (RRB)), quý vị có thể đăng ký bất kỳ lúc nào sau khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare. Xem trang 22 để biết thêm thông tin.

Trong ví dụ này, bảo hiểm Phần A của quý vị sẽ có hiệu lực hồi tố 6 tháng kể từ khi quý vị đăng ký Phần A hoặc nộp đơn xin trợ cấp An sinh Xã hội hoặc RRB, nhưng không sớm hơn tháng đầu tiên quý vị đủ điều kiện nhận Medicare. Tùy thuộc vào cách quý vị hội đủ điều kiện cho Phần A, thời gian hồi tố có thể khác nhau.

Quý vị chỉ có thể đăng ký Phần B trong thời gian đăng ký được liệt kê trên trang tiếp theo.

Quan trọng!

Hãy nhớ rằng, trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị không đăng ký tham gia Phần A (nếu quý vị phải mua nó) và Phần B khi quý vị đủ điều kiện lần đầu, thì việc ghi danh của quý vị có thể bị trì hoãn và quý vị có thể phải trả khoản tiền phạt ghi danh trễ. Xem các trang 22–23.

Thời gian ghi danh tham gia Phần A và Phần B là khi nào?

Quý vị chỉ có thể đăng ký tham gia Phần B (hoặc Phần A nếu quý vị phải mua nó) trong các khoảng thời gian ghi danh sau.

Thời gian Ghi Danh Ban đầu

Nhìn chung, trước tiên quý vị có thể đăng ký tham gia Phần A và/hoặc Phần B trong khoảng thời gian kéo dài 7 tháng được bắt đầu 3 tháng trước tháng mà quý vị bước sang tuổi 65 và sẽ kết thúc 3 tháng sau tháng mà quý vị bước sang tuổi 65. Nếu sinh nhật của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng, thời hạn 7 tháng của quý vị bắt đầu từ 4 tháng trước tháng quý vị bước sang tuổi 65 và kết thúc 2 tháng sau tháng quý vị 65 tuổi.

Ví dụ: Nếu quý vị bước sang tuổi 65 vào ngày 2 Tháng Sáu, thời hạn 7 tháng của quý vị sẽ bắt đầu vào Tháng Ba và kết thúc vào Tháng Chín. Nếu quý vị bước sang tuổi 65 vào ngày 1 Tháng Sáu, thời hạn 7 tháng của quý vị sẽ bắt đầu vào Tháng Hai và kết thúc vào Tháng Tám.

Nếu quý vị đăng ký tham gia Phần A và/hoặc Phần B trong 3 tháng đầu của Thời gian Ghi danh Ban đầu, trong hầu hết các trường hợp, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên trong tháng sinh nhật của quý vị. Tuy nhiên, nếu sinh nhật của quý vị là vào ngày đầu tiên của tháng, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng trước đó.

Nếu quý vị đăng ký vào tháng quý vị bước sang tuổi 65 hoặc trong 3 tháng cuối cùng của Giai đoạn Ghi danh Ban đầu, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.

Thời gian Ghi danh Đặc biệt

Sau khi Thời gian Ghi danh Ban đầu kết thúc, quý vị có thể có cơ hội đăng ký vào Medicare trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Ví dụ, nếu quý vị chưa đăng ký vào Phần B (hoặc Phần A nếu phải mua nó) khi lần đầu đủ điều kiện **vì quý vị đã có chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa vào việc làm hiện tại** (của riêng quý vị, vợ/chồng hoặc thành viên gia đình—nếu quý vị bị khuyết tật), thì quý vị có thể đăng ký vào Phần A và/hoặc Phần B:

- Vào bất cứ lúc nào khi quý vị vẫn được đài thọ bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm
- Trong khoảng thời gian 8 tháng bắt đầu từ tháng sau khi việc làm kết thúc hoặc kết thúc chương trình bảo hiểm, tùy điều kiện nào xảy ra trước

Bảo hiểm của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký. Thông thường, quý vị sẽ không phải trả khoản tiền phạt ghi danh trễ nếu đăng ký trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Khoảng thời gian này không áp dụng nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare do mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), hoặc quý vị vẫn đang trong Thời gian Ghi danh Ban đầu.

Để đăng ký Phần A và/hoặc B, hãy liên hệ với Sở An sinh Xã hội tại 1-800-772-1213. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778.

Quan trọng!

Bảo hiểm COBRA (Đạo luật Hòa giải Ngân sách Omnibus Hợp nhất), các chương trình bảo hiểm sức khỏe cho người về hưu, bảo hiểm VA, và bảo hiểm sức khỏe cá nhân (như thông qua Health Insurance Marketplace® - Thị trường Bảo hiểm Y tế) không được coi là bảo hiểm dựa vào việc làm hiện tại và không được tính là bảo hiểm của chủ lao động trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Có những lý do giải thích tại sao quý vị nên tham gia Phần B thay vì, hoặc để bổ sung cho bảo hiểm COBRA. Quý vị có 8 tháng sau khi bảo hiểm của quý vị dựa trên **việc làm hiện tại** kết thúc để đăng ký Phần B mà không bị phạt, cho dù quý vị có chọn COBRA hay không. Tuy nhiên, nếu quý vị có COBRA và quý vị đủ điều kiện nhận Medicare, thì **COBRA chỉ có thể chi trả một phần nhỏ chi phí y tế của quý vị.** Quý vị nhìn chung sẽ không đủ điều kiện có được Thời gian Ghi danh Đặc biệt để đăng ký tham gia Medicare khi bảo hiểm COBRA đó kết thúc. Xem trang 89 để biết thêm thông tin về bảo hiểm của COBRA. Để tránh bị phạt, hãy đảm bảo rằng quý vị đăng ký Medicare khi quý vị đủ điều kiện lần đầu. Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, bảo hiểm **có thể không** chi trả cho các dịch vụ y tế của quý vị nếu quý vị không có cả Phần A và Phần B.

Các tình huống ngoại lệ trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt

Có những trường hợp khác mà quý vị có thể đăng ký Medicare trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Quý vị có thể đủ điều kiện nếu quý vị bỏ lỡ thời gian đăng ký vì một số trường hợp đặc biệt nhất định, chẳng hạn như bị ảnh hưởng bởi thảm họa hoặc trường hợp khẩn cấp, bị giam giữ, lỗi của chủ lao động hoặc chương trình bảo hiểm y tế, mất bảo hiểm **Medicaid** hoặc các trường hợp khác nằm ngoài tầm kiểm soát của quý vị mà Medicare xác định là ngoại lệ. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Quan trọng!

Nếu gần đây quý vị đã bị mất Medicaid và hiện quý vị đủ điều kiện nhận Medicare, nhưng không đăng ký Medicare khi quý vị mới đủ điều kiện, quý vị có thể đăng ký Phần A và Phần B mà không phải trả tiền phạt ghi danh trễ. Nếu quý vị đã có Medicare nhưng bị mất Medicaid, thì quý vị cũng có các lựa chọn bảo hiểm. Để biết thêm thông tin, hãy xem phần “Quý vị bị Mất Medicaid?” tờ thông tin tại [go.Medicare.gov/losingmedicaid](https://www.Medicare.gov/losingmedicaid).

Thời gian Ghi danh Chung

Nếu quý vị phải thanh toán tiền cho Phần A nhưng không đăng ký Phần A và/hoặc đăng ký Phần B (là phần mà quý vị phải trả **phí bảo hiểm**) trong Thời gian Ghi danh Ban đầu, và quý vị không đủ điều kiện có được Thời gian Ghi danh Đặc biệt, thì quý vị có thể đăng ký trong Thời gian Ghi danh Chung từ ngày 1 Tháng Một–ngày 31 Tháng Ba hàng năm. **Quý vị có thể phải trả phí bảo hiểm Phần A và/hoặc Phần B cao hơn do ghi danh trễ.** Xem trang 22-23.

Khi quý vị đăng ký trong Giai đoạn Ghi danh Chung, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.

Quý vị không chắc liệu mình có đủ điều kiện tham gia trong thời gian ghi danh hay không? Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), hoặc gọi 1-800-MEDICARE.

Tôi có bảo hiểm sức khỏe khác. Tôi có nên tham gia Phần B không?

Thông tin sau có thể giúp quý vị quyết định xem mình có nên tham gia Phần B hay không dựa trên loại hình bảo hiểm sức khỏe mà quý vị có thể có.

Bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn

Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị (hoặc thành viên gia đình nếu quý vị bị khuyết tật) **vẫn đang làm việc** và quý vị đã có bảo hiểm sức khỏe thông qua chủ lao động hoặc công đoàn đó, hãy xem trang 21 để tìm hiểu về cách thức mà chương trình bảo hiểm của quý vị sẽ hoạt động cùng với Medicare. Quý vị cũng có thể liên hệ với chủ lao động hoặc quản trị viên về quyền lợi công đoàn để biết thông tin. Điều này bao gồm việc làm trong các cơ quan của liên bang hoặc tiểu bang và việc đang phục vụ trong quân ngũ. Quý vị có thể có lợi nếu trì hoãn đăng ký Phần B trong khi quý vị vẫn có bảo hiểm sức khỏe dựa trên công việc hiện tại của quý vị hoặc vợ/chồng quý vị.

Bảo hiểm dựa vào việc làm hiện tại không bao gồm:

- COBRA (hoặc bảo hiểm tiếp tục tương tự sau khi kết thúc làm việc)
- Bảo hiểm cho người về hưu
- Bảo hiểm VA
- Bảo hiểm sức khỏe cá nhân (như thông qua Health Insurance Marketplace® (Thị trường Bảo hiểm Y tế))

TRICARE

Nếu quý vị có TRICARE (chương trình chăm sóc sức khỏe cho những người đang phục vụ trong quân ngũ, người đã nghỉ hưu sau khi phục vụ trong quân ngũ và gia đình của họ), **quý vị thường sẽ phải đăng ký vào Phần A và Phần B khi lần đầu đủ điều kiện để duy trì bảo hiểm TRICARE của mình.** Tuy nhiên, nếu quý vị là người đang phục vụ trong quân ngũ hoặc thành viên gia đình của người đang phục vụ trong quân ngũ, thì quý vị không cần phải đăng ký vào Phần B để duy trì bảo hiểm TRICARE của mình. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà thầu TRICARE của quý vị. Xem trang 90.

Nếu quý vị có bảo hiểm CHAMPVA, quý vị sẽ phải đăng ký vào Phần A và Phần B để duy trì bảo hiểm này. Hãy gọi số 1-800-733-8387 để biết thêm thông tin về CHAMPVA.

Medicaid

Nếu quý vị có **Medicaid** và không có Phần B, thì Medicaid có thể giúp quý vị ghi danh. Medicare sẽ chi trả trước, và Medicaid sẽ chi trả sau. Medicaid có thể giúp chi trả các chi phí tự trả trong chương trình Medicare của quý vị (như **phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, và đồng thanh toán**).

Gọi cho văn phòng Trợ cấp Y tế của Tiểu bang (Medicaid) của quý vị để biết thêm thông tin và để tìm hiểu xem liệu quý vị có đủ điều kiện không. Truy cập [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.medicare.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại của văn phòng Medicaid ở tiểu bang của quý vị. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Health Insurance Marketplace® (Thị trường Bảo hiểm Y tế)

Ngay cả khi quý vị có bảo hiểm Marketplace (hoặc bảo hiểm sức khỏe cá nhân khác không dựa trên việc làm hiện tại), quý vị nhìn chung cần đăng ký Medicare khi quý vị đủ điều kiện lần đầu để tránh nguy cơ bị chậm trễ bảo hiểm Medicare và khả năng bị phạt ghi danh muộn của Medicare.

Dưới đây là một số điểm quan trọng cần cân nhắc nếu quý vị có bảo hiểm Marketplace:

- Quý vị cần kết thúc bảo hiểm Marketplace kịp thời khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare để tránh bị trùng lặp về bảo hiểm.
- Sau khi quý vị được coi là đủ điều kiện tham gia Phần A miễn phí hoặc đã có Phần A với **phí bảo hiểm**, quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận trợ giúp từ Marketplace để chi trả khoản phí bảo hiểm chương trình Marketplace hoặc các chi phí y tế khác. Nếu quý vị tiếp tục nhận hỗ trợ để thanh toán phí bảo hiểm chương trình Marketplace sau thời điểm đó, quý vị có thể sẽ phải trả lại một phần hoặc toàn bộ khoản hỗ trợ mà quý vị đã nhận được khi nộp thuế thu nhập liên bang.

Truy cập [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) để kết nối với Marketplace ở tiểu bang của quý vị và tìm hiểu thêm. Để tìm hiểu về cách kết thúc chương trình bảo hiểm Marketplace hoặc khoản tiết kiệm Marketplace khi bảo hiểm Medicare của quý vị bắt đầu, hãy truy cập [HealthCare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare](https://www.healthcare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare). Quý vị cũng có thể gọi cho Tổng đài Marketplace theo số 1-800-318-2596. Người dùng TTY có thể gọi 1-855-889-4325.

Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA)

Quý vị không đủ điều kiện để đóng góp vào HSA sau khi quý vị có Medicare. Để tránh bị phạt thuế, quý vị nên thực hiện khoản đóng góp HSA cuối cùng của mình vào tháng trước khi bảo hiểm Phần A của quý vị bắt đầu. Bảo hiểm Phần A miễn phí phí bảo hiểm sẽ có hiệu lực hồi tố 6 tháng kể từ khi quý vị đăng ký Phần A hoặc nộp đơn xin trợ cấp An sinh Xã hội hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB), nhưng không sớm hơn tháng đầu tiên quý vị đủ điều kiện nhận Medicare. Tùy thuộc vào cách quý vị hội đủ điều kiện cho Phần A, thời gian hồi tố có thể khác nhau. Xem lại biểu đồ bên dưới để giúp quyết định thời điểm tốt nhất để ngừng các khoản đóng góp HSA của quý vị.

Nếu quý vị đăng ký Medicare:	Trong Thời gian Đăng ký Ban đầu của quý vị	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách thực hiện khoản đóng góp HSA cuối cùng của mình vào tháng trước khi quý vị bước sang tuổi 65.
	2 tháng sau khi Thời gian Ghi danh Ban đầu của quý vị kết thúc	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách ngừng các khoản đóng góp HSA vào tháng trước khi quý vị bước sang tuổi 65.
Nếu quý vị chờ đăng ký Medicare:	Dưới 6 tháng sau khi quý vị bước sang tuổi 65	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách ngừng các khoản đóng góp HSA vào tháng trước khi quý vị bước sang tuổi 65.
	6 tháng trở lên sau khi quý vị bước sang tuổi 65	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách ngừng các khoản đóng góp HSA 6 tháng trước tháng quý vị đăng ký tham gia Medicare.

Lưu ý: Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare (MSA) tương tự như một chương trình HSA. Xem trang 67.

Các chương trình bảo hiểm khác của tôi sẽ hoạt động cùng với Medicare như thế nào?

Khi quý vị có bảo hiểm khác (như chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm, sức khỏe hưu trí hoặc bảo hiểm **Medicaid**) và Medicare, có các quy tắc về việc Medicare hay bảo hiểm khác của quý vị sẽ thanh toán trước.

Nếu quý vị có bảo hiểm y tế cho người về hưu (như bảo hiểm từ việc làm trước đây của quý vị hoặc vợ/chồng quý vị)...	Medicare chi trả trước.
Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, có chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa vào việc làm hiện tại của quý vị hoặc vợ/chồng quý vị, và chủ lao động có từ 20 nhân viên trở lên ...	Chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị chi trả trước.
Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, có chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa vào việc làm hiện tại của quý vị hoặc vợ/chồng quý vị, và chủ lao động có ít hơn 20 nhân viên ...	Medicare chi trả trước.
Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật, có chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa vào việc làm hiện tại của quý vị hoặc một thành viên trong gia đình, và chủ lao động có từ 100 nhân viên trở lên ...	Chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị chi trả trước.
Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật, có chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa vào việc làm hiện tại của quý vị hoặc một thành viên trong gia đình, và chủ lao động có ít hơn 100 nhân viên ...	Medicare chi trả trước.
Nếu quý vị có chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa vào việc làm hiện tại hoặc trước đây của quý vị hoặc một thành viên trong gia đình, và quý vị đủ điều kiện nhận Medicare do mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD)...	Chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị chi trả trước trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện nhận Medicare. Medicare chi trả trước sau khoảng thời gian 30 tháng này.
Nếu quý vị có TRICARE.	Medicare chi trả trước, trừ khi quý vị đang tại ngũ, hoặc nhận các vật dụng hoặc dịch vụ từ bệnh viện hoặc phòng khám quân đội hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên bang khác.
Nếu quý vị có Medicaid.	Medicare chi trả trước.

Quan trọng!

Nếu quý vị vẫn đang làm việc và có bảo hiểm từ chủ lao động, hãy liên hệ với chủ lao động của quý vị để tìm hiểu cách thức mà bảo hiểm của chủ lao động của quý vị hoạt động cùng với Medicare.

Dưới đây là một số thông tin quan trọng cần nhớ về cách thức hoạt động của chương trình bảo hiểm khác đối với các dịch vụ được Medicare đài thọ:

- Chương trình bảo hiểm mà chi trả trước (bên chi trả chính) sẽ chi trả tối đa hạn mức bảo hiểm của chương trình.
- Chương trình bảo hiểm mà chi trả sau (bên chi trả thứ cấp) chỉ chi trả nếu có những chi phí mà đơn vị bảo hiểm chính không đài thọ.
- Bên chi trả thứ cấp (có thể là Medicare) có thể sẽ không chi trả cho tất cả các chi phí không được đài thọ.
- Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm hoặc bảo hiểm sức khỏe cho người về hưu của quý vị là bên chi trả thứ cấp, quý vị có thể cần phải đăng ký Phần B trước khi chương trình bảo hiểm của quý vị chi trả.

Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem cuốn sổ tay, “Medicare và các Quyền lợi Y tế Khác: Hướng dẫn cho Quý vị về Ai sẽ chi trả Trước”. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Quan trọng!

Nếu quý vị có chương trình bảo hiểm khác hoặc có sự thay đổi đối với bảo hiểm của mình, quý vị cần cho Medicare biết bằng cách gọi đến Trung tâm Điều phối & Phục hồi Quyền lợi của Medicare theo số 1-855-798-2627. Người dùng TTY có thể gọi số 1-855-797-2627.

Nếu có Phần A, quý vị có thể lấy mẫu đơn “Bảo hiểm Sức khỏe” (Mẫu 1095-B IRS) từ Medicare. Mẫu đơn này xác minh rằng quý vị đã có bảo hiểm sức khỏe trong năm vừa qua. Quý vị hãy giữ mẫu đơn này để lưu hồ sơ. Không phải ai cũng sẽ nhận được mẫu đơn này. Nếu quý vị không nhận được Mẫu 1095-B, đừng lo lắng. Quý vị không cần mẫu này để khai thuế.

Tôi có phải chi trả cho Phần A không?

Quý vị thường không phải chi trả bảo **phí bảo hiểm** hàng tháng cho bảo hiểm Phần A nếu quý vị hay vợ hoặc chồng của quý vị trả tiền thuế Medicare trong khi đang làm việc cho một khoảng thời gian nhất định. Điều này đôi khi còn được gọi là Phần A miễn phí bảo hiểm. Nếu quý vị không đủ điều kiện nhận Phần A miễn phí bảo hiểm, thì quý vị có thể mua nó. Để biết thêm thông tin về cách thanh toán phí bảo hiểm Phần A, hãy xem trang 24.

Nếu quý vị mua Phần A, quý vị sẽ trả một khoản phí bảo hiểm là \$278 hoặc lên đến \$506 mỗi tháng trong năm 2023 phụ thuộc tùy thuộc vào thời gian mà quý vị hoặc vợ/chồng quý vị đã làm việc và đóng thuế Medicare. Nếu quý vị cần trợ giúp để thanh toán phí bảo hiểm Phần A của mình, hãy xem các trang 91-92. Nếu quý vị có thắc mắc về việc thanh toán cho Phần A, hãy truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE.

Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị chọn **mua** Phần A, quý vị cũng phải có Phần B và trả phí bảo hiểm hàng tháng cho cả hai phần. Nếu quý vị chọn **KHÔNG** mua Phần A, quý vị vẫn có thể mua Phần B nếu quý vị đủ điều kiện

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) vào mùa thu này để xem các khoản tiền 2024.

Khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần A là gì?

Nếu quý vị không đủ điều kiện nhận Phần A miễn phí bảo hiểm, và quý vị không mua phần này khi đủ điều kiện lần đầu, thì phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị có thể tăng lên 10%. Quý vị sẽ phải trả khoản phí bảo hiểm cao hơn cho khoảng thời gian gấp đôi số năm mà quý vị lẽ ra có thể có Phần A nhưng lại không đăng ký. Ví dụ, nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Phần A trong 2 năm nhưng lại không đăng ký, quý vị sẽ phải trả phí bảo hiểm cao hơn 10% trong 4 năm.

Bảo hiểm Phần B có phí bao nhiêu?

Số tiền bảo hiểm Phần B tiêu chuẩn cho năm 2023 là \$164.90. Hầu hết mọi người đều trả **phí bảo hiểm** Phần B tiêu chuẩn mỗi tháng.

Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị cao hơn một số tiền nhất định (trong năm 2023: \$97,000 nếu quý vị nộp hồ sơ riêng hoặc \$194,000 nếu quý vị đã kết hôn và nộp hồ sơ chung), quý vị có thể trả Khoản tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA). IRMAA là một khoản phí bổ sung được thêm vào bảo phí của quý vị.

Để xác định xem liệu quý vị có phải trả IRMAA hay không, **Medicare sử dụng tổng thu nhập điều chỉnh đã sửa đổi được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước**. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tìm hiểu thêm về IRMAA.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) vào cuối mùa thu này để biết số tiền phí bảo hiểm và giới hạn thu nhập năm 2024.

Lưu ý: Quý vị cũng có thể phải trả một số tiền bổ sung cho phí bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) của mình nếu tổng thu nhập điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị cao hơn một mức nhất định. Xem trang 82.

Nếu quý vị phải trả số tiền bổ sung nhưng quý vị không đồng ý (ví dụ: thu nhập của quý vị bị giảm do xảy ra biến cố trong cuộc sống), hãy truy cập [SSA.gov](https://www.ssa.gov) hoặc gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0778.

Khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần B là gì?

Quan trọng!

Nếu không đăng ký Phần B khi đủ điều kiện lần đầu, quý vị có thể phải trả khoản tiền phạt ghi danh trễ đến chừng nào quý vị có được Phần B. Phí bảo hiểm Phần B hàng tháng của quý vị có thể tăng lên 10% cho mỗi khoảng thời gian đủ 12 tháng mà quý vị lẽ ra có thể đã có Phần B, nhưng lại không đăng ký. Nếu quý vị được phép đăng ký Phần B trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt, quý vị thường không phải trả khoản tiền phạt ghi danh trễ. Xem trang 17-18.

Ví dụ: Thời gian Ghi danh Ban đầu của Ông Smith đã kết thúc vào Tháng Mười Hai năm 2020. Ông ấy đã đợi cho đến Tháng Ba, 2023 trong Thời gian Ghi danh Chung để đăng ký Phần B. Khoản tiền phạt phí bảo hiểm Phần B của ông ấy là 20%, và ông ấy sẽ phải trả khoản tiền phạt này đến chừng nào ông ấy có Phần B. (Mặc dù ông Smith đã không có bảo hiểm Phần B trong 27 tháng, nhưng chỉ tính là 2 khoảng thời gian 12 tháng.)



Chi phí & bảo hiểm: Để tìm hiểu về cách nhận hỗ trợ cho các chi phí Medicare, hãy Đi Mục 7 (bắt đầu từ trang 91).

Tôi có thể thanh toán phí bảo hiểm Phần B của mình bằng cách nào?

Nếu quý vị nhận trợ cấp An sinh Xã hội hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB), phí bảo hiểm Phần B của quý vị sẽ được khấu trừ vào khoản thanh toán trợ cấp của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị nhận được hóa đơn từ RRB, hãy gửi các khoản thanh toán phí bảo hiểm của quý vị đến:

RRB Medicare Premium Payments
PO Box 979024
St. Louis, MO 63197-9000

Nếu quý vị có thắc mắc về các hóa đơn quý vị nhận được từ RRB, hãy gọi 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi số 1-312-751-4701.

Nếu quý vị là viên chức về hưu của liên bang có niên kim từ Phòng Quản lý Nhân sự và không hưởng trợ cấp RRB hoặc An sinh Xã hội, quý vị có thể yêu cầu khấu trừ **phí bảo hiểm** Phần B vào niên kim của mình. Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để thực hiện yêu cầu. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị không nhận được các khoản thanh toán trợ cấp này, quý vị sẽ nhận được hóa đơn cho phí bảo hiểm Phần B của mình. Thông thường, phí bảo hiểm Phần B được lập hóa đơn hàng quý (3 tháng một lần). Nếu quý vị cũng chi trả cho IRMAA Phần A hoặc Phần D, hoặc sử dụng Medicare Easy Pay để thanh toán phí bảo hiểm của mình, quý vị sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng (xem trang 22 và 82). Có 4 cách để thanh toán các hóa đơn phí bảo hiểm của quý vị:

- 1. Thanh toán trực tuyến bằng thẻ tín dụng, thẻ ghi nợ, tài khoản tiết kiệm hoặc tài khoản thanh toán.** Để thực hiện điều này, hãy đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov). Thanh toán trực tuyến là cách an toàn hơn và nhanh hơn để thực hiện thanh toán mà không cần gửi thông tin cá nhân của quý vị qua đường bưu điện. Quý vị sẽ nhận được một mã số xác nhận khi thực hiện thanh toán của mình.
- 2. Thanh toán trực tiếp từ tài khoản tiết kiệm hoặc tài khoản thanh toán của quý vị thông qua các dịch vụ Thanh toán Hóa đơn Trực tuyến do ngân hàng cung cấp.** Hãy hỏi ngân hàng của quý vị xem ngân hàng có cho phép khách hàng thanh toán hóa đơn trực tuyến hay không—không phải tất cả các ngân hàng đều cung cấp dịch vụ này và một số ngân hàng có thể tính phí. Ngân hàng sẽ cần các thông tin sau:
 - **Mã số Medicare của quý vị:** Điều quan trọng là quý vị **phải sử dụng mã số chính xác** trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương, mà không có dấu gạch ngang.
 - **Tên người nhận:** CMS Medicare Insurance
 - **Địa chỉ người nhận:**
Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355
- 3. Đăng ký dịch vụ Medicare Easy Pay.** Đây là một dịch vụ miễn phí tự động khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm vào tài khoản tiết kiệm hoặc tài khoản thanh toán của quý vị hàng tháng. Truy cập [Medicare.gov/medicare-easy-pay](https://www.Medicare.gov/medicare-easy-pay), hoặc gọi 1-800-MEDICARE để tìm hiểu cách đăng ký.
- 4. Gửi khoản thanh toán đến Medicare qua đường bưu điện.** Quý vị có thể thanh toán bằng séc, lệnh chuyển tiền, thẻ tín dụng, hoặc thẻ ghi nợ. Ghi mã số Medicare của quý vị cho khoản thanh toán, và điền vào phiếu thanh toán của mình. Gửi khoản thanh toán và phiếu thanh toán của quý vị qua đường bưu điện đến:

Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355

Nếu quý vị có thắc mắc về phí bảo hiểm của mình, hãy gọi số 1-800-MEDICARE hoặc truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Nếu quý vị cần thay đổi địa chỉ trên hóa đơn của mình, hãy gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0778.

Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ tiểu bang của mình để thanh toán phí bảo hiểm Phần A và Phần B thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare. Xem các trang 91–92.

MỤC 2

Tìm hiểu Medicare sẽ đài thọ những gì

Medicare đài thọ cho những dịch vụ nào?

Trong phần này, quý vị sẽ tìm thấy thông tin về các vật dụng, xét nghiệm và dịch vụ mà Original Medicare (Phần A và Phần B) chi trả tại bệnh viện, văn phòng bác sĩ và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận được tất cả các dịch vụ mà Medicare đài thọ có trong mục này nếu quý vị có cả Phần A và Phần B.

Nếu quý vị có Original Medicare, quý vị sẽ sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh để nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ. Thẻ Medicare của quý vị cho biết quý vị có Phần A (được ghi là BỆNH VIỆN), Phần B (được ghi là Y TẾ) hay cả hai, và ngày mà bảo hiểm của quý vị bắt đầu có hiệu lực.

Quan trọng!

Nếu quý vị tham gia một **Chương trình Medicare Advantage** hoặc một **Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare**, trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ sử dụng thẻ của chương trình để nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ.

Lưu ý: Nếu quý vị không hiện diện một cách hợp pháp ở Hoa Kỳ, Medicare sẽ không thanh toán cho các yêu cầu thanh toán thuộc Phần A và Phần B của quý vị và quý vị không thể tham gia vào Chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình thuốc Medicare.

Phần A đài thọ những gì?

Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) giúp đài thọ:

- Chăm sóc nội trú tại bệnh viện
- **Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn**
- Chăm sóc cuối đời
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà

Trang 26–29 liệt kê các dịch vụ phổ biến mà Phần A đài thọ và các nội dung mô tả chung.

Để biết thêm thông tin về các dịch vụ được Phần A đài thọ, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).



Chi phí & bảo hiểm: Tìm hiểu về những dịch vụ được đài thọ thông qua thiết bị di động của quý vị. Để tìm hiểu thông tin về bảo hiểm của Medicare, hãy tải xuống ứng dụng di động miễn phí “What’s covered” (“Những gì được đài thọ”) của Medicare trên điện thoại thông minh hoặc máy tính bảng của quý vị. “What’s covered” là ứng dụng có sẵn trong App Store và vào Google Play.

Tôi phải trả những gì cho các dịch vụ được Phần A đòi hỏi?

Các khoản **đồng thanh toán**, **đồng bảo hiểm**, hoặc **khoản khấu trừ** có thể sẽ được áp dụng cho từng dịch vụ được nêu ở các trang sau.

Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage hoặc có bảo hiểm khác (như Medigap, Medicaid, hay bảo hiểm của chủ lao động, nhóm hưu trí, hoặc công đoàn), thì các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, hay khoản khấu trừ của quý vị có thể sẽ khác. Để biết thêm thông tin về chi phí, hãy liên hệ với chương trình của quý vị hoặc truy cập

 [Medicare.gov/plan-compare.](https://www.Medicare.gov/plan-compare)

Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Các dịch vụ mà Phần A đòi hỏi

Máu

Nếu bệnh viện lấy máu miễn phí từ ngân hàng máu, thì quý vị sẽ không phải trả tiền để mua máu hoặc thay máu. Nếu bệnh viện phải mua máu cho quý vị, thì quý vị phải trả viện phí cho 3 đơn vị máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong một năm theo lịch, hoặc quý vị hoặc người khác có thể hiến máu.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Phần A và/hoặc Phần B đòi hỏi cho các quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà. Xem trang 44.

Chăm sóc cuối đời

Để đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, bác sĩ chăm sóc cuối đời và bác sĩ của quý vị (nếu quý vị có) phải xác nhận rằng quý vị đang bị bệnh nan y giai đoạn cuối, nghĩa là quý vị chỉ còn sống được thêm 6 tháng nữa hoặc ít hơn. Khi quý vị đồng ý nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, nghĩa là quý vị đồng ý nhận dịch vụ chăm sóc tạo sự thoải mái (chăm sóc giảm nhẹ) thay vì chăm sóc để chữa khỏi bệnh nan y giai đoạn cuối. Quý vị cũng sẽ phải ký vào một tuyên bố chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời thay vì các phương pháp điều trị khác được Medicare đòi hỏi cho bệnh nan y giai đoạn cuối và các bệnh trạng khác có liên quan của quý vị.

Bảo hiểm sẽ bao gồm:

- Tất cả các vật phẩm và dịch vụ cần thiết để giảm đau và kiểm soát triệu chứng
- Các dịch vụ xã hội, y tế, điều dưỡng
- Các loại thuốc để kiểm soát cơn đau và triệu chứng
- Thiết bị y tế lâu bền để giảm đau và kiểm soát triệu chứng
- Các dịch vụ giúp việc và nội trợ
- Các dịch vụ được đòi hỏi khác mà quý vị cần để kiểm soát cơn đau và các triệu chứng khác, cũng như tư vấn về mặt tinh thần và động viên an ủi cho quý vị và gia đình

Dịch vụ chăm sóc cuối đời được Medicare chúng nhận thường được cung cấp tại nhà của quý vị hoặc tại cơ sở khác nơi quý vị sống, chẳng hạn như viện dưỡng lão. Original Medicare sẽ vẫn thanh toán cho các quyền lợi được đòi hỏi cho bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không thuộc bệnh nan y giai đoạn cuối và các bệnh liên quan, nhưng cơ sở chăm sóc cuối đời sẽ phải đòi hỏi hầu hết các dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Medicare sẽ không chi trả cho tiền phòng và tiền ăn khi chăm sóc cho quý vị tại cơ sở đó trừ khi nhóm y tế chăm sóc cuối đời quyết định rằng quý vị cần được chăm sóc nội trú ngắn hạn để kiểm soát cơn đau và các triệu chứng khác. Dịch vụ chăm sóc này phải được thực hiện trong một cơ sở được Medicare phê duyệt, chẳng hạn như cơ sở chăm sóc cuối đời, bệnh viện, hoặc **cơ sở điều dưỡng chuyên môn** có hợp đồng với cơ sở chăm sóc cuối đời.

Medicare cũng đài thọ cho dịch vụ chăm sóc nghỉ ngơi nội trú, là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được trong một cơ sở được Medicare phê duyệt để người chăm sóc thường xuyên của quý vị (người thân hoặc bạn bè) có thể nghỉ ngơi. Quý vị có thể lưu trú lên đến 5 ngày mỗi lần quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc nghỉ ngơi.

Sau 6 tháng, quý vị vẫn có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời miễn là giám đốc y tế của cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ chăm sóc cuối đời tái xác nhận (tại một cuộc gặp mặt trực tiếp) rằng quý vị vẫn đang mắc bệnh nan y giai đoạn cuối.

Quý vị sẽ trả:

- Quý vị không phải chi trả cho dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Một khoản **đồng thanh toán** lên đến \$5 cho mỗi toa thuốc ngoại trú để giảm đau và kiểm soát triệu chứng.
- Năm phần trăm **số tiền được Medicare phê duyệt** cho dịch vụ chăm sóc nghỉ ngơi nội trú.

Original Medicare sẽ được lập hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị, ngay cả khi quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**. Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, Chương trình Medicare Advantage của quý vị vẫn có thể đài thọ cho các dịch vụ không thuộc bệnh giai đoạn cuối của quý vị hoặc bất kỳ bệnh lý nào nào liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Để biết thêm về dịch vụ chăm sóc cuối đời và tìm các nhà cung cấp được Medicare chấp thuận, hãy liên hệ với chương trình của quý vị hoặc truy cập [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare).

Chăm sóc nội trú tại bệnh viện

Medicare đài thọ cho các phòng ở chung hai bệnh nhân, các bữa ăn, dịch vụ điều dưỡng chung, các loại thuốc (bao gồm methadone để điều trị rối loạn sử dụng opioid), và các dịch vụ và vật tư khác tại bệnh viện trong quá trình điều trị nội trú của quý vị. Điều này bao gồm dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại các bệnh viện chăm sóc cấp tính, **bệnh viện tiếp cận nhanh, cơ sở phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn**, dịch vụ chăm sóc điều trị tâm thần trong các cơ sở điều trị tâm thần nội trú, và dịch vụ chăm sóc nội trú phục vụ cho nghiên cứu lâm sàng đủ điều kiện. Điều này không bao gồm dịch vụ điều dưỡng chăm sóc riêng, ti-vi hoặc điện thoại trong phòng của quý vị (nếu có phí riêng cho những vật dụng này), các vật dụng chăm sóc cá nhân (như dao cạo râu hoặc tất dép), hoặc phòng riêng, trừ khi **cần thiết về mặt y tế**.

Nếu quý vị cũng có Phần B, thì phần này thường đài thọ cho 80% số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ bác sĩ mà quý vị nhận được khi nằm viện.

Trong mỗi **giai đoạn quyền lợi**, quý vị phải trả:

- **Ngày 1–60** (mỗi ngày của mỗi giai đoạn quyền lợi): \$0 sau khi quý vị đáp ứng **khoản khấu trừ Phần A** của mình.
- **Ngày 61–90** (mỗi ngày của mỗi giai đoạn quyền lợi): Số tiền **đồng bảo hiểm** \$400 mỗi ngày.
- **Sau ngày 90** (mỗi ngày của mỗi giai đoạn quyền lợi): Số tiền đồng bảo hiểm \$800 mỗi ngày trong khi sử dụng 60 **ngày dự phòng trọn đời của quý vị**.

Sau khi quý vị sử dụng tất cả số ngày dự phòng trọn đời của mình, quý vị phải trả mọi chi phí.

Phần A chỉ chi trả cho tối đa 190 ngày chăm sóc nội trú tại bệnh viện tâm thần được cung cấp tại một bệnh viện tâm thần độc lập trong suốt cuộc đời của quý vị.

Lưu ý: Các bệnh viện hiện bắt buộc để bao gồm các khoản phí tiêu chuẩn cho tất cả các hạng mục và dịch vụ của họ (bao gồm các khoản phí tiêu chuẩn được thương lượng bởi các Chương trình Medicare Advantage) trên trang web công khai để giúp quý vị đưa ra những quyết định sáng suốt hơn về dịch vụ chăm sóc của mình.

Tôi là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú?

Việc quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú sẽ ảnh hưởng đến số tiền mà quý vị phải trả cho các dịch vụ bệnh viện và đến việc liệu quý vị có đủ điều kiện để nhận **dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn** Phần A hay không.

- Quý vị là bệnh nhân nội trú khi bệnh viện chính thức tiếp nhận quý vị theo chỉ định của bác sĩ.
- Quý vị là bệnh nhân ngoại trú nếu quý vị đang nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc theo dõi (có thể bao gồm việc ở lại bệnh viện qua đêm hoặc các dịch vụ tại phòng khám ngoại trú), xét nghiệm hoặc chụp X-quang mà không cần nhập viện nội trú chính thức (ngay cả khi quý vị nghỉ qua đêm trong bệnh viện).

Mỗi ngày quý vị phải nằm viện, quý vị hoặc người chăm sóc của quý vị phải luôn hỏi bệnh viện và/hoặc bác sĩ của quý vị, hoặc nhân viên xã hội của bệnh viện hoặc người trợ giúp bệnh nhân liệu quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú.

Quan trọng!

Đôi khi các bác sĩ sẽ vẫn để quý vị làm bệnh nhân ngoại trú, để nhận các dịch vụ theo dõi trong thời gian họ quyết định xem liệu sẽ tiếp nhận quý vị làm bệnh nhân nội trú hay trả quý vị về (xuất viện). Nếu quý vị đã được theo dõi hơn 24 giờ, quý vị phải nhận được “Thông báo Theo dõi Ngoại trú của Medicare” (còn được gọi là “MOON”). Thông báo này cho quý vị biết lý do vì sao quý vị là bệnh nhân ngoại trú (tại bệnh viện hoặc **bệnh viện tiếp cận nhanh**) đang nhận được các dịch vụ theo dõi, và nó ảnh hưởng như thế nào đến số tiền mà quý vị phải trả trong bệnh viện và cho dịch vụ chăm sóc sau khi quý vị rời viện.

Tổ chức tôn giáo chăm sóc sức khỏe phi y tế (chăm sóc nội trú)

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn tại các cơ sở này, Medicare sẽ chỉ đòi hỏi cho các vật phẩm và dịch vụ nội trú, phi tôn giáo, phi y tế như tiền phòng và tiền ăn, và các vật phẩm hoặc các dịch vụ không cần bác sĩ chỉ định hoặc kê toa (như băng vết thương không có thuốc hoặc việc sử dụng khung tập đi đơn giản). Medicare không đòi hỏi cho các hạng mục liên quan đến tôn giáo của loại hình chăm sóc này.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn

Medicare chỉ đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi bệnh nhân nội trú cần thiết về mặt y tế nằm viện tối thiểu 3 ngày* (không bao gồm ngày quý vị rời khỏi viện dưỡng lão) đối với bệnh tật hoặc chấn thương liên quan đến thời gian nằm viện. Medicare đòi hỏi cho các phòng ở chung hai bệnh nhân, các bữa ăn, các dịch vụ trị liệu và điều dưỡng chuyên môn, cũng như các dịch vụ và vật tư cần thiết về mặt y tế trong một **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**.

Để đủ điều kiện nhận bảo hiểm chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, bác sĩ của quý vị phải xác nhận rằng quý vị cần được nhận dịch vụ chăm sóc chuyên môn hàng ngày (như truyền dịch tĩnh mạch/thuốc hoặc vật lý trị liệu), dựa trên cơ sở thực tế là quý vị chỉ có thể nhận được các dịch vụ này khi là bệnh nhân nội trú của cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Medicare không đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc dài hạn phi y tế. Xem trang 56.

Quý vị có thể nhận được chăm sóc trị liệu hoặc điều dưỡng chuyên môn nếu điều đó cần thiết để cải thiện hoặc duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với việc xuất viện của mình, quý vị có thể kháng nghị. Ví dụ: nếu quý vị được xuất viện chỉ vì tình trạng không cải thiện, nhưng quý vị vẫn cần được chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc trị liệu để đảm bảo tình trạng bệnh của mình không trở nên tồi tệ hơn, thì quý vị có thể kháng nghị.

Trong mỗi **giai đoạn quyền lợi, quý vị phải trả:**

- **Ngày 1-20:** \$0 tiền **đồng thanh toán**. **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có thể bị tính các khoản đồng thanh toán trong 20 ngày đầu tiên.
- **Ngày 21-100:** \$200 khoản tiền đồng thanh toán mỗi ngày.
- **Từ ngày 101 trở đi:** Quý vị chi trả toàn bộ chi phí.

***Lưu ý:** Quý vị có thể không cần đến thời gian nằm viện nội trú tối thiểu 3 ngày nếu bác sĩ của quý vị tham gia vào một **Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm (ACO)** hoặc một tổ chức tham gia vào một loại hình sáng kiến Medicare khác được chấp thuận áp dụng Điều khoản Miễn trừ Quy tắc 3 Ngày cho Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tham gia ACO (trang 110–111), hãy kiểm tra với họ để biết những quyền lợi có thể có. Các Chương trình Medicare Advantage cũng có thể miễn tối thiểu 3 ngày. Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Phần B đòi hỏi những gì?

Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế) giúp đòi hỏi cho các dịch vụ bác sĩ, chăm sóc ngoại trú, dịch vụ sức khỏe tại nhà, thiết bị y tế lâu bền, dịch vụ sức khỏe tâm thần, và các dịch vụ y tế khác **cần thiết về mặt y tế**. Phần B cũng đòi hỏi cho nhiều **dịch vụ phòng ngừa**. Hãy xem các trang 30–55 để biết danh sách các dịch vụ thông thường mà Phần B đòi hỏi và các nội dung mô tả chung. Medicare có thể đòi hỏi cho một số dịch vụ và xét nghiệm một cách thường xuyên hơn so với khung thời gian quy định nếu cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng bệnh. Để tìm hiểu xem Medicare có đòi hỏi cho một dịch vụ không có trong danh sách này hay không hoặc để biết thêm về các dịch vụ được đòi hỏi Phần B, hãy truy cập



[Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

Hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tôi phải trả những khoản nào cho các dịch vụ mà Phần B đòi hỏi?

Danh sách các dịch vụ được đòi hỏi (theo thứ tự bảng chữ cái ở các trang sau) sẽ cung cấp thông tin chung về những khoản mà quý vị phải trả nếu quý vị có Original Medicare và thăm khám với các bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** xem các trang 59–60). Quý vị sẽ phải trả nhiều hơn nếu quý vị thăm khám với các bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp. **Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage hoặc có bảo hiểm khác (như Medigap, Medicaid, hay bảo hiểm của chủ lao động, nhóm hưu trí, hoặc công đoàn), thì các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, hay khoản khấu trừ của quý vị có thể sẽ khác.** Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Theo Original Medicare, nếu khoản khấu trừ Phần B được áp dụng, thì quý vị sẽ phải trả mọi chi phí (tối đa bằng **số tiền được Medicare phê duyệt**) cho đến khi quý vị trả hết khoản khấu trừ Phần B hàng năm. Sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình, Medicare sẽ thanh toán phần của mình và quý vị thường thanh toán 20% số tiền được Medicare chấp thuận (nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận chỉ định). **Không có giới hạn hàng năm đối với số tiền quý vị tự trả nếu quý vị có Original Medicare.** Có thể có những hạn mức về chi phí quý vị chi trả thông qua bảo hiểm bổ sung mà quý vị có thể có, như Medigap, Medicaid, hoặc bảo hiểm của chủ lao động, nhóm hưu trí hoặc công đoàn.

Quý vị không phải trả gì cho hầu hết các dịch vụ phòng ngừa được đòi hỏi nếu quý vị nhận các dịch vụ này từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác mà chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp. Tuy nhiên, đối với một số dịch vụ phòng ngừa, quý vị có thể phải trả khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, hoặc cả hai. Các chi phí này cũng có thể được áp dụng nếu quý vị nhận một dịch vụ phòng ngừa trong cùng một lần thăm khám dưới dạng một dịch vụ không phòng ngừa.

Các dịch vụ mà Phần B đài thọ

Biểu tượng quả táo này  bên cạnh các **dịch vụ phòng ngừa** trên các trang 30–55.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc phình động mạch chủ ở bụng

Medicare đài thọ cho một lần siêu âm sàng lọc phình động mạch chủ ở bụng nếu quý vị có nguy cơ (chỉ khi có **giới thiệu** từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác của quý vị). Nếu gia đình quý vị có tiền sử bị bệnh phình động mạch chủ bụng, hoặc quý vị là đàn ông ở độ tuổi từ 65-75 và đã hút ít nhất 100 điều thuốc trong suốt quãng đời vừa qua, thì quý vị được xem là có nguy cơ. Quý vị không phải trả gì cho việc sàng lọc nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Châm cứu

Medicare chỉ chi trả cho dịch vụ châm cứu (kể cả châm kim khô) cho chứng đau thắt lưng mạn tính. Medicare đài thọ lên đến 12 lần khám châm cứu trong 90 ngày đối với bệnh đau lưng dưới mạn tính được định nghĩa là:

- Kéo dài từ 12 tuần trở lên
- Không có nguyên nhân có thể xác định được (ví dụ: không phải là bệnh có thể xác định được như ung thư đã lan rộng hoặc bệnh truyền nhiễm hoặc viêm nhiễm)
- Tình trạng đau không liên quan đến phẫu thuật hoặc đang mang thai

Medicare sẽ đài thọ thêm 8 buổi nếu quý vị có tiến triển về sức khỏe. Quý vị có thể nhận được tối đa 20 lần điều trị châm cứu trong khoảng thời gian 12 tháng. **Khoản khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** của Phần B sẽ áp dụng. Nếu quý vị không có dấu hiệu cải thiện, Medicare sẽ không chi trả cho 8 phương pháp điều trị bổ sung.

Không phải tất cả các nhà cung cấp dịch vụ đều có thể châm cứu và Medicare không thể chi trả trực tiếp cho các nhà châm cứu có giấy phép cho các dịch vụ của họ.

Lập kế hoạch chăm sóc nâng cao

Medicare đài thọ cho việc lập kế hoạch chăm sóc trước tự nguyện nằm trong buổi khám “Sức khỏe” hàng năm của quý vị (xem các trang 54–55). Đây là kế hoạch chăm sóc mà quý vị sẽ nhận được khi quý vị cần trợ giúp đưa ra quyết định cho chính mình. Là một phần của kế hoạch chăm sóc trước, quý vị có thể chọn hoàn thành chỉ thị trước. Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng ghi lại mong muốn của quý vị về việc điều trị y tế trong tương lai, trong trường hợp quý vị mất khả năng đưa ra quyết định cho các dịch vụ chăm sóc của mình. Quý vị có thể trao đổi về chỉ thị trước với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, và họ có thể giúp quý vị điền vào các biểu mẫu, nếu quý vị muốn.

Hãy cân nhắc kỹ lưỡng về người mà quý vị muốn đại diện cho mình và chỉ dẫn mà quý vị muốn đưa ra. Quý vị có quyền thực hiện các kế hoạch của mình theo lựa chọn của mình mà không bị phân biệt đối xử dựa trên tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật của quý vị. Quý vị có thể cập nhật chỉ thị trước của mình bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ không phải trả tiền nếu việc lập kế hoạch này nằm trong buổi khám “Sức khỏe” hàng năm và bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Medicare cũng có thể đòi hỏi dịch vụ này nếu nó nằm trong quá trình điều trị y tế của quý vị. Khi việc lập kế hoạch chăm sóc trước không nằm trong buổi khám “Sức khỏe” hàng năm của quý vị, thì **khoản khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** Phần B sẽ được áp dụng.

Quý vị cần trợ giúp đối với chi thị trước của mình? Truy cập công cụ Tìm Kiếm Thông Tin Chăm Sóc Tuổi Già (Eldercare Locator) tại eldercare.acl.gov để tìm sự trợ giúp trong cộng đồng của quý vị.



Dịch vụ phòng ngừa

Khám sàng lọc & tư vấn về lạm dụng rượu bia

Medicare chi trả cho việc sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn (bao gồm cả những người đang mang thai) sử dụng rượu nhưng không đáp ứng các tiêu chí y tế về nghiện rượu. Nếu **bác sĩ chăm sóc chính** hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị xác định rằng quý vị đang lạm dụng rượu bia, thì quý vị có thể nhận được tối đa 4 buổi tư vấn ngắn trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị có đầy đủ năng lực tự quyết và tỉnh táo trong khi nhận tư vấn). Quý vị sẽ nhận dịch vụ tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính, như phòng khám bác sĩ. Quý vị không phải chi trả gì nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Dịch vụ xe cứu thương

Medicare chi trả cho việc vận chuyển bằng xe cứu thương trên mặt đất đến bệnh viện, **bệnh viện tiếp cận quan trọng**, bệnh viện cấp cứu ở nông thôn hoặc **cơ sở điều dưỡng chuyên môn** cho các dịch vụ **cần thiết về mặt y tế** khi di chuyển bằng bất kỳ phương tiện nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Medicare có thể chi trả cho dịch vụ vận chuyển cứu thương khẩn cấp bằng máy bay hoặc trực thăng nếu quý vị cần đến dịch vụ vận chuyển cứu thương nhanh chóng và tức thời mà phương tiện vận chuyển mặt đất không thể thực hiện được.

Trong một số trường hợp, Medicare có thể chi trả cho một số ít dịch vụ vận chuyển cứu thương phi cấp cứu, cần thiết về mặt y tế nếu quý vị có y lệnh bằng văn bản của bác sĩ nêu rõ rằng việc vận chuyển cứu thương là cần thiết về mặt y tế. Ví dụ, một người mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) có thể cần đến dịch vụ vận chuyển cứu thương cần thiết về mặt y tế để tới cơ sở cung cấp dịch vụ lọc máu.

Medicare sẽ chỉ đòi hỏi các dịch vụ cứu thương đến cơ sở y tế thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Quý vị trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt**. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú

Medicare chi trả các khoản phí dịch vụ của cơ sở liên quan đến các thủ thuật phẫu thuật đã được phê duyệt được thực hiện tại một trung tâm phẫu thuật lưu động (cơ sở ngoại trú thực hiện các thủ thuật phẫu thuật và bệnh nhân sẽ được xuất viện trong vòng 24 giờ). Ngoại trừ một số **dịch vụ phòng ngừa** nhất định (mà quý vị sẽ không phải trả tiền nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp), quý vị phải trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho cả trung tâm phẫu thuật ngoại trú lẫn bác sĩ điều trị cho quý vị. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Quý vị sẽ phải trả tất cả các loại phí dịch vụ tại cơ sở cho các thủ thuật mà Medicare không đòi hỏi tại các trung tâm phẫu thuật ngoại trú.



Chi phí & bảo hiểm: Để nhận chi phí ước tính cho các thủ thuật ngoại trú tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú, truy cập



[Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://www.Medicare.gov/procedure-price-lookup).

Phẫu thuật dạ dày chống béo phì

Medicare chi trả cho một số thủ thuật phẫu thuật dạ dày chống béo phì, chẳng hạn như phẫu thuật bắc cầu dạ dày và phẫu thuật thắt dạ dày bằng nội soi, khi quý vị gặp các tình trạng bệnh lý nhất định liên quan đến bệnh béo phì. Để biết thông tin về chi phí, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery](https://www.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery).

Các dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi

Nếu quý vị bị mắc các tình trạng sức khỏe hành vi (như trầm cảm, lo âu, hay một tình trạng sức khỏe tâm thần khác), Medicare có thể chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để giúp kiểm soát tình trạng đó. Một số nhà cung cấp dịch vụ quản lý các tình trạng sức khỏe hành vi có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc tích hợp, như Mô hình Chăm sóc Phối hợp Tâm thần. Mô hình này là một tập hợp các dịch vụ sức khỏe hành vi tích hợp, bao gồm dịch vụ hỗ trợ quản lý chăm sóc, có thể gồm:

- Lập kế hoạch chăm sóc các tình trạng sức khỏe hành vi
- Đánh giá liên tục về tình trạng của quý vị
- Hỗ trợ thuốc
- Tư vấn
- Điều trị khác mà nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đề xuất

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ đề nghị quý vị ký một thỏa thuận để quý vị nhận các dịch vụ này hàng tháng. **Khoản khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** Phần B của quý vị sẽ được áp dụng cho phí dịch vụ hàng tháng.

Máu

Nếu nhà cung cấp dịch vụ lấy máu miễn phí từ ngân hàng máu, thì quý vị sẽ không phải trả tiền để mua máu hoặc thay máu. Tuy nhiên, quý vị sẽ phải trả một khoản **đồng thanh toán** cho các dịch vụ xử lý và bảo quản máu cho mỗi đơn vị máu mà quý vị nhận được. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Nếu nhà cung cấp dịch vụ phải mua máu cho quý vị, thì quý vị phải trả phí cho 3 đơn vị máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong một năm theo lịch, hoặc quý vị hoặc người khác có thể hiến máu.



Dịch vụ phòng ngừa

Đo khối lượng xương

Xét nghiệm này giúp xác định liệu quý vị có nguy cơ bị gãy xương hay không. Medicare đài thọ cho dịch vụ này 24 tháng một lần (thường xuyên hơn nếu **cần thiết về mặt y tế**) cho những người mắc một số bệnh lý y tế nhất định hoặc đáp ứng các tiêu chí nhất định. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Điều trị phục hồi chức năng tim

Medicare đài thọ cho các chương trình toàn diện bao gồm việc tập thể dục, giáo dục, và tư vấn nếu quý vị có ít nhất một trong các bệnh lý sau:

- Bị một cơn đau tim trong vòng 12 tháng qua
- Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành
- Đau thắt ngực ổn định hiện tại (đau ngực)
- Sửa chữa hoặc thay thế van tim
- Tạo hình mạch vành (một thủ thuật y tế được sử dụng để mở một động mạch bị tắc nghẽn) hoặc đặt stent mạch vành (một thủ thuật được sử dụng để giữ cho động mạch mở)
- Cấy ghép tim hoặc tim-phổi
- Suy tim mãn tính ổn định

Medicare chi trả cho các chương trình phục hồi chức năng tim thường xuyên và chuyên sâu. Medicare đài thọ cho các dịch vụ tại phòng khám bác sĩ hoặc cơ sở ngoại trú của bệnh viện. Quý vị sẽ phải trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** nếu quý vị nhận các dịch vụ tại phòng khám bác sĩ, và một khoản **đồng thanh toán** nếu tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Trị liệu hành vi hỗ trợ bệnh tim mạch

Medicare đài thọ cho một chuyến thăm khám trị liệu hành vi hỗ trợ bệnh tim mạch một lần mỗi năm với **bác sĩ chăm sóc chính** hoặc chuyên gia chăm sóc chính đủ điều kiện khác của quý vị trong một cơ sở chăm sóc chính (như văn phòng bác sĩ) để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần thăm khám đó, bác sĩ có thể trao đổi về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị, và đưa ra các lời khuyên giúp quý vị ăn uống điều độ. Quý vị không phải chi trả gì nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc bệnh tim mạch

Các buổi khám sàng lọc này bao gồm xét nghiệm máu để kiểm tra mức cholesterol, lipid và triglycerid giúp phát hiện các tình trạng bệnh lý có thể dẫn đến đau tim hoặc đột quỵ. Medicare đài thọ các xét nghiệm máu để sàng lọc này 5 năm một lần. Quý vị không phải trả gì cho các xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.



Dịch vụ phòng ngừa

Dịch vụ phòng ngừa Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung & âm đạo

Medicare đài thọ cho các xét nghiệm Pap và khám vùng chậu để kiểm tra phát hiện ung thư cổ tử cung và âm đạo. Là một phần của khám phụ khoa, Medicare cũng đài thọ cho khám vú lâm sàng để kiểm tra ung thư vú. Medicare đài thọ cho các xét nghiệm sàng lọc này 24 tháng một lần trong hầu hết các trường hợp. Medicare đài thọ cho các xét nghiệm sàng lọc này 12 tháng một lần nếu quý vị có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung hoặc ung thư âm đạo, hoặc nếu quý vị đang trong độ tuổi sinh đẻ và có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong 36 tháng qua.

Medicare cũng đài thọ cho các xét nghiệm Virus Gây U nhú ở người (Human Papillomavirus, hay HPV) (như một phần của xét nghiệm Pap) 5 năm một lần nếu quý vị từ 30-65 tuổi mà không có các triệu chứng HPV.

Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm Pap, xét nghiệm HPV kèm xét nghiệm Pap, việc lấy mẫu xét nghiệm Pap, và các lần khám vùng chậu và khám vú nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Hóa trị liệu

Medicare đài thọ cho việc hóa trị liệu tại phòng khám bác sĩ, các phòng khám độc lập, hoặc cơ sở ngoại trú của bệnh viện nếu quý vị bị ung thư. Quý vị sẽ trả một khoản **đồng thanh toán** cho việc hóa trị liệu tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện.

Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho việc hóa trị liệu tại phòng khám bác sĩ hoặc các phòng khám độc lập. **Khoản khấu trừ** Phần B sẽ được áp dụng.

Để biết về việc hóa trị liệu nội trú tại bệnh viện được đài thọ theo Phần A, hãy Đi phần Chăm sóc nội trú tại bệnh viện ở các trang 27–28.

Dịch vụ chỉnh nắn xương

Dịch vụ duy nhất do bác sĩ chỉnh hình chỉ định mà Medicare chi trả là thao tác cột sống để điều chỉnh tình trạng trật khớp (khi các khớp cột sống không cử động bình thường nhưng phần tiếp xúc giữa các khớp vẫn còn nguyên vẹn). Quý vị trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Dịch vụ quản lý chăm sóc bệnh mạn tính

Nếu quý vị mắc 2 bệnh mạn tính nghiêm trọng trở lên (như viêm khớp và tiểu đường) mà quý vị dự kiến sẽ kéo dài ít nhất một năm, Medicare có thể chi trả cho dịch vụ trợ giúp của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để kiểm soát các bệnh đó. Điều này bao gồm một kế hoạch chăm sóc toàn diện liệt kê các vấn đề và mục tiêu sức khỏe của quý vị, các nhà cung cấp dịch vụ khác, các loại thuốc, các dịch vụ cộng đồng mà quý vị có và cần, và các thông tin sức khỏe khác. Nó cũng sẽ giải thích về dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần và cách thức chương trình sẽ được điều phối.

Nếu quý vị đồng ý sử dụng dịch vụ này, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ chuẩn bị kế hoạch chăm sóc cho quý vị và người chăm sóc của quý vị, giúp quý vị quản lý thuốc men, cung cấp quyền tiếp cận 24/7 cho các nhu cầu quản lý chăm sóc khẩn cấp, hỗ trợ quý vị khi quý vị chuyển từ cơ sở chăm sóc sức khỏe này sang cơ sở chăm sóc sức khỏe khác, và trợ giúp quý vị trong các nhu cầu chăm sóc bệnh mạn tính khác.

Quý vị sẽ phải trả một khoản phí hàng tháng, và khoản khấu trừ Phần B và **đồng bảo hiểm** sẽ được áp dụng. Nếu quý vị có bảo hiểm bổ sung, bao gồm cả **Medicaid**, nó có thể giúp trang trải phí hàng tháng.

Mới! Dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính

Medicare đài thọ các dịch vụ hàng tháng cho những người bị đau mạn tính (đau dai dẳng hoặc tái phát kéo dài hơn 3 tháng). Các dịch vụ có thể bao gồm đánh giá cơn đau, quản lý thuốc, điều phối và lập kế hoạch chăm sóc. Khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm của Phần B sẽ áp dụng.

Các nghiên cứu lâm sàng

Các nghiên cứu lâm sàng kiểm tra mức độ hiệu quả của các loại hình chăm sóc y tế khác nhau và xem liệu chúng có an toàn hay không, chẳng hạn như mức độ hiệu quả của thuốc điều trị ung thư. Medicare đài thọ cho một số chi phí, như thăm khám và xét nghiệm tại phòng khám, trong một số nghiên cứu lâm sàng đủ điều kiện. Quý vị có thể trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận, tùy thuộc vào phương pháp điều trị mà quý vị nhận được. Khoản khấu trừ Phần B có thể sẽ được áp dụng.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, Original Medicare có thể đài thọ cho một số chi phí cùng với Chương trình Medicare Advantage của quý vị. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết thông tin chi tiết.

Các dịch vụ đánh giá nhận thức & chương trình chăm sóc

Khi quý vị thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ của mình (bao gồm cả lần khám “Sức khỏe” hàng năm của quý vị), họ có thể thực hiện đánh giá nhận thức để tìm các dấu hiệu của chứng mất trí, bao gồm cả bệnh Alzheimer. Các dấu hiệu của suy giảm nhận thức bao gồm khó ghi nhớ, học những điều mới, tập trung, quản lý tài chính hoặc đưa ra quyết định về cuộc sống hàng ngày của quý vị. Các tình trạng bệnh lý như trầm cảm, lo âu và mê sảng cũng có thể gây ra nhầm lẫn, vì vậy điều quan trọng là phải hiểu lý do tại sao quý vị có thể có các triệu chứng.

Medicare chi trả cho một lần thăm khám riêng với bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe để xem xét toàn diện chức năng nhận thức của quý vị, đưa ra hoặc xác nhận chẩn đoán như chứng mất trí nhớ hoặc bệnh Alzheimer và phát triển một kế hoạch chăm sóc. Quý vị có thể đi cùng ai đó, chẳng hạn như vợ/chồng, bạn bè hoặc người chăm sóc, để hỗ trợ cung cấp thông tin và trả lời các câu hỏi.

Trong lần thăm khám này, bác sĩ hoặc chuyên viên hành nghề chăm sóc sức khỏe có thể:

- Tiến hành kiểm tra, nói chuyện với quý vị về tiền sử bệnh của quý vị và xem xét các loại thuốc của quý vị.
- Xác định các hỗ trợ xã hội của quý vị bao gồm cả dịch vụ chăm sóc mà người chăm sóc thông thường của quý vị có thể cung cấp.
- Lập một kế hoạch chăm sóc để giúp giải quyết và kiểm soát các triệu chứng của quý vị.
- Giúp quý vị phát triển hoặc cập nhật kế hoạch chăm sóc trước đó của quý vị. Xem trang 30-31.
- Giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa, nếu cần.
- Giúp quý vị hiểu thêm về các nguồn trợ giúp của cộng đồng, như các dịch vụ phục hồi chức năng, các chương trình chăm sóc sức khỏe ban ngày dành cho người lớn và các nhóm hỗ trợ.

Khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm của Phần B sẽ áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Tầm soát ung thư đại trực tràng

Medicare đòi hỏi cho các lần sàng lọc này để giúp tìm ra các tăng sinh tiền ung thư hoặc phát hiện ung thư sớm, khi việc điều trị có hiệu quả cao nhất. Medicare có thể đòi hỏi một hoặc nhiều xét nghiệm sàng lọc sau:

- **Chụp X-quang bằng thuốc thực bari:** Medicare đòi hỏi cho xét nghiệm này thường là 48 tháng một lần nếu quý vị từ 45 tuổi trở lên (người có nguy cơ cao là 24 tháng một lần) khi bác sĩ của quý vị sử dụng xét nghiệm này thay cho phương pháp nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma linh hoạt. Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các dịch vụ bác sĩ. Tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện, quý vị cũng phải trả cho bệnh viện một khoản **đồng thanh toán**. Khoản khấu trừ Phần B sẽ không được áp dụng.

Truy cập [Medicare.gov/coverage/barium-enemas](https://www.medicare.gov/coverage/barium-enemas) để biết thêm thông tin.

- **Nội soi đại tràng Sàng lọc:** Medicare đòi hỏi xét nghiệm sàng lọc này 120 tháng một lần (hoặc 24 tháng một lần nếu quý vị có nguy cơ cao) hoặc 48 tháng sau một lần nội soi đại tràng sigma linh hoạt trước đó. Không quy định độ tuổi tối thiểu. Nếu ban đầu quý vị có xét nghiệm sàng lọc dựa trên phân không xâm lấn (xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân hoặc xét nghiệm DNA đa mục tiêu trong phân) và nhận được kết quả dương tính, thì Medicare cũng chi trả cho nội soi đại tràng tiếp theo như một xét nghiệm sàng lọc. Quý vị không phải trả gì cho (các) xét nghiệm sàng lọc này nếu bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.
- **Nội soi hậu môn và tràng sigma:** Medicare đòi hỏi cho xét nghiệm này 48 tháng một lần nếu quý vị từ 45 tuổi trở lên, hoặc 120 tháng sau lần nội soi đại tràng sàng lọc trước đó nếu quý vị không có nguy cơ cao. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Nếu bác sĩ của quý vị phát hiện và loại bỏ một polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi hoặc soi đại tràng sigma linh hoạt, quý vị phải trả 15% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các dịch vụ của bác sĩ. Tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện, quý vị cũng phải trả cho bệnh viện một khoản 15% tiền **đồng bảo hiểm. Khoản khấu trừ** Phần B sẽ không được áp dụng.

- **Xét nghiệm máu ẩn trong phân:** Medicare đài thọ cho xét nghiệm sàng lọc này 12 tháng một lần nếu quý vị từ 45 tuổi trở lên. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.
- **Xét nghiệm DNA phân đa mục tiêu và dấu ấn sinh học dựa trên máu:** Medicare chi trả các xét nghiệm sàng lọc này 3 năm một lần nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
 - Quý vị từ 45-85 tuổi.
 - Quý vị không có triệu chứng mắc bệnh đại trực tràng bao gồm, nhưng không chỉ gồm, đau đường tiêu hóa dưới, có máu trong phân, xét nghiệm máu ẩn trong phân guaiac hoặc xét nghiệm hóa miễn dịch phân dương tính.
 - Quý vị có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng ở mức trung bình, nghĩa là:
 - Quý vị không có tiền sử cá nhân mắc polyp tuyến, ung thư đại trực tràng, bệnh viêm ruột, bao gồm Bệnh Crohn và viêm loét đại tràng.
 - Quý vị không có tiền sử gia đình mắc ung thư đại trực tràng hoặc polyp tuyến, đa polyp tuyến gia đình, hoặc ung thư đại trực tràng không đa polyp di truyền.

Xét nghiệm DNA phân đa mục tiêu là xét nghiệm tại nhà. Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu được tiến hành trong phòng thí nghiệm. Quý vị không phải trả gì cho các xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Thiết bị, phụ kiện và liệu pháp Áp lực Đường thở Dương Liên tục (CPAP)

Medicare có thể đài thọ 3 tháng dùng thử liệu pháp CPAP (bao gồm cả thiết bị và phụ kiện) nếu quý vị được chẩn đoán mắc chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Sau thời gian dùng thử, Medicare có thể tiếp tục chi trả cho liệu pháp CPAP, thiết bị và phụ kiện nếu quý vị gặp trực tiếp bác sĩ của mình, và bác sĩ ghi vào hồ sơ y tế của quý vị là quý vị đang gặp phải một số tình trạng bệnh lý nhất định và liệu pháp này đang giúp ích cho quý vị.

Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho việc thuê máy móc và mua các vật tư liên quan (như mặt nạ và ống dẫn). Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Medicare sẽ chi trả tiền thuê máy cho nhà cung cấp trong 13 tháng nếu quý vị sử dụng máy liên tục không ngắt quãng. Sau khi quý vị thuê máy trong vòng 13 tháng, thì quý vị sẽ sở hữu nó.

Lưu ý: Medicare có thể đài thọ cho tiền thuê hoặc thay thế máy CPAP và/hoặc các phụ kiện CPAP nếu quý vị đã có máy CPAP trước khi nhận được bảo hiểm Medicare, và quý vị đáp ứng các yêu cầu nhất định.



Dịch vụ phòng ngừa

Tư vấn phòng ngừa sử dụng thuốc lá & các bệnh do thuốc lá gây ra

Medicare sẽ chi trả tối đa 8 lần thăm khám gặp gỡ trực tiếp trong khoảng thời gian 12 tháng nếu quý vị hút thuốc. Quý vị không phải trả gì cho các buổi tư vấn này nếu bác sĩ hoặc chuyên viên hành nghề chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

COVID-19 (Dịch bệnh Coronavirus 2019)

Nhiều người có Medicare có nguy cơ mắc bệnh nặng do COVID-19 cao hơn, vì vậy điều quan trọng là phải thực hiện các bước cần thiết để giữ an toàn cho bản thân và những người khác.

Medicare đòi hỏi một số xét nghiệm, vật phẩm và dịch vụ liên quan đến COVID-19. Nói chuyện với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để tìm ra điều phù hợp với quý vị:



Dịch vụ phòng ngừa

Các loại vắc-xin Phòng ngừa COVID-19:

- Vắc xin được FDA phê duyệt và cấp phép giúp giảm nguy cơ mắc bệnh do COVID-19 bằng cách làm việc với hệ thống phòng thủ tự nhiên của cơ thể để phát triển khả năng miễn dịch (bảo vệ) chống lại vi-rút một cách an toàn.
- Quý vị không phải trả tiền cho vắc xin COVID-19.
- Hãy nhớ mang theo thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương khi quý vị đi chủng ngừa để nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nhà thuốc có thể lập hóa đơn cho Medicare. Nếu quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị phải sử dụng thẻ từ chương trình của mình để nhận các dịch vụ được Medicare đòi hỏi và giống như các dịch vụ được đòi hỏi khác, chương trình của quý vị có thể yêu cầu quý vị tiêm vắc-xin từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ không phải trả tiền khi tiêm vắc-xin từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

Các xét nghiệm chẩn đoán:

- Các xét nghiệm được FDA phê duyệt này sẽ kiểm tra xem quý vị có bị nhiễm COVID-19 hay không.
- Quý vị không phải trả gì khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu xét nghiệm này và xét nghiệm được thực hiện bởi phòng thí nghiệm (bao gồm tại nhà thuốc, phòng khám hoặc văn phòng bác sĩ) hoặc bệnh viện **nhận Medicare**. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ không phải trả tiền khi nhận xét nghiệm này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

Các sản phẩm và phương pháp điều trị bằng kháng thể đơn dòng:

- Các phương pháp điều trị được FDA phê duyệt này có thể giúp chống lại căn bệnh này và giúp quý vị không phải đến bệnh viện, nếu quý vị có kết quả dương tính với COVID-19 và có các triệu chứng từ nhẹ đến trung bình.
- Quý vị không phải trả gì cho việc điều trị này khi quý vị nhận được sự điều trị từ nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung cấp của Medicare. Quý vị phải đáp ứng các điều kiện nhất định để đủ điều kiện. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ không phải trả tiền khi nhận những sự điều trị này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Original Medicare sẽ chi trả cho các phương pháp điều trị bằng kháng thể đơn dòng nếu quý vị có các triệu chứng của COVID-19.

Lưu ý: Một số sản phẩm kháng thể đơn dòng có thể bảo vệ quý vị trước khi quý vị phơi nhiễm với COVID-19. Nếu quý vị có Phần B và bác sĩ của quý vị quyết định loại sản phẩm này có thể phù hợp với quý vị (chẳng hạn như nếu quý vị có hệ thống miễn dịch yếu), quý vị sẽ không phải thanh toán cho sản phẩm khi quý vị nhận được sản phẩm đó từ nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung cấp Medicare.

Nhận thêm thông tin

- Tìm hiểu thêm về các dịch vụ được đòi hỏi này tại [Medicare.gov/medicare-coronavirus](https://www.medicare.gov/medicare-coronavirus).
- Để biết thêm về COVID-19, hãy truy cập [CDC.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus).

Máy khử rung tim

Medicare có thể đài thọ máy khử rung tim tự động được cấy dưới da nếu quý vị được chẩn đoán mắc bệnh suy tim. Nếu phẫu thuật diễn ra trong cơ sở ngoại trú, quý vị phải trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho các dịch vụ của bác sĩ. Quý vị cũng phải trả một khoản đồng thanh toán. Trong hầu hết các trường hợp, khoản đồng thanh toán không thể nhiều hơn khoản khấu trừ tiền nằm viện Phần A. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Phần A đài thọ cho các phẫu thuật để cấy ghép máy khử rung tim nội trú tại bệnh viện. Xem phần chăm sóc nội trú tại bệnh viện ở các trang 27–28.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc trầm cảm

Medicare đài thọ một lần khám sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Việc khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính (như phòng khám bác sĩ) mà có thể cung cấp dịch vụ điều trị hậu khám và/hoặc giới thiệu. Quý vị không phải trả gì cho việc khám sàng lọc này nếu bác sĩ của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị biết đang gặp khó khăn hoặc gặp khủng hoảng và muốn nói chuyện với một cố vấn khủng hoảng được đào tạo, **hãy gọi hoặc nhắn tin tới 988**, Đường dây nóng Tự tử & Khủng hoảng miễn phí và bảo mật. Quý vị cũng có thể kết nối với cố vấn viên thông qua trò chuyện trên web tại [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org).



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc tiểu đường

Medicare đài thọ cho tối đa 2 lần kiểm tra đường huyết (có và không có xét nghiệm chuyển hóa carbohydrate) mỗi năm nếu bác sĩ xác định quý vị có nguy cơ mắc bệnh tiểu đường. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.



Dịch vụ phòng ngừa

Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường

Medicare đài thọ cho chương trình đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường ngoại trú để dạy quý vị ứng phó và kiểm soát bệnh tiểu đường của mình. Chương trình có thể bao gồm các lời khuyên giúp ăn uống lành mạnh, chăm hoạt động, theo dõi đường huyết, dùng thuốc theo đơn, và giảm thiểu nguy cơ. Quý vị phải được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường và có chỉ định bằng văn bản của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Một số bệnh nhân cũng có thể đủ điều kiện để nhận được đào tạo về liệu pháp dinh dưỡng y tế (xem trang 46). Quý vị trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Thiết bị & vật tư cho bệnh nhân tiểu đường & giày trị liệu

Medicare chi trả cho các máy đo và máy theo dõi đường huyết liên tục để đo lượng đường huyết và các vật tư liên quan, bao gồm que thử, lưỡi trích, giá đỡ lưỡi trích, cảm biến và các giải pháp kiểm soát. Medicare cũng đài thọ cho ống dẫn, bộ chèn và insulin cho bệnh nhân sử dụng máy bơm insulin, và cảm biến đối, bộ truyền và bộ tiếp nhận với những bệnh nhân sử dụng máy theo dõi đường huyết liên tục. Ngoài ra, Medicare còn đài thọ cho một đôi giày đế sâu hoặc tùy chỉnh và lót giày mỗi năm cho những người mắc các vấn đề về chân liên quan đến bệnh tiểu đường.

Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** nếu nhà cung cấp vật tư của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng.

Quan trọng!

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) có thể đài thọ cho insulin dạng chích, một số vật tư y tế nhất định được sử dụng để tiêm insulin (như ống tiêm), máy bơm dùng một lần, và một số loại thuốc uống điều trị tiểu đường. Hãy liên hệ với chương trình bảo hiểm của quý vị để biết thêm thông tin. Chi phí cung cấp insulin trong một tháng được giới hạn ở mức \$35. Xem trang 88. (Các giới hạn chi phí tương tự áp dụng cho insulin truyền thống được sử dụng trong máy bơm insulin được đài thọ theo Phần B).

Các dịch vụ của bác sĩ & các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Medicare đài thọ các dịch vụ bác sĩ **cần thiết về mặt y tế** (bao gồm các dịch vụ ngoại trú và một số dịch vụ bác sĩ nội trú tại bệnh viện) và hầu hết các **dịch vụ phòng ngừa**. Medicare cũng đài thọ cho các dịch vụ mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, như trợ lý bác sĩ, y tá hành nghề, y tá lâm sàng chuyên khoa, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên gia vật lý trị liệu, chuyên gia trị liệu vận động, chuyên gia bệnh học về khả năng nói và ngôn ngữ và chuyên gia tâm lý học lâm sàng. Ngoại trừ một số dịch vụ phòng ngừa nhất định (mà quý vị có thể không phải trả tiền nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp), quý vị sẽ phải trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho hầu hết các dịch vụ. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng.

Quan trọng!

Nếu quý vị không nhận được dịch vụ từ bác sĩ hoặc nhóm hành nghề của quý vị trong 3 năm qua, họ có thể coi quý vị là bệnh nhân mới. Kiểm tra với bác sĩ hoặc nhóm thực hành để tìm hiểu xem họ có chấp nhận bệnh nhân mới hay không.

Thuốc

Phần B đài thọ cho một số loại thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú, chẳng hạn như:

- Thuốc tiêm quý vị có thể nhận được từ văn phòng của bác sĩ
- Một số loại thuốc uống chống ung thư
- Thuốc được sử dụng chung với một số thiết bị y khoa lâu bền (chẳng hạn như máy xông khí dung hoặc máy bơm truyền gắn ngoài)
- Globulin Miễn dịch Tiêm tĩnh mạch để sử dụng tại nhà
- Một số loại thuốc mà quý vị nhận được trong khi điều trị ngoại trú tại bệnh viện (trong những trường hợp rất hạn chế)

Lưu ý: Ngoài các ví dụ ở trên, quý vị sẽ phải trả 100% cho hầu hết các loại thuốc, trừ khi quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) hoặc bảo hiểm thuốc khác. Xem các trang 79– 90 để biết thêm thông tin về bảo hiểm thuốc Medicare.

Đối với một số loại thuốc được sử dụng với máy bơm truyền gắn ngoài, hoặc Globulin Miễn dịch Tiêm tĩnh mạch để sử dụng tại nhà, Medicare cũng có thể đài thọ cho các dịch vụ (như thăm khám điều dưỡng) thuộc quyền lợi trị liệu truyền dịch tại nhà và quyền lợi Globulin Miễn dịch Tiêm tĩnh mạch (xem trang 44). Part B cũng đài thọ cho một số loại thuốc tiêm hoặc cấy để điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích khi nhà cung cấp cho dùng thuốc này tại phòng khám bác sĩ hoặc bệnh viện với tư cách là bệnh nhân ngoại trú. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho các loại thuốc này. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng. Quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản **đồng thanh toán** nào cho những dịch vụ này nếu quý vị nhận chúng từ chương trình điều trị opioid có đăng ký với Medicare (xem trang 47).

Bác sĩ và nhà thuốc phải chấp nhận **việc chỉ định** cho các loại thuốc được Phần B đài thọ, vì vậy quý vị sẽ không bao giờ được yêu cầu thanh toán nhiều hơn **khoản đồng bảo hiểm** hoặc đồng thanh toán cho chính các loại thuốc của Phần B đó.

Quan trọng!

Đồng bảo hiểm của quý vị có thể thay đổi tùy thuộc vào chi phí thuốc theo toa của quý vị. Quý vị có thể phải trả một khoản đồng bảo hiểm thấp hơn cho một số loại thuốc và ... được Phần B đài thọ mà quý vị nhận được tại văn phòng 'bác sĩ hoặc nhà thuốc, hoặc tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện, nếu giá của chúng tăng cao hơn tỷ lệ lạm phát. Các loại thuốc cụ thể và khoản tiết kiệm tiềm năng thay đổi mỗi quý.

Nếu các loại thuốc được Phần B đài thọ mà quý vị nhận điều trị ngoại trú nằm trong các dịch vụ ngoại trú của quý vị, thì quý vị sẽ phải trả một khoản đồng thanh toán cho các dịch vụ này. Phần B không đài thọ cho "thuốc tự sử dụng" khi điều trị ngoại trú. "Self-administered drugs" là những loại thuốc quý vị thường tự mình sử dụng chúng.

Chi phí quý vị phải trả cho self-administered drugs trong môi trường ngoại trú của bệnh viện tùy thuộc vào việc quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Part D) hoặc bảo hiểm thuốc khác hay không, và liệu nhà thuốc của bệnh viện có nằm trong mạng lưới chương trình thuốc của quý vị hay không. Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác, chương trình thuốc của quý vị có thể đài thọ cho các loại thuốc mà Phần B có thể không đài thọ. Hãy liên hệ với chương trình thuốc của mình để biết số tiền quý vị phải trả cho các loại thuốc mà quý vị nhận được khi điều trị ngoại trú mà Phần B không đài thọ.

Thiết bị y tế lâu bền (DME)

Medicare đài thọ vật dụng **cần thiết về mặt y tế** chẳng hạn như oxy và thiết bị oxy, xe lăn, khung tập đi, và giường bệnh khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đã ghi danh vào Medicare chỉ định sử dụng các thiết bị này tại nhà. Quý vị phải thuê hầu hết các vật dụng, nhưng quý vị cũng có thể mua chúng. Một số mặt hàng trở thành tài sản của quý vị sau khi quý vị đã thực hiện một số khoản thanh toán tiền thuê. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Đảm bảo rằng các bác sĩ và nhà cung cấp DME của quý vị đã ghi danh vào Medicare.

Điều quan trọng là phải hỏi các nhà cung cấp thiết bị của quý vị xem họ đã tham gia vào Medicare hay chưa trước khi quý vị nhận DME. Nếu các nhà cung cấp thiết bị đã tham gia chương trình, họ phải chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp (có nghĩa là, họ chỉ có thể tính phí khoản đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ Phần B cho số tiền được Medicare phê duyệt). Nếu các nhà cung cấp DME chưa tham gia chương trình và không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp, thì sẽ không có hạn mức đối với số tiền mà họ có thể tính phí cho quý vị.

Sàng lọc điện tâm đồ (EKG hoặc ECG)

Medicare đòi thọ cho sàng lọc điện tâm đồ định kỳ nếu quý vị nhận được giấy **giới thiệu** từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị trong chương trình thăm khám “Chào mừng đến với Medicare” một lần của quý vị (xem trang 54). Sau khi quý vị đáp ứng **khoản khấu trừ** của Phần B, quý vị sẽ phải trả 20% **số tiền Medicare phê duyệt**. Medicare cũng đòi thọ cho EKG hoặc ECG dưới dạng một xét nghiệm chuẩn đoán (xem trang 51). Quý vị cũng sẽ trả một khoản **đồng thanh toán** nếu quý vị làm xét nghiệm tại bệnh viện hoặc phòng khám thuộc sở hữu của bệnh viện.

Các dịch vụ khoa cấp cứu

Medicare đòi thọ cho các dịch vụ này khi quý vị bị thương tích, bị mắc bệnh đột ngột, hoặc mắc bệnh mà sẽ diễn biến xấu đi nhanh chóng. Quý vị phải trả một khoản đồng thanh toán cho mỗi lần tới khoa cấp cứu và 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ của bác sĩ. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Nếu bác sĩ tiếp nhận quý vị vào cùng bệnh viện đó với từ cách là bệnh nhân nội trú, thì chi phí của quý vị có thể sẽ khác.

Thăm khám điện tử E-visit

Medicare đòi thọ cho các lần Thăm khám điện tử E-visit để quý vị có thể nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của mình bằng cách sử dụng cổng thông tin bệnh nhân trực tuyến mà không cần đến văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ. Các nhà cung cấp dịch vụ có thể cung cấp các dịch vụ này bao gồm bác sĩ y tá, y tá lâm sàng chuyên khoa, trợ lý bác sĩ, chuyên gia vật lý trị liệu, chuyên gia trị liệu vận động, chuyên gia bệnh học về khả năng nói và ngôn ngữ, nhân viên xã hội lâm sàng có giấy phép (trong các trường hợp cụ thể), và chuyên gia tâm lý học lâm sàng (trong các trường hợp cụ thể).

Để được thăm khám điện tử E-visit, quý vị phải yêu cầu bác sĩ của mình hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Mắt kính

Medicare đòi thọ cho một cặp kính mắt có gọng tiêu chuẩn (hoặc một bộ kính áp tròng) sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể cấy ghép thấu kính nội nhãn. Medicare sẽ chỉ thanh toán cho kính áp tròng hoặc kính đeo mắt từ một nhà cung cấp vật tư đã đăng ký tham gia Medicare, bất kể quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có nộp yêu cầu thanh toán hay không. Sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của Phần B, quý vị sẽ phải trả 20% số tiền Medicare phê duyệt để điều chỉnh thấu kính sau phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng thấu kính nội nhãn.

Các dịch vụ của Trung tâm Y tế Đủ tiêu chuẩn của Liên bang

Trung tâm Y tế Đủ tiêu chuẩn của Liên bang cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và chăm sóc chính ngoại trú. Không có khoản khấu trừ và quý vị thường phải trả 20% các khoản phí hoặc số tiền được Medicare chấp thuận. Quý vị không phải trả gì cho hầu hết các **dịch vụ phòng ngừa**. Tất cả các Trung tâm Y tế Đủ tiêu chuẩn của Liên bang đều có thể cung cấp các khoản giảm giá nếu quý vị có thu nhập hạn chế. Truy cập findahealthcenter.hrsa.gov để tìm kiếm các trung tâm sức khỏe gần quý vị.



Dịch vụ phòng ngừa

Các mũi tiêm phòng cúm

Medicare đòi thọ cho các mũi vắc-xin cúm theo mùa (hoặc vắc-xin). Quý vị không phải trả gì (và khoản khấu trừ của Phần B không áp dụng) cho mũi tiêm phòng cúm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** cho mũi tiêm này.

Chăm sóc bàn chân

Medicare đài thọ cho việc khám hoặc điều trị bàn chân hàng năm nếu quý vị bị tổn thương dây thần kinh căng chân liên quan đến bệnh tiểu đường mà có thể làm tăng nguy cơ mất chi hoặc cần các biện pháp điều trị **cần thiết về mặt y tế** cần thiết về mặt y tế cho các bệnh hoặc chấn thương ở chân, như ngón chân bị biến dạng, dị tật khớp ngón chân cái và gai gót chân. Quý vị trả 20% **số tiền được Medicare chấp thuận** cho các biện pháp điều trị cần thiết về mặt y tế mà bác sĩ của quý vị chấp thuận. **Khoản khấu trừ** Phần B được áp dụng. Quý vị cũng phải trả một khoản **đồng thanh toán** cho việc điều trị cần thiết về mặt y tế trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc bệnh tăng nhãn áp

Medicare đài thọ các sàng lọc này 12 tháng một lần nếu quý vị có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp. Quý vị sẽ có nguy cơ cao nếu mắc bệnh tiểu đường, tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, là người Mỹ gốc Phi và từ 50 tuổi trở lên, hoặc là người gốc văn hóa Tây Ban Nha và từ 65 tuổi trở lên. Bác sĩ nhãn khoa hợp pháp ở tiểu bang của quý vị được phép thực hiện sàng lọc bệnh tăng nhãn áp phải thực hiện hoặc giám sát việc kiểm tra. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B được áp dụng. Quý vị cũng phải trả một khoản đồng thanh toán nếu điều trị ngoại trú.

Kiểm tra thính giác & thăng bằng

Medicare đài thọ cho các buổi khám chẩn đoán này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị chỉ định chúng để xem liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không.

Quý vị có thể đến gặp chuyên gia thính học 12 tháng một lần mà không cần có chỉ định của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, nhưng chỉ đối với các tình trạng thính giác không cấp tính (như mất thính lực xảy ra trong nhiều năm) và đối với các dịch vụ chẩn đoán liên quan đến mất thính lực được điều trị bằng các thiết bị trợ thính được cấy ghép bằng phẫu thuật.

Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Quý vị cũng phải trả một khoản đồng thanh toán nếu điều trị ngoại trú.

Lưu ý: Medicare không đài thọ cho máy trợ thính hoặc các buổi khám để lắp máy trợ thính.



Dịch vụ phòng ngừa

Các mũi tiêm phòng viêm gan B

Medicare đài thọ các mũi tiêm này (hoặc vắc-xin) nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh Viêm gan B ở mức trung bình hoặc cao. Một số yếu tố nguy cơ bao gồm bệnh máu khó đông, Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), bệnh tiểu đường, nếu quý vị sống chung với người bị Viêm gan B, hoặc nếu quý vị là nhân viên y tế và thường xuyên tiếp xúc với máu hoặc chất dịch cơ thể. Kiểm tra với bác sĩ để tìm hiểu xem quý vị có nguy cơ mắc Viêm gan B ở mức trung bình hoặc cao hay không. Quý vị không phải trả tiền cho việc tiêm phòng nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

**Dịch vụ phòng ngừa****Các sàng lọc nhiễm Virus Viêm gan B**

Medicare đài thọ các sàng lọc nhiễm Virus Viêm gan B nếu bác sĩ của quý vị chỉ định nó. Medicare cũng đài thọ cho các sàng lọc:

- Hàng năm chỉ khi quý vị tiếp tục có nguy cơ cao và không tiêm phòng Viêm gan B.
- Nếu quý vị đang mang thai:
 - Vào lần khám tiền sản đầu tiên mỗi lần mang thai
 - Tại thời điểm sinh dành cho những người vẫn đang có nguy cơ hoặc có các yếu tố nguy cơ mới
 - Vào lần khám tiền sản đầu tiên cho những lần mang thai sau này, ngay cả khi trước đó quý vị đã tiêm phòng Viêm gan B hoặc có kết quả sàng lọc Virus Viêm gan B âm tính

Quý vị không phải trả tiền cho xét nghiệm sàng lọc này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

**Dịch vụ phòng ngừa****Các sàng lọc viêm gan C**

Medicare đài thọ cho một lần xét nghiệm sàng lọc Viêm gan C nếu quý vị đáp ứng một trong những điều kiện sau:

- Quý vị có nguy cơ cao do sử dụng hoặc từng sử dụng ma túy dạng tiêm chích bất hợp pháp.
- Quý vị đã được truyền máu trước năm 1992.
- Quý vị sinh ra trong thời gian từ năm 1945–1965.

Medicare cũng đài thọ các sàng lọc lặp lại hàng năm nếu quý vị có nguy cơ cao.

Medicare sẽ chỉ đài thọ cho xét nghiệm sàng lọc Viêm gan C khi có chỉ định từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm sàng lọc này nếu **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

**Dịch vụ phòng ngừa****Sàng lọc HIV (Virus gây Suy giảm Miễn dịch ở Người)**

Medicare đài thọ cho các sàng lọc HIV 12 tháng một lần nếu quý vị:

- Trong độ tuổi từ 15–65.
- Dưới 15 tuổi hoặc trên 65 tuổi và có nguy cơ tăng cao.

Medicare cũng đài thọ cho xét nghiệm này tối đa 3 lần trong khi mang thai.

Quý vị không phải trả gì cho việc sàng lọc HIV nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Medicare đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà theo Phần A và/hoặc Phần B. Medicare đài thọ cho **các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn** bán thời gian hoặc không liên tục, trị liệu vật lý, dịch vụ bệnh học về ngôn ngữ-nói, hoặc các dịch vụ trị liệu vận động liên tục. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà cũng có thể bao gồm các dịch vụ y tế xã hội, dịch vụ trợ giúp y tế tại nhà bán thời gian hoặc không liên tục, thiết bị y tế lâu bền, và vật tư y tế để sử dụng tại nhà. “Bán thời gian hoặc không liên tục” nghĩa là quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề và các dịch vụ trợ giúp sức khỏe tại nhà nếu những dịch vụ đó được cung cấp ít hơn 8 giờ mỗi ngày hoặc ít hơn 28 giờ mỗi tuần (hoặc tối đa 35 giờ một tuần trong một số trường hợp hạn chế). Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác (như là y tá), phải gặp trực tiếp quý vị trước khi xác nhận rằng quý vị cần đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác phải chỉ định dịch vụ chăm sóc cho quý vị, và một cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare chứng nhận phải cung cấp dịch vụ đó.

Medicare đài thọ các dịch vụ y tế tại nhà miễn là quý vị có nhu cầu về các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc không liên tục và miễn là quý vị “ở nhà”, có nghĩa là:

- Quý vị gặp khó khăn trong việc ra khỏi nhà mà không có sự trợ giúp (như sử dụng gậy chống, xe lăn, khung tập đi hoặc nạng; phương tiện chuyên chở đặc biệt; hoặc sự trợ giúp của người khác) do mắc bệnh hoặc thương tích.
- Quý vị được khuyến nghị không nên ra khỏi nhà do tình trạng của bản thân.
- Quý vị nói chung không có khả năng ra khỏi nhà vì điều đó vô cùng khó khăn.

Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ sức khỏe chăm sóc tại nhà được đài thọ. Tuy nhiên, đối với thiết bị y tế lâu bền được Medicare đài thọ, quý vị sẽ phải trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt**. **Khoản khấu trừ** Phần B sẽ được áp dụng.

Các dịch vụ & nhà cung cấp trị liệu truyền dịch tại nhà

Medicare đài thọ cho các thiết bị và vật tư (như máy bơm, cọc truyền dịch, ống dẫn và ống thông) cho liệu pháp truyền dịch tại nhà để sử dụng một số loại thuốc truyền tĩnh mạch tại nhà như Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch tại nhà. Medicare đài thọ một số thiết bị và vật tư nhất định (như máy bơm truyền dịch) và thuốc truyền được đài thọ quyền lợi về Thiết bị Y tế Lâu bền (xem trang 40). Medicare cũng đài thọ các dịch vụ (như thăm khám điều dưỡng), hoạt động đào tạo cho người chăm sóc, và việc theo dõi bệnh nhân. Quý vị chỉ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ này cũng như các thiết bị và vật tư quý vị sử dụng tại nhà của quý vị.

Các dịch vụ & vật tư lọc máu (chạy thận)

Thông thường, Medicare đài thọ cho 3 lần điều trị lọc máu (hoặc lọc màng bụng ngoại trú liên tục tương đương) mỗi tuần nếu quý vị mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD). Điều này bao gồm hầu hết các loại thuốc và sinh phẩm về chạy thận, và tất cả các xét nghiệm, hướng dẫn lọc máu tại nhà, dịch vụ hỗ trợ, thiết bị và vật tư. Cơ sở lọc máu có trách nhiệm điều phối các dịch vụ lọc máu của quý vị (tại nhà hoặc tại cơ sở). Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Phổ biến kiến thức về bệnh thận

Medicare đòi hỏi lên tới 6 buổi phổ biến kiến thức về bệnh thận nếu quý vị mắc bệnh thận mãn tính Giai đoạn IV mà thường sẽ phải chạy thận hoặc cấy ghép thận, và bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị giới thiệu quý vị đến dịch vụ này. Quý vị chi trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho mỗi buổi nếu quý vị nhận được dịch vụ từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm

Medicare đòi hỏi xét nghiệm chẩn đoán lâm sàng cần thiết về mặt y tế khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu. Những xét nghiệm này có thể bao gồm một số xét nghiệm máu, phân tích nước tiểu, một số xét nghiệm trên mẫu mô, và một số xét nghiệm sàng lọc. Quý vị thường không phải trả gì cho các xét nghiệm này.



Dịch vụ phòng ngừa

Các sàng lọc ung thư phổi

Medicare đòi hỏi cho việc sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều lượng thấp mỗi năm một lần nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị từ 50–77 tuổi.
- Quý vị không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của ung thư phổi (quý vị không có triệu chứng).
- Quý vị hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua.
- Quý vị có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 “pack years” (an average trung bình một gói—20 điếu thuốc lá—mỗi ngày trong vòng 20 năm).
- Quý vị nhận được một chỉ định từ bác sĩ của quý vị.

Quý vị không phải trả gì cho dịch vụ này nếu bác sĩ của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Trước lần sàng lọc ung thư phổi đầu tiên, quý vị cần đặt lịch hẹn với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để trao đổi về lợi ích cũng như nguy cơ của việc sàng lọc ung thư phổi để quyết định xem sàng lọc có phù hợp với quý vị hay không.

Mới!

Vật dùng điều trị bệnh phù bạch huyết

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024, nếu quý vị bị chẩn đoán mắc bệnh phù bạch huyết, Medicare sẽ chi trả cho quần áo bó sát theo chỉ định (trang bị tiêu chuẩn và tùy chỉnh). Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Chụp X-quang tuyến vú

Medicare đòi hỏi một buổi sàng lọc chụp X-quang tuyến vú để kiểm tra ung thư vú 12 tháng một lần nếu quý vị là một phụ nữ 40 tuổi trở lên. Medicare đòi hỏi một lần chụp quang tuyến vú ban đầu nếu quý vị là phụ nữ từ 35–39 tuổi. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Phần B cũng đòi hỏi cho những lần chụp quang tuyến vú chẩn đoán nhiều hơn một lần một năm nếu cần thiết về mặt y tế. Quý vị sẽ phải trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho những lần chụp x-quang tuyến vú chẩn đoán. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Lưu ý: Medicare đòi hỏi cho các lần siêu âm vú cần thiết về mặt y tế khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị yêu cầu.



Dịch vụ phòng ngừa

Các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế

Medicare đòi hỏi cho các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế nếu quý vị bị bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận, hoặc quý vị đã cấy ghép thận được 36 tháng, và bác sĩ của quý vị giới thiệu quý vị đến các dịch vụ này. Chỉ Chuyên gia về Chế độ Ăn uống hoặc chuyên gia dinh dưỡng chuẩn định, những người đáp ứng các yêu cầu nhất định mới có thể cung cấp các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế. Nếu bị bệnh tiểu đường, quý vị cũng có thể đủ điều kiện để tham gia khóa đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường (xem trang 38). Quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế dịch vụ phòng ngừa bởi vì **khoản khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** sẽ không áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Chương Trình Phòng Chống Tiểu Đường của Medicare

Medicare đòi hỏi cho chương trình thay đổi hành vi sức khỏe một lần trọn đời để giúp quý vị phòng ngừa bệnh tiểu đường tuýp 2. Chương trình bắt đầu với các buổi học chính hàng tuần được cung cấp theo nhóm kéo dài trong khoảng thời gian 6 tháng. Sau khi quý vị hoàn thành các buổi học chính, quý vị sẽ nhận được 6 phiên theo dõi hàng tháng để giúp quý vị duy trì các thói quen lành mạnh. Nếu quý vị bắt đầu Chương trình phòng chống bệnh tiểu đường của Medicare vào năm 2021 hoặc sớm hơn, quý vị sẽ nhận được thêm 12 phiên trị liệu hàng tháng nếu quý vị đạt được các mục tiêu giảm cân nhất định.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp Chương trình Phòng chống Bệnh Tiểu đường được phê duyệt của Medicare. Các nhà cung cấp dịch vụ này có thể là các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe truyền thống hoặc các tổ chức như trung tâm cộng đồng hoặc tổ chức dựa trên niềm tin. Để tìm kiếm các nhà cung cấp dịch vụ hoặc tìm hiểu thêm về chương trình, truy cập [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program).

Nếu quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**, liên hệ với chương trình của quý vị để tìm hiểu nơi nhận các dịch vụ này.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần (ngoại trú)

Medicare đòi hỏi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần để điều trị các tình trạng như trầm cảm và lo âu. Những lần thăm khám này thường được gọi là tư vấn hoặc trị liệu tâm lý, và có thể được thực hiện riêng lẻ, trong liệu pháp trị liệu tâm lý nhóm hoặc môi trường gia đình, và trong các tình huống khủng hoảng. Bảo hiểm đòi hỏi cho các dịch vụ thường được cung cấp khi điều trị tại các cơ sở ngoại trú (như phòng khám của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, hoặc khoa ngoại trú của bệnh viện), bao gồm các lần thăm khám với bác sĩ điều trị tâm thần hoặc bác sĩ khác, chuyên gia tâm lý học lâm sàng, y tá lâm sàng chuyên khoa, nhân viên xã hội lâm sàng, y tá, hoặc trợ lý bác sĩ.

Mới!

Bắt đầu từ Tháng 1, 2024, Medicare cũng sẽ đòi hỏi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần do các nhà trị liệu hôn nhân & gia đình và cố vấn sức khỏe tâm thần cung cấp.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được đòi hỏi bao gồm các dịch vụ nằm viện một phần do trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng hoặc bệnh viện cung cấp cho bệnh nhân ngoại trú. Nhập viện một phần là một chương trình ban ngày cung cấp các dịch vụ tâm thần ngoại trú thay thế cho chăm sóc tâm thần nội trú.

Mới!

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024, Medicare sẽ chi trả cho các dịch vụ chương trình ngoại trú chuyên sâu do bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ tiêu chuẩn liên bang và Phòng khám Sức khỏe Nông thôn. Nhập viện một phần và các dịch vụ ngoại trú chuyên sâu thường nghiêm ngặt hơn so với chăm sóc quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ hoặc nhà trị liệu. Truy cập [Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization) để tìm hiểu thêm thông tin.

Thông thường quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** và **khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Phần A đòi hỏi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú mà quý vị nhận được trong bệnh viện (xem trang 27).



Dịch vụ phòng ngừa

Các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế

Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể (BMI) từ 30 trở lên, Medicare sẽ đòi hỏi cho các buổi sàng lọc béo phì và tư vấn hành vi để giúp quý vị giảm cân bằng cách tập trung vào chế độ ăn uống và tập thể dục. Medicare đòi hỏi cho dịch vụ tư vấn này nếu **bác sĩ chăm sóc chính** hoặc chuyên gia chăm sóc chính khác của quý vị cung cấp dịch vụ tư vấn này tại cơ sở chăm sóc chính (như phòng khám bác sĩ), nơi họ có thể điều phối kế hoạch phòng ngừa được cá nhân của quý vị với các dịch vụ chăm sóc khác của quý vị. Quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ này nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Dịch vụ trị liệu vận động

Medicare đòi hỏi liệu pháp **cần thiết về mặt y tế** để giúp quý vị thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (như mặc quần áo hoặc tắm rửa). Việc trị liệu này giúp cải thiện hoặc duy trì khả năng hiện có hoặc làm chậm quá trình suy giảm khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chứng nhận rằng quý vị cần nó. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B được áp dụng.

Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng opioid

Medicare đòi hỏi các dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng opioid trong các chương trình điều trị opioid. Các dịch vụ bao gồm thuốc (như methadone, buprenorphine, naltrexone và naloxone), tư vấn sử dụng chất gây nghiện, xét nghiệm ma túy, trị liệu cá nhân và nhóm, các hoạt động tiếp nhận và đánh giá định kỳ. Medicare đòi hỏi cho các dịch vụ tư vấn, trị liệu và đánh giá định kỳ cả trực tiếp và qua công cụ trực tuyến trong một số trường hợp nhất định (sử dụng công nghệ giao tiếp qua âm thanh và video, như điện thoại hoặc máy tính của quý vị). Medicare cũng đòi hỏi các dịch vụ được cung cấp thông qua các đơn vị di động của chương trình điều trị opioid.

Medicare chi trả cho các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác để điều trị rối loạn sử dụng opioid tại phòng khám, bao gồm kiểm soát, điều phối chăm sóc, tâm lý trị liệu, và các hoạt động tư vấn.

Theo Original Medicare, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản **đồng thanh toán** nào cho các dịch vụ này nếu quý vị nhận chúng từ một nhà cung cấp chương trình điều trị opioid đã ghi danh vào Medicare. Tuy nhiên, khoản khấu trừ Phần B vẫn sẽ được áp dụng. Hãy nói chuyện với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị để tìm hiểu về nơi cung cấp các dịch vụ này. Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services](https://www.medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services) để tìm một chương trình gần quý vị.

Các **Chương trình Medicare Advantage** cũng phải đòi hỏi cho các dịch vụ của chương trình điều trị opioid, nhưng có thể yêu cầu quý vị xem chương trình điều trị opioid trong mạng lưới. Vì các Chương trình Medicare Advantage có thể áp dụng khoản đồng thanh toán cho các dịch vụ của chương trình điều trị opioid, hãy kiểm tra với chương trình của quý vị để tìm hiểu xem liệu quý vị có phải trả khoản đồng thanh toán hay không.

Các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện

Medicare đòi thọ nhiều dịch vụ chẩn đoán và điều trị mà quý vị nhận được khi là bệnh nhân ngoại trú tại một bệnh viện có tham gia Medicare. Thông thường, quý vị phải trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Quý vị có thể phải trả nhiều tiền hơn cho các dịch vụ mà quý vị nhận được tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện so với số tiền mà quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc tương tự tại phòng khám của bác sĩ. Ngoài số tiền quý vị trả cho bác sĩ, quý vị cũng sẽ thường phải trả cho bệnh viện một khoản **đồng thanh toán** cho mỗi dịch vụ mà quý vị nhận được tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện (ngoại trừ một số **dịch vụ phòng ngừa** nhất định không áp dụng khoản đồng thanh toán). Trong hầu hết các trường hợp, khoản đồng thanh toán không được nhiều hơn **khoản khấu trừ** nằm viện Phần A cho mỗi dịch vụ. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng, ngoại trừ một số dịch vụ phòng ngừa nhất định. Nếu quý vị đang điều trị ngoại trú tại một **Bệnh viện tiếp cận nhanh**, khoản đồng thanh toán của quý vị có thể cao hơn và có thể vượt quá khoản khấu trừ nằm viện Phần A.



Chi phí & bảo hiểm: Để có được ước tính chi phí cho các thủ tục ngoại trú của bệnh viện được thực hiện tại các khoa ngoại trú của bệnh viện, hãy truy cập



[Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://www.medicare.gov/procedure-price-lookup).

Các vật tư & dịch vụ y tế & phẫu thuật ngoại trú

Medicare đòi thọ cho các thủ thuật đã được phê duyệt, chẳng hạn như chụp X-quang, bó bột, khâu, hoặc phẫu thuật ngoại trú. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị thường phải trả một khoản đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ mà quý vị nhận được tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện. Trong hầu hết các trường hợp, khoản đồng thanh toán không thể nhiều hơn khoản khấu trừ nằm viện nằm viện Phần A cho mỗi dịch vụ mà quý vị nhận được. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng, và quý vị sẽ trả tất cả chi phí cho các vật phẩm hoặc dịch vụ mà Medicare không đòi thọ.

Dịch vụ vật lý trị liệu

Medicare đòi thọ cho việc đánh giá và điều trị các chấn thương và bệnh tật làm thay đổi khả năng hoạt động chức năng của quý vị, hoặc để cải thiện hoặc duy trì chức năng hiện tại hoặc làm chậm quá trình suy giảm, **khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị bao gồm y tá, chuyên gia y tá lâm sàng hoặc trợ lý bác sĩ xác nhận quý vị cần nó**. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Các mũi tiêm phòng phế cầu khuẩn

Medicare đòi thọ cho các mũi tiêm phòng phế cầu khuẩn (hoặc vắc-xin) để giúp phòng ngừa nhiễm phế cầu khuẩn (giống một số loại bệnh viêm phổi nhất định). Trao đổi với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị về các loại vắc-xin này. Quý vị không phải trả chi phí cho các mũi tiêm phòng này nếu nhà cung cấp dịch vụ chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** cho các mũi tiêm này.

Dịch vụ quản lý chăm sóc chính

Medicare đài thọ các dịch vụ dành riêng cho bệnh tật để giúp quý vị quản lý tình trạng bệnh mãn tính phức tạp, duy nhất khiến quý vị có nguy cơ nhập viện, suy giảm thể chất hoặc nhận thức hoặc tử vong. Nếu quý vị mắc một bệnh mạn tính có nguy cơ cao mà quý vị dự đoán sẽ kéo dài ít nhất 3 tháng (chẳng hạn như ung thư và quý vị không được điều trị cho bất kỳ bệnh phức tạp nào khác), Medicare có thể chi trả cho dịch vụ trợ giúp của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để kiểm soát các bệnh đó. Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ tạo một kế hoạch chăm sóc cụ thể cho bệnh tật và liên tục theo dõi để điều chỉnh kế hoạch đó, bao gồm cả các loại thuốc quý vị đang sử dụng. **Khoản khấu trừ** và **khoản đồng bảo hiểm** Phần B sẽ được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Các sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt

Medicare đài thọ các buổi khám trực tràng kỹ thuật số và xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu cho tuyến tiền liệt (PSA) 12 tháng một lần cho nam giới trên 50 tuổi (bắt đầu từ ngày sau sinh nhật lần thứ 50 của quý vị). Đối với kiểm tra trực tràng kỹ thuật số, quý vị phải trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. Khoản khấu trừ Phần B được áp dụng. Quý vị cũng phải trả một khoản **đồng thanh toán** khi điều trị ngoại trú. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm PSA.

Các vật dụng bộ phận giả/dụng cụ chỉnh hình

Medicare đài thọ cho các bộ phận cơ thể giả/dụng cụ chỉnh hình sau, khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đã ghi danh vào Medicare chỉ định chúng: các loại nẹp tay, chân, lưng và cổ; mắt nhân tạo; chi nhân tạo (và các bộ phận thay thế của chúng); và các thiết bị giả cần thiết để thay thế một bộ phận bên trong cơ thể hoặc chức năng của bộ phận đó (bao gồm các vật tư cho hậu môn giả, liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và truyền tĩnh mạch, và một số loại vú giả sau phẫu thuật cắt bỏ vú).

Để được Medicare đài thọ cho các bộ phận cơ thể giả hoặc chỉnh hình, quý vị phải đến nhà cung cấp thiết bị đã ghi danh vào Medicare. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Các chương trình về phục hồi chức năng phổi

Medicare đài thọ một chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện nếu quý vị có:

- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) từ mức độ trung bình đến rất nặng và có giấy **giới thiệu** của bác sĩ đang điều trị bệnh đó.
- Đã xác nhận hoặc nghi ngờ nhiễm COVID-19 và gặp phải các triệu chứng dai dẳng bao gồm rối loạn chức năng hô hấp trong ít nhất 4 tuần.

Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt nếu nhận dịch vụ tại phòng khám của bác sĩ. Quý vị cũng phải trả một khoản đồng thanh toán cho mỗi buổi điều trị nếu quý vị nhận dịch vụ tại một cơ sở ngoại trú của bệnh viện. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Dịch vụ Phòng khám Y tế Nông thôn

Các Phòng khám Y tế Nông thôn cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính cũng như **dịch vụ phòng ngừa** ở các vùng nông thôn và vùng khó khăn. Thông thường, quý vị phải trả 20% khoản phí. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Quý vị không phải chi trả gì cho hầu hết các dịch vụ phòng ngừa.

Quan điểm phẫu thuật thứ hai

Medicare đài thọ cho ý kiến phẫu thuật thứ hai trong một số trường hợp đối với phẫu thuật **cần thiết về mặt y tế** không phải là trường hợp khẩn cấp. Trong một số trường hợp, Medicare đài thọ cho cả các ý kiến phẫu thuật thứ ba. Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt**. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Tư vấn & sàng lọc nhiễm trùng lây qua đường tình dục (STI)

Medicare đài thọ các buổi sàng lọc STI cho bệnh chlamydia, lậu, giang mai, và/hoặc Viêm gan B. Medicare đài thọ các buổi sàng lọc này nếu quý vị đang mang thai hoặc có nhiều nguy cơ mắc STI khi **bác sĩ chăm sóc chính** hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị yêu cầu các xét nghiệm. Medicare đài thọ cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ.

Medicare cũng đài thọ tư vấn chuyên sâu về hành vi cho cá nhân, gặp gỡ trực tiếp trong vòng 20–30 phút, 2 buổi mỗi năm cho người lớn hoạt động tình dục thường xuyên có nguy cơ cao bị nhiễm các bệnh STI. Medicare sẽ chỉ đài thọ cho các buổi tư vấn với bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tại cơ sở chăm sóc chính (chẳng hạn như văn phòng bác sĩ). Medicare sẽ không đài thọ cho dịch vụ tư vấn dưới dạng **dịch vụ phòng ngừa** tại cơ sở nội trú, ví dụ như một **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**.

Quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ này nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên gia của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Tiêm phòng (hoặc vắc-xin)

Phần B đài thọ cho:

- Tiêm phòng cúm. Xem trang 41.
- Các mũi chủng ngừa bệnh viêm gan B. Xem trang 42.
- Các mũi chủng ngừa phế cầu khuẩn. Xem trang 48.
- Vắc xin chủng ngừa bệnh Coronavirus 2019 (COVID-19). Xem trang 37.

Quan trọng!

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) gthường đài thọ cho tất cả các chủng ngừa khác được khuyến nghị cho người trưởng thành (như chủng ngừa bệnh zona, uốn ván, bạch hầu và ho gà) để phòng ngừa bệnh tật. **Giờ đây, quý vị có thể nhận thêm vắc xin miễn phí theo Phần D.** Liên hệ với chương trình của quý vị để biết chi tiết và trao đổi với nhà cung cấp của quý vị về những chương trình phù hợp với quý vị.

Dịch vụ trị liệu về ngôn ngữ nói

Medicare đài thọ cho việc đánh giá và điều trị cần thiết về mặt y tế để lấy lại và củng cố các kỹ năng nói và ngôn ngữ. Điều này bao gồm các kỹ năng nhận thức và nuốt, hoặc để cải thiện hoặc duy trì chức năng hiện tại hoặc làm chậm quá trình suy giảm, khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác xác nhận rằng quý vị cần dịch vụ này. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng.

Các dịch vụ thay băng phẫu thuật

Medicare đài thọ cho việc điều trị cần thiết về mặt y tế với các vết thương do phẫu thuật hoặc vết thương được điều trị bằng phẫu thuật. Quý vị không phải chi trả cho vật tư và trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị sẽ một khoản **đồng thanh toán** cho những dịch vụ này khi quý vị đang nhận điều trị ngoại trú tại bệnh viện. **Khoản khấu trừ Phần B** được áp dụng.

Telehealth (Chăm sóc sức khỏe từ xa)

Medicare đòi hỏi một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa do bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cung cấp ở nơi khác sử dụng công nghệ giao tiếp qua âm thanh và video (hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa chỉ có âm thanh trong một số trường hợp), chẳng hạn như điện thoại hoặc máy tính của quý vị. Chăm sóc sức khỏe từ xa có thể cung cấp nhiều dịch vụ thường diễn ra trực tiếp, bao gồm thăm khám tại văn phòng, tâm lý trị liệu, tư vấn, và một số dịch vụ y tế và sức khỏe khác.

Mới!

Cho đến hết Ngày 31 Tháng 12, 2024, quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa tại bất kỳ địa điểm nào ở Hoa Kỳ, bao gồm cả nhà riêng của quý vị. Sau giai đoạn này, quý vị phải ở trong văn phòng hoặc cơ sở y tế ở khu vực nông thôn cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Tuy nhiên quý vị vẫn có thể nhận được một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa của Medicare **mà không cần** có mặt ở cơ sở chăm sóc sức khỏe ở nông thôn. Các dịch vụ bao gồm:

- Thăm khám Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) hàng tháng để chạy thận tại nhà.
- Các dịch vụ chẩn đoán, đánh giá, hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ cấp cho dù quý vị ở bất cứ đâu, kể cả khi ở trong xe cấp cứu đột quỵ.
- Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời (đôi khi được gọi là “rối loạn kép”) hoặc để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần tại nhà của quý vị.
- Các dịch vụ sức khỏe hành vi, kể cả tại nhà của quý vị.

Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc dịch vụ chuyên khoa khác. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng. Đối với hầu hết các dịch vụ này, quý vị sẽ phải trả số tiền tương đương như khi quý vị nhận các dịch vụ trực tiếp.



So sánh: Các **chương trình Medicare Advantage** và một số nhà cung cấp dịch vụ, giống như các thành viên của Medicare các **Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm (ACOs)**, có thể cung cấp nhiều quyền lợi chăm sóc sức khỏe từ xa hơn Original Medicare. Chẳng hạn quý vị có thể nhận được một số dịch vụ tại nhà, bất kể quý vị sống ở đâu. Kiểm tra lại với chương trình của quý vị để biết họ cung cấp những quyền lợi nào. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tham gia vào một ACO, hãy kiểm tra với họ để biết những quyền lợi telehealth nào được cung cấp. Xem các trang 110–111.

Các xét nghiệm (Không phải phòng thí nghiệm)

Medicare đòi hỏi cho việc chụp X-quang, MRI, chụp CT, EKG/ECG và một số xét nghiệm chẩn đoán khác. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Nếu quý vị làm xét nghiệm tại bệnh viện với tư cách là bệnh nhân ngoại trú, quý vị cũng phải trả cho bệnh viện một đồng thanh toán có thể nhiều hơn 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Trong hầu hết các trường hợp, số tiền này không thể nhiều hơn khoản khấu trừ nằm viện Phần A. Xem “Dịch vụ xét nghiệm phòng thí nghiệm” trên trang 45 để biết các xét nghiệm Phần B đòi hỏi.

Dịch vụ quản lý chăm sóc chuyển tiếp

Medicare có thể đài thọ cho dịch vụ này nếu quý vị đang quay trở lại cộng đồng của mình sau thời gian lưu trú tại một số cơ sở nhất định, chẳng hạn như bệnh viện hoặc **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang quản lý quá trình chuyển tiếp trở lại cộng đồng của quý vị sẽ làm việc với quý vị và người chăm sóc của quý vị để điều phối và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị trong 30 ngày đầu tiên sau khi quý vị trở về nhà. **Khoản khấu trừ Phần B** và **đồng bảo hiểm** sẽ được áp dụng. Truy cập [Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://www.medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services) để tìm hiểu thêm thông tin.

Cấy ghép & thuốc ức chế miễn dịch

Medicare đài thọ các dịch vụ bác sĩ cho việc cấy ghép tim, phổi, thận, tụy, ruột và gan tuân theo những điều kiện nhất định, nhưng chỉ trong các cơ sở được Medicare chứng nhận. Medicare cũng đài thọ cho việc cấy ghép tủy xương và giác mạc tuân theo một số điều kiện nhất định.

Medicare đài thọ các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu Medicare thanh toán cho ca cấy ghép. Quý vị phải có Phần A vào thời điểm thực hiện cấy ghép được đài thọ, và quý vị phải có Phần B vào thời điểm nhận các loại thuốc ức chế miễn dịch (hoặc đủ điều kiện nhận phúc lợi thuốc ức chế miễn dịch bên dưới). Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare chấp thuận** cho các loại thuốc này. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Nên nhớ, bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) đài thọ cho các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đài thọ.

Nếu quý vị đang nghĩ đến việc tham gia một **Chương trình Medicare Advantage** và đang trong danh sách chờ cấy ghép hoặc cho rằng quý vị cần được phẫu thuật cấy ghép, hãy hỏi lại chương trình trước khi tham gia để đảm bảo rằng các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, và bệnh viện của quý vị nằm trong mạng lưới của chương trình. Yêu cầu thông tin về các loại thuốc được đài thọ và chi phí của chúng. Ngoài ra, hãy kiểm tra lại các quy tắc về bảo hiểm của chương trình đối với việc ủy quyền trước và bảo hiểm cho những người hiến tặng còn sống của quý vị.

Lưu ý: Medicare có thể đài thọ cho phẫu thuật cấy ghép dưới dạng một dịch vụ nội trú của bệnh viện theo Phần A. Xem các trang 27–28.

Medicare chi trả toàn bộ chi phí chăm sóc cho người hiến thận của quý vị. Quý vị và người hiến tặng sẽ không phải trả khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, hoặc bất kỳ chi phí nào khác cho thời gian nằm viện của mình.

Quyền lợi Thuốc theo toa

Nếu quý vị chỉ có Medicare cho Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD), bảo hiểm Medicare của quý vị (bao gồm bảo hiểm thuốc ức chế miễn dịch) sẽ kết thúc sau 36 tháng kể từ khi cấy ghép thận thành công. Medicare cung cấp quyền lợi giúp quý vị thanh toán cho thuốc ức chế miễn dịch sau 36 tháng **nếu quý vị không có một số loại bảo hiểm sức khỏe khác** (như chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm, TRICARE, hoặc thuốc ức chế miễn dịch được **Medicaid** đài thọ). **Quyền lợi này chỉ chi trả cho các loại thuốc ức chế miễn dịch của quý vị và không chi trả cho các vật dụng hoặc dịch vụ khác. Nó không thay thế cho bảo hiểm y tế đầy đủ. Quý vị có thể đăng ký nhận phúc lợi này bất kỳ lúc nào sau khi bảo hiểm Medicare Phần A của quý vị kết thúc, miễn là quý vị có Medicare bởi vì ESRD vào thời điểm ghép thận.** Để đăng ký, gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-877-465-0355. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0788.

Quý vị sẽ trả **phí bảo hiểm** hàng tháng là \$97.10 (hoặc cao hơn tùy thuộc vào thu nhập của quý vị) và **khoản khấu trừ** \$226 cho quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch này vào năm 2023. Khi quý vị đã đáp ứng khoản khấu trừ, quý vị sẽ phải trả 20% **số tiền được Medicare chấp thuận** cho các loại thuốc ức chế miễn dịch. Nếu quý vị có thu nhập và tài sản hạn chế, quý vị có thể được tiểu bang của mình hỗ trợ để thanh toán cho lợi ích này. Xem trang 94, hoặc truy cập [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) để tìm hiểu thêm thông tin.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) vào cuối mùa thu này để biết số tiền phí bảo hiểm năm 2024.

Du lịch

Medicare thường không đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị du lịch bên ngoài Hoa Kỳ (“Hoa Kỳ” bao gồm 50 tiểu bang, District of Columbia, Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana, và Samoa thuộc Mỹ). Có một số ngoại lệ hạn chế. Truy cập [Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s.](https://www.medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s.) để tìm hiểu thêm thông tin.

Medicare có thể đòi hỏi **cho việc vận chuyển cứu thương** cần thiết về mặt y tế đến bệnh viện nước ngoài chỉ khi việc nhập viện là để thực hiện các dịch vụ nội trú được đòi hỏi và cần thiết về mặt y tế. Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Medicare chi trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp để điều trị bệnh hoặc chấn thương đột ngột nhưng không phải là trường hợp cấp cứu y tế. Quý vị sẽ phải trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, và một khoản **đồng thanh toán** khi điều trị ngoại trú. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Hỏi đáp từ xa (Virtual check-ins)

Medicare đòi hỏi cho việc hỏi đáp từ xa (còn được gọi là “các dịch vụ nhanh dựa trên công nghệ giao tiếp”) với bác sĩ của quý vị hoặc một số nhà cung cấp dịch vụ khác, chẳng hạn như y tá, y tá lâm sàng chuyên khoa, hoặc trợ lý bác sĩ. Hỏi đáp từ xa sử dụng công nghệ liên lạc bằng âm thanh và video, chẳng hạn như điện thoại hoặc máy tính của quý vị mà quý vị không cần đến văn phòng bác sĩ. Bác sĩ của quý vị cũng có thể tiến hành đánh giá từ xa bằng cách sử dụng hình ảnh hoặc video mà quý vị gửi để xem xét nhằm xác định liệu quý vị có cần đến phòng khám bác sĩ hay không.

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị có thể phản hồi quý vị thông qua điện thoại, chuyển phát qua công cụ ảo, tin nhắn văn bản bảo mật, email hoặc cổng thông tin bệnh nhân.

Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ này nếu quý vị đáp ứng các điều kiện sau:

- Quý vị đã trao đổi với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của mình về việc bắt đầu thực hiện các loại hình thăm khám này.
- Hỏi đáp từ xa không được liên quan đến buổi thăm khám y tế diễn ra trong vòng 7 ngày và không được dẫn đến việc thăm khám y tế trong vòng 24 giờ tới (hoặc cuộc hẹn sớm nhất có sẵn).
- Quý vị phải chấp thuận bằng lời đối với việc hỏi đáp từ xa, và văn bản chấp thuận của quý vị phải được ghi chép vào hồ sơ y tế của quý vị. Xác nhận đồng ý sẽ được gửi cho bác sĩ của quý vị cho mỗi năm thực hiện các dịch vụ này.



So sánh: Quý vị sẽ phải trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng. **Chương trình Medicare Advantage** có thể cung cấp nhiều dịch vụ hỗ trợ từ xa hơn Original Medicare. Kiểm tra lại với chương trình của quý vị để biết họ cung cấp những quyền lợi nào.



Dịch vụ phòng ngừa

Khám phòng ngừa “Chào Mừng Đến với Medicare”

Trong 12 tháng đầu tiên quý vị tham gia Phần B, quý vị có thể nhận được một buổi thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”. Buổi thăm khám này sẽ bao gồm việc đánh giá tiền sử y tế và xã hội liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nó cũng bao gồm việc phổ biến kiến thức và tư vấn về các **dịch vụ phòng ngừa**, bao gồm một số sàng lọc nhất định, các mũi tiêm phòng hoặc vắc-xin (phòng cúm, phế cầu khuẩn, và các mũi khuyến nghị khác), và **giới thiệu** đến các dịch vụ chăm sóc khác, nếu cần.

Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy thông báo cho phòng khám bác sĩ biết rằng quý vị muốn đặt lịch cho buổi thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” của quý vị. Quý vị không phải trả gì cho buổi thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Nếu quý vị có đơn thuốc opioid hiện tại, nhà cung cấp của quý vị sẽ xem xét các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn của rối loạn sử dụng opioid, đánh giá mức độ nghiêm trọng của cơn đau và kế hoạch điều trị hiện tại, cung cấp thông tin về các lựa chọn điều trị không opioid và có thể giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa, nếu phù hợp. Nhà cung cấp của quý vị cũng sẽ xem xét các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn của quý vị đối với rối loạn sử dụng chất gây nghiện, như **sử dụng rượu bia và thuốc lá**, và giới thiệu quý vị điều trị, nếu cần.

Quan trọng!

Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị thực hiện các xét nghiệm hoặc dịch vụ bổ sung trong cùng một lần khám mà Medicare không đòi hỏi dựa theo quyền lợi phòng ngừa này, quý vị có thể phải trả khoản **đồng bảo hiểm**, và khoản khấu trừ Phần B có thể được áp dụng. Nếu Medicare không đòi hỏi cho các xét nghiệm hoặc dịch vụ bổ sung (như khám sức khỏe định kỳ), quý vị có thể phải trả toàn bộ số tiền.



Dịch vụ phòng ngừa

Thăm khám “Sức khỏe” hàng năm

Nếu quý vị đã có Phần B được hơn 12 tháng, quý vị có thể nhận được một buổi thăm khám “Sức khỏe” hàng năm để xây dựng hoặc cập nhật kế hoạch cá nhân của mình nhằm phòng ngừa bệnh tật hoặc khuyết tật dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại và các yếu tố nguy cơ của quý vị. **Thăm khám “Sức khỏe” hàng năm không phải là khám thể chất**. Medicare đòi hỏi cho buổi khám này 12 tháng một lần.

Bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ đề nghị quý vị điền vào một bảng câu hỏi, được gọi là “Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe” trong buổi thăm khám. Việc trả lời những câu hỏi này có thể giúp quý vị và bác sĩ của quý vị xây dựng một kế hoạch phòng ngừa cá nhân nhằm giúp quý vị luôn khỏe mạnh và tận dụng được tối đa buổi thăm khám của mình. Buổi thăm khám của quý vị có thể bao gồm: các phép đo định kỳ, lời khuyên về sức khỏe, đánh giá tiền sử bệnh lý gia đình của quý vị, đơn thuốc hiện tại của quý vị, lập kế hoạch chăm sóc nâng cao và nhiều hơn thế nữa.

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cũng sẽ thực hiện đánh giá nhận thức để tìm các dấu hiệu của chứng mất trí, bao gồm cả bệnh Alzheimer. Các dấu hiệu của suy giảm nhận thức bao gồm khó ghi nhớ, học những điều mới, tập trung, quản lý tài chính và đưa ra quyết định về cuộc sống hàng ngày của quý vị. Nếu bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị cho rằng quý vị có thể bị suy giảm nhận thức, Medicare sẽ thọ một chuyến thăm khám riêng để đánh giá kỹ lưỡng hơn về chức năng nhận thức của quý vị và kiểm tra các tình trạng bệnh lý như mất trí nhớ, trầm cảm, lo lắng hoặc mê sảng và thiết lập một kế hoạch chăm sóc. Xem trang 35.

Bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị cũng sẽ xem xét các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn của quý vị đối với rối loạn sử dụng chất và giới thiệu quý vị để nhận điều trị, nếu cần. Nếu quý vị có đơn thuốc opioid, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ xem xét kế hoạch điều trị cơn đau của quý vị, chia sẻ những thông tin về lựa chọn điều trị không dùng opioid, giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa nếu thích hợp.

Lưu ý: Buổi thăm khám “Sức khỏe” hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ khi quý vị ghi danh vào Phần B hoặc kể từ lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” của quý vị. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thực hiện buổi thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” để đủ điều kiện cho buổi thăm khám “Sức khỏe” hàng năm.

Quý vị không phải trả tiền cho xét nghiệm hàng năm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Quan trọng!

Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị thực hiện các xét nghiệm hoặc dịch vụ bổ sung trong cùng một lần khám mà Medicare không đài thọ dựa theo quyền lợi phòng ngừa này, quý vị có thể phải trả khoản **đồng bảo hiểm**, và **khoản khấu trừ** Phần B có thể được áp dụng. Nếu Medicare không đài thọ cho các xét nghiệm hoặc dịch vụ bổ sung (như khám sức khỏe định kỳ), quý vị có thể phải trả toàn bộ số tiền.

Những gì KHÔNG được Phần A và Phần B đài thọ?

Medicare không đài thọ cho tất cả các dịch vụ. Nếu quý vị cần đến một số dịch vụ nhất định mà Phần A hoặc Phần B không đài thọ, thì quý vị sẽ phải tự trả tiền cho các dịch vụ đó, trừ khi:

- Quý vị có chương trình bảo hiểm khác (bao gồm **Medicaid**) để đài thọ cho các chi phí đó.
- Quý vị đang tham gia vào một **Chương trình Medicare Advantage** hoặc một Chương trình Chi phí của Medicare giúp đài thọ cho các dịch vụ này. Các Chương trình Medicare Advantage và các Chương trình Chi phí của Medicare có thể đài thọ một số quyền lợi bổ sung, như các chương trình thể dục và các dịch vụ về thị lực, thính lực và nha khoa.

Một số vật phẩm và dịch vụ mà Original Medicare không đài thọ gồm có:

- ✘ Hầu hết các dịch vụ chăm sóc nha khoa*
- ✘ Khám mắt (để kê toa kính thuốc)
- ✘ Răng giả
- ✘ Chăm sóc dài hạn
- ✘ Giải phẫu thẩm mỹ
- ✘ Liệu pháp mát-xa
- ✘ Khám sức khỏe định kỳ
- ✘ Thiết bị trợ thính và các buổi khám để lắp chúng

- ✘ Dịch vụ chăm sóc đặc biệt - Concierge care (còn được gọi là y khoa chăm sóc đặc biệt, y khoa theo phí trả trước, y khoa boutique, dịch vụ bạch kim hoặc chăm sóc trực tiếp)
- ✘ Các vật phẩm hoặc dịch vụ được đòi hỏi mà quý vị nhận được từ bác sĩ (xem trang 60) nhà cung cấp dịch vụ khác không tham gia chương trình trừ trường hợp cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp)
- * **Ghi chú:** Original Medicare có thể thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa trước, hoặc là một phần của một số thủ tục y tế liên quan (như trước một số thủ tục cấy ghép tim hoặc nội tạng nhất định).

Việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn

Medicare và hầu hết các bảo hiểm y tế, bao gồm Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap), không chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn Loại chăm sóc này (đôi khi được gọi là “dịch vụ và hỗ trợ dài hạn”) bao gồm dịch vụ chăm sóc phi y tế cho những người bị bệnh mạn tính hoặc khuyết tật. Điều này bao gồm hỗ trợ chăm sóc cá nhân, như trợ giúp trong các hoạt động hàng ngày, bao gồm thay quần áo, tắm và sử dụng phòng tắm. Dịch vụ chăm sóc dài hạn cũng có thể bao gồm các bữa ăn giao tại nhà, chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng và các dịch vụ khác. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc này thông qua **Medicaid**, hoặc quý vị có thể chọn mua bảo hiểm chăm sóc dài hạn tư nhân.

Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc dài hạn tại nhà, trong cộng đồng, trong một cơ sở trợ giúp sinh hoạt, hoặc trong một viện dưỡng lão. **Điều quan trọng là bắt đầu lập kế hoạch chăm sóc dài hạn ngay bây giờ để duy trì sự độc lập của quý vị và để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần đến, trong môi trường mà quý vị muốn, ngay bây giờ và trong tương lai.**

Các nguồn trợ giúp về dịch vụ chăm sóc dài hạn

Hãy sử dụng các nguồn trợ giúp sau để biết thêm thông tin về dịch vụ chăm sóc dài hạn:

- Truy cập [longtermcare.acl.gov](https://www.longtermcare.acl.gov) để tìm hiểu thêm về chương trình chăm sóc dài hạn.
- Gọi cho Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị để biết thông tin về bảo hiểm chăm sóc dài hạn. Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để xin số điện thoại. Người dùng TTY có thể gọi theo số 1-877-486-2048.
- Gọi cho văn phòng Trợ cấp y tế Medicaid của Tiểu bang hoặc truy cập [Medicaid.gov](https://www.Medicaid.gov) và yêu cầu thông tin bảo hiểm chăm sóc dài hạn.
- Nhận bản sao “Hướng dẫn cho Người mua về Bảo hiểm Chăm sóc Dài hạn” từ Hiệp hội Quốc gia Các Ủy viên Bảo hiểm tại content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf.
- Truy cập công cụ Tìm Kiếm Thông Tin Chăm Sóc Tuổi Già (Eldercare Locator) tại [eldercare.acl.gov](https://www.eldercare.acl.gov), hoặc gọi số 1-800-677-1116 để tìm kiếm sự giúp đỡ trong cộng đồng của quý vị.
- Gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị Xem các trang 115–118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

MỤC 3

Original Medicare

Original Medicare hoạt động như thế nào?

Original Medicare là một trong những lựa chọn bảo hiểm sức khỏe Medicare của quý vị. Quý vị sẽ có Original Medicare trừ khi quý vị chọn một **Chương trình Medicare Advantage** hoặc một loại hình của **chương trình Medicare health**. Original Medicare bao gồm hai phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế).

Thông thường, quý vị phải trả một phần chi phí cho mỗi dịch vụ mà Original Medicare đòi hỏi. Không có hạn mức đối với số tiền tự trả của quý vị trong một năm trừ khi quý vị có chương trình bảo hiểm khác (như **Medigap**, **Medicaid**, bảo hiểm chủ lao động, người nghỉ hưu hoặc bảo hiểm công đoàn) hoặc ghi danh vào Chương trình Medicare Advantage thay vì Original Medicare.

Original Medicare

Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?	Đa số trường hợp là có. Quý vị có thể đến gặp bất kỳ bác sĩ nào đã đăng ký Medicare, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện hoặc cơ sở khác chấp nhận bệnh nhân Medicare ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ. Truy cập Medicare.gov/care-compare để tìm và so sánh các nhà cung cấp, bệnh viện và cơ sở trong khu vực của quý vị.
Chương trình có đòi hỏi cho thuốc kê toa không?	Không, trừ một vài trường hợp ngoại lệ (xem trang 26–27, 44, 47, và 52), Original Medicare không đòi hỏi hầu hết các loại thuốc. Quý vị có thể thêm bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) bằng cách tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt. Xem trang 79-90.
Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?	Không.
Tôi có cần được giới thiệu sử dụng bác sĩ chuyên khoa không?	Đa số trường hợp là không.
Tôi có nên mua thêm hợp đồng bảo hiểm bổ sung không?	Quý vị có thể đã có bảo hiểm Medicaid, bảo hiểm chủ lao động, người nghỉ hưu, công đoàn, các chương trình này có thể giúp chi trả cho các chi phí mà Original Medicare không đòi hỏi. Nếu không, quý vị nên mua một hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) nếu quý vị đủ điều kiện. Xem trang 75-78. Quý vị cũng có thể kiểm tra với văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) của quý vị để xem liệu quý vị có đủ điều kiện để nhận Medicaid không.

Tôi còn cần biết thêm điều gì khác về Original Medicare?

- Thông thường, quý vị sẽ phải trả một số tiền cố định cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình (**khoản khấu trừ**) trước khi Medicare bắt đầu chi trả phần chia sẻ chi phí của họ. Sau khi Medicare chi trả phần chia sẻ chi phí của họ, quý vị sẽ phải trả một khoản **đồng thanh toán** hoặc **đồng bảo hiểm** cho các dịch vụ và vật tư được đài thọ. **Không có hạn mức về số tiền quý vị tự trả hàng năm** trừ khi quý vị có bảo hiểm khác (như là **Medigap, Medicaid**, hoặc bảo hiểm cho chủ lao động, người về hưu hoặc công đoàn).
- Quý vị thường phải trả một khoản **phí bảo hiểm** hàng tháng cho Phần B, khoản phí này có thể thay đổi với mỗi năm.
- Thông thường, quý vị không cần phải nộp các yêu cầu thanh toán Medicare. Các nhà cung cấp dịch vụ và cung cấp thiết bị sẽ phải nộp yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ và vật tư được đài thọ mà quý vị nhận được.

Tôi phải trả những gì?

Chi phí tự trả của quý vị trong Original Medicare phụ thuộc vào việc:

- Quý vị có Phần A và/hoặc Phần B. Đa số mọi người có cả hai.
- Bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc nhà cung cấp thiết bị của quý vị có chấp nhận **"thỏa thuận** hay không." Xem trang 59-60.
- Loại hình chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần và mức độ thường xuyên quý vị cần đến nó.
- Quý vị có chọn nhận các dịch vụ hoặc vật tư mà Medicare không đài thọ hay không. Nếu có, thì quý vị phải trả tất cả các chi phí trừ khi quý vị có chương trình bảo hiểm khác đài thọ cho chúng.
- Quý vị có chương trình bảo hiểm y tế khác cùng hoạt động với Medicare hay không. Xem trang 21.
- Quý vị có Medicaid đầy đủ hay nhận hỗ trợ từ tiểu bang của để chi trả các chi phí Medicare của quý vị thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare. Xem trang 91-92.
- Quý vị có Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) hay không.
- Quý vị và bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của mình có ký hợp đồng riêng hay không. Xem trang 60.

Làm cách nào để biết Medicare đã chi trả cho những dịch vụ nào?

Nếu quý vị có Original Medicare, quý vị sẽ nhận được "Thông báo Tóm tắt của Medicare" (MSN) liệt kê tất cả các dịch vụ đã được lập hóa đơn cho Medicare. Quý vị có thể đăng ký để nhận Thông báo này ở dạng điện tử hàng tháng (xem lại bên dưới) hoặc một nhà thầu Medicare sẽ gửi cho quý vị qua đường bưu điện 3 tháng một lần. Đây không phải là một hóa đơn. Thông báo MSN cho biết Medicare đã chi trả cho những dịch vụ nào và những khoản nào mà quý vị có thể đang nợ nhà cung cấp dịch vụ. Hãy xem lại các thông báo MSN của mình để chắc chắn rằng quý vị đã nhận được tất cả các dịch vụ, vật tư, hoặc thiết bị được liệt kê. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Medicare về việc không chi trả (đài thọ) cho một dịch vụ nào đó, thì thông báo MSN sẽ cho quý vị biết cách để kháng nghị. Xem trang 99 để biết thông tin về cách nộp đơn kháng nghị.

Nếu quý vị cần thay đổi địa chỉ trên MSN của mình, hãy gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi theo số 1-800-325-0778. Nếu quý vị đang nhận trợ cấp của Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB), hãy gọi cho RRB theo số 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi 1-312-751-4701.

Thông báo MSN sẽ cho quý vị biết liệu quý vị đã được ghi danh vào chương trình Người thụ hưởng Medicare Đủ tiêu chuẩn (QMB) hay chưa. Nếu quý vị đang tham gia chương trình QMB, các nhà cung cấp dịch vụ Medicare sẽ không được phép lập hóa đơn cho quý vị **khoản khấu trừ**, **khoản đồng bảo hiểm**, hoặc **đồng thanh toán** Phần A và/hoặc Phần B. Trong một số trường hợp, quý vị có thể được lập hóa đơn một khoản đồng thanh toán nhỏ thông qua **Medicaid**, nếu có. Để biết thêm thông tin về QMB và các bước cần thực hiện nếu nhà cung cấp dịch vụ lập hóa đơn cho quý vị những chi phí này, xem trang 91.

Quan trọng!

Nhận Thông báo Tóm tắt của Medicare phiên bản điện tử

Đăng ký nhận “Thông báo Tóm tắt của Medicare” (còn được gọi là “eMSNs”) của quý vị bằng hình thức điện tử (eMSNs). Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Nếu quý vị đăng ký nhận eMSN, chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị mỗi tháng khi các thông báo này có sẵn trong tài khoản Medicare của quý vị. Các eMSN có thông tin giống với thông báo MSN giấy. Quý vị sẽ không nhận được bản sao giấy gửi qua thư bưu điện nữa nếu đã chọn eMSN, nhưng quý vị vẫn có thể chọn tự in chúng ra tại nhà. Tính tới giữa năm 2023, những người đã đăng ký nhận eMSNs đã giúp tiết kiệm Chương trình Medicare gần đến \$30 triệu.

Quý vị có nhiều lựa chọn trong cách nhận thông tin yêu cầu thanh toán bảo hiểm Medicare của mình. Quý vị có thể truy cập yêu cầu thanh toán trong tài khoản của quý vị trên [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) và chia sẻ thông tin này với bác sĩ, nhà thuốc và những người khác bằng cách sử dụng ứng dụng Blue Button® theo lựa chọn của quý vị. Ngày càng có nhiều ứng dụng dành cho máy vi tính và điện thoại di động được kết nối với Medicare thông qua Blue Button 2.0®. Nếu quý vị đồng ý chia sẻ thông tin của mình với một trong những ứng dụng này, nó có thể hiển thị cho quý vị thông tin chi tiết về các yêu cầu thanh toán mà Medicare đã chi trả thay mặt quý vị. Xem trang 109 để biết thêm thông tin.

Thỏa thuận chi trả trực tiếp (assignment) là gì?

Thỏa thuận chi trả trực tiếp bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị đồng ý (hoặc theo pháp luật yêu cầu) chấp nhận **số tiefn được Medicare chấp thuận** là phần thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được đài thọ.

Nếu bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung cấp thiết bị của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp:

- Chi phí tự trả của quý vị có thể ít hơn.
- Họ đồng ý chỉ tính phí cho quý vị khoản khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm Medicare và thường đợi đến khi Medicare chi trả phần chia sẻ chi phí của Medicare trước khi đề nghị quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị.
- Họ phải trực tiếp gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cho Medicare và không thể tính phí việc gửi yêu cầu thanh toán này cho quý vị.

Một số nhà cung cấp dịch vụ không đồng ý và luật pháp không bắt buộc họ phải chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** cho tất cả các dịch vụ được Medicare đài thọ, nhưng họ vẫn có thể chọn chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp cho các dịch vụ riêng lẻ. Những nhà cung cấp dịch vụ không đồng ý chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp cho tất cả các dịch vụ được gọi là “không tham gia chương trình”. Quý vị có thể phải trả nhiều tiền hơn cho các dịch vụ của họ nếu họ không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp cho dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Dưới đây là những điều sẽ diễn ra nếu bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ, hoặc nhà cung cấp thiết bị của quý vị không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp:

- **Quý vị có thể phải trả toàn bộ phí tại thời điểm sử dụng dịch vụ.** Bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ, hoặc nhà cung cấp thiết bị của quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán cho Medicare cho bất kỳ dịch vụ nào được Medicare đài thọ mà họ đã cung cấp cho quý vị. Nếu họ không gửi yêu cầu thanh toán Medicare sau khi quý vị yêu cầu họ làm vậy, hãy gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- **Họ có thể tính phí quý vị nhiều hơn số tiền được Medicare chấp thuận. Trong nhiều trường hợp, khoản phí không được nhiều hơn số tiền được gọi là “khoản phí giới hạn”.**

Nếu quý vị có Original Medicare, quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ tham gia Medicare nào mà quý vị muốn, bất kỳ đâu ở Hoa Kỳ.



So sánh: Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, trong đa số trường hợp, quý vị sẽ cần sử dụng các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác thuộc mạng lưới của chương trình.

Để tìm hiểu xem nhà cung cấp có chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp hoặc có tham gia vào Medicare hay không, hãy truy cập

 [Medicare.gov/care-compare.](https://www.Medicare.gov/care-compare)

Để tìm hiểu xem một nhà cung cấp trang thiết bị y tế có chấp nhận thỏa thuận chi trả không, hãy truy cập

 [Medicare.gov/medical-equipment-suppliers.](https://www.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers)

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được trợ giúp miễn phí với các chủ đề này. Xem trang 115–118 để tìm số điện thoại của SHIP tại địa phương của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu tôi muốn sử dụng một nhà cung cấp chọn không tham gia Medicare?

Một số bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không muốn làm việc với chương trình Medicare có thể “chọn không tham gia” Medicare. Medicare sẽ không chi trả cho bất kỳ vật phẩm hay dịch vụ nào được đài thọ nào mà quý vị nhận được từ một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác không tham gia chương trình, ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc nhu cầu khẩn cấp. Nếu quý vị vẫn muốn sử dụng nhà cung cấp dịch vụ không tham gia chương trình, thì quý vị và nhà cung cấp dịch vụ đó có thể thiết lập các điều khoản thanh toán mà cả hai đồng ý thông qua một hợp đồng riêng.

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ không tham gia chương trình phải làm như vậy trong 2 năm, và sẽ tự động gia hạn 2 năm một lần trừ khi nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu không gia hạn trạng thái không tham gia của họ nữa. Quý vị vẫn có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp này, nhưng họ phải tham gia vào một hợp đồng tư nhân với quý vị (trừ khi quý vị đang cần dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết khẩn cấp).

Nếu quý vị không chắc chắn nếu nhà cung cấp đã chọn không tham gia Medicare hay không, hãy kiểm tra với họ để quý vị sẽ biết trước được liệu quý vị sẽ cần phải tự chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị hay không.

MỤC 4

Các Chương trình Medicare Advantage và các tùy chọn khác

Các Chương trình Medicare Advantage là gì?

Một **Chương trình Medicare Advantage** là một cách khác để nhận đài thọ Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Các Chương trình Medicare Advantage, đôi khi được gọi là “Phần C” hoặc “Các Chương trình MA”, do các công ty tư nhân được Medicare phê duyệt cung cấp và phải tuân theo các quy tắc do Medicare đặt ra. Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc (Phần D). Trong nhiều các trường hợp, quý vị sẽ cần phải sử dụng những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của chương trình. Các kế hoạch này đặt ra giới hạn về số tiền quý vị phải tự trả mỗi năm cho các dịch vụ được đài thọ. Một số chương trình cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ không khẩn cấp ở ngoài mạng lưới, nhưng thường với chi phí cao hơn. Trong nhiều trường hợp, quý vị có thể cần được chương trình của mình chấp thuận, còn được gọi là cho phép trước, từ chương trình của quý vị khi chương trình chi trả cho một số loại thuốc hoặc dịch vụ nhất định.

Hãy nhớ rằng, quý vị phải dùng thẻ từ Chương trình Medicare Advantage của quý vị để nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ. Giữ thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam ở một nơi an toàn vì quý vị có thể cần thẻ trong tương lai.

Nếu quý vị tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ vẫn có Medicare nhưng quý vị sẽ nhận được phần lớn bảo hiểm Phần A và Phần B từ Chương trình Medicare Advantage của quý vị, chứ không phải Original Medicare.

Có những loại hình Chương trình Medicare Advantage nào?

- **Chương trình Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO):** Xem trang 66.
- **Chương trình HMO Point-of-Service (HMOPOS):** Chương trình HMO này có thể giúp quý vị nhận một số dịch vụ ngoài mạng lưới với mức **đồng thanh toán** hoặc **đồng bảo hiểm** cao hơn. Xem trang 66.
- **Các Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA):** Xem trang 67.
- **Chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO):** Xem trang 68.
- **Chương trình Tính phí Theo Dịch vụ Tư nhân (PFFS):** Xem trang 69.
- **Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP):** Xem trang 70.

Các Chương trình Medicare Advantage đài thọ cho những dịch vụ nào?

Các Chương trình Medicare Advantage cung cấp tất cả các quyền lợi Phần A và Phần B của quý vị, **ngoại trừ** các chi phí nhất định về thử nghiệm lâm sàng (nghiên cứu lâm sàng), chăm sóc cuối đời, chi phí cấy ghép thận (như là chi phí cho một người hiến thận còn sống), và, trong một khoảng thời gian tạm thời, một số quyền lợi mới đến từ luật pháp hoặc quyết định bảo hiểm quốc gia. Liên hệ với chương trình của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình được đài thọ.

★ **Lưu ý:** Xem trang 119–122 để biết các định nghĩa của từ có **màu xanh dương**.

Các chương trình có thể cung cấp thêm một số quyền lợi bổ sung

Với **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có thể được bảo hiểm cho những thứ mà Original Medicare không đài thọ, chẳng hạn như các chương trình thể dục (hội viên phòng tập thể dục hoặc giảm giá) và một số dịch vụ về thị lực, thính lực và dịch vụ nha khoa (như là khám hoặc vệ sinh định kỳ). Các chương trình cũng có thể chọn để đài thọ cho nhiều quyền lợi hơn nữa. Ví dụ: một số chương trình có thể cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ như đưa đón thăm khám bác sĩ, các loại thuốc không kê toa mà Phần D không đài thọ và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị hãy hỏi chương trình trước khi ghi danh để xem chương trình đó cung cấp những quyền lợi gì, và liệu có bất kỳ điều khoản hạn chế nào không.

Các chương trình cũng có thể điều chỉnh các gói quyền lợi của họ để cung cấp các quyền lợi bổ sung cho một số người ghi danh mắc bệnh mạn tính. Các gói này sẽ cung cấp các quyền lợi được tùy chỉnh để điều trị các bệnh lý cụ thể. Mặc dù quý vị có thể kiểm tra với Chương trình Medicare Advantage trước khi quý vị ghi danh để tìm hiểu xem họ cung cấp những gói quyền lợi này hay không, quý vị sẽ cần phải đợi cho đến khi quý vị tham gia vào chương trình để xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không.

Tận dụng tối đa quyền lợi nha khoa của quý vị

Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quản lý sức khỏe khoang miệng của quý vị, và liên hệ với chương trình của quý vị để tìm hiểu thêm về các dịch vụ nha khoa mà chương trình có thể đài thọ và các điều khoản hạn chế có thể áp dụng.

Các Chương trình Medicare Advantage phải tuân theo các quy tắc của Medicare

Medicare trả một số tiền cố định mỗi tháng cho các công ty cung cấp các Chương trình Medicare Advantage để bảo hiểm cho quý vị. Các công ty này phải tuân theo các quy tắc do Medicare đặt ra. Tuy nhiên, mỗi Chương trình Medicare Advantage có thể tính các chi phí tự trả khác nhau và có các quy tắc khác nhau về cách quý vị nhận dịch vụ (chẳng hạn như liệu quý vị có cần **giới thiệu** để sử dụng bác sĩ chuyên khoa hay không hoặc liệu quý vị có phải đến bác sĩ, cơ sở điều trị, hoặc nhà cung cấp thiết bị thuộc mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc phi cấp cứu hoặc không khẩn cấp hay không). Các quy tắc này có thể thay đổi mỗi năm. Các chương trình phải thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi nào trước khi bắt đầu năm ghi danh tiếp theo.

Hãy nhớ rằng, mỗi năm quý vị đều có quyền lựa chọn để giữ nguyên chương trình hiện tại của mình, chọn một chương trình khác, hoặc chuyển sang Original Medicare. Xem trang 71.

Các nhà cung cấp dịch vụ có thể tham gia hoặc rời khỏi mạng lưới nhà cung cấp của chương trình bất kỳ thời điểm nào trong năm. Chương trình của quý vị cũng có thể thay đổi các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới bất kỳ lúc nào trong năm. Nếu điều này xảy ra, quý vị thường sẽ không thể thay đổi chương trình nhưng có thể chọn một nhà cung cấp dịch vụ mới. Quý vị thường không thể thay đổi chương trình trong năm.

Mới!

Mặc dù mạng lưới các nhà cung cấp dịch vụ có thể thay đổi trong năm, chương trình vẫn phải cho phép quý vị tiếp cận với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ tiêu chuẩn. Chương trình của quý vị sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị chuẩn bị rời khỏi chương trình của quý vị để quý vị có thời gian chọn một nhà cung cấp mới. Quý vị sẽ nhận được thông báo này nếu một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc dịch vụ sức khỏe hành vi và quý vị đã đến khám ở nhà cung cấp đó trong ba năm vừa qua. Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào của quý vị rời khỏi chương trình của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo này trong một số trường hợp nhất định.

Chương trình của quý vị cũng sẽ:

- Giúp quý vị chọn một nhà cung cấp dịch vụ mới để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Giúp quý vị tiếp tục các dịch vụ chăm sóc cần thiết đã trong quá trình thực hiện.
- Thông báo cho quý vị về các thời điểm ghi danh khác nhau khả dụng với quý vị và các tùy chọn quý vị có thể có đối với việc đổi chương trình.

Hãy đọc thông báo của quý vị cẩn thận để quý vị biết bất cứ sự thay đổi nào và có thể đổi chương trình nếu quý vị không hài lòng, bất kể là trong Thời Gian Ghi Danh Mở hoặc Ghi danh Đặc biệt, nếu quý vị hội đủ điều kiện.

Khi một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quyền lợi không có sẵn hoặc không không thể đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị, đa số các chương trình sẽ giúp quý vị nhận dịch vụ chăm sóc **cần thiết về mặt y tế** bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp (với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới).



Số sánh: Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị không cần **giới thiệu** để dùng một bác sĩ chuyên khoa trong hầu hết các trường hợp (xem trang 57). Quý vị cũng có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ tham gia Medicare nào mà quý vị muốn, bất kỳ đâu ở Hoa Kỳ.

Quan trọng!

Đọc những thông tin mà quý vị nhận được từ chương trình bảo hiểm của mình

Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, hãy xem “Thông báo Thay đổi Hàng năm” và “Chứng từ Bảo hiểm” từ chương trình của quý vị mỗi năm:

- **Thông báo Thay đổi Hàng năm:** Bao gồm mọi thay đổi về bảo hiểm, chi phí, và nhiều thông tin hơn nữa sẽ có hiệu lực bắt đầu vào Tháng Một. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một bản in vào ngày 30 Tháng Chín.
- **Chứng Từ Bảo Hiểm:** Cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về những gì chương trình chi trả, số tiền quý vị phải trả và nhiều nội dung hơn nữa trong năm tới. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo (hoặc bản in) trước ngày 15 Tháng Mười, trong đó sẽ bao gồm thông tin về cách truy cập Chứng từ Bảo hiểm phiên bản điện tử hoặc cách yêu cầu một bản in.

Nếu quý vị quyết định tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage hãy cân nhắc đăng ký nhận phiên bản điện tử của sổ tay Medicare & You tại [Medicare.gov/go-digital](https://www.medicare.gov/go-digital). Quý vị sẽ nhận được thông tin chi phí và bảo hiểm từ chương trình của quý vị. Nếu quý vị không nhận được các tài liệu quan trọng này, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

Tôi cần biết những gì về các Chương trình Medicare Advantage?

Những ai có thể tham gia?

Để tham gia một Chương trình Medicare Advantage quý vị phải:

- Có Phần A và Phần B.
- Sống trong **khu vực dịch vụ** của chương trình.
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Tham gia và rời khỏi chương trình

- Quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage ngay cả khi quý vị có bệnh từ trước.
- **Quý vị chỉ có thể tham gia hoặc ngừng một Chương trình Medicare Advantage vào những thời điểm nhất định trong năm.** Xem trang 71-72.
- Mỗi năm, các Chương trình Medicare Advantage có thể chọn rời khỏi Medicare hoặc thực hiện các thay đổi về bảo hiểm, chi phí, khu vực dịch vụ, và hơn thế nữa. Nếu chương trình quyết định ngừng tham gia Medicare, quý vị sẽ phải tham gia một Chương trình Medicare Advantage khác hoặc trở lại Original Medicare. Xem trang 98.
- Các Chương trình Medicare Advantage phải tuân theo các quy tắc nhất định khi cung cấp cho quý vị thông tin về cách tham gia chương trình của họ. Xem trang 105–106 biết thêm thông tin về các quy tắc này và cách bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị.

Nếu tôi mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) thì sao?

Nếu quý vị mắc ESRD, quý vị có thể chọn Original Medicare hoặc **Chương trình Medicare Advantage** khi quyết định cách nhận bảo hiểm Medicare. Nếu quý vị chỉ đủ điều kiện để nhận Medicare vì quý vị mắc ESRD và quý vị được cấy ghép thận, quyền lợi Medicare của quý vị sẽ kết thúc sau 36 tháng sau khi phẫu thuật. Xem trang 52 để biết thêm thông tin về tiếp tục bảo hiểm cho các loại thuốc ức chế miễn dịch.

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)

Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage đều có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Trong một số loại hình chương trình nhất định không có bảo hiểm thuốc Medicare (như Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA) Plans và các Chương trình Tính phí Theo Dịch vụ Tư nhân (PFFS), quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng. Tuy nhiên, nếu quý vị tham gia một Chương trình của Tổ chức Bảo vệ Sức khỏe hoặc Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên mà không có bảo hiểm thuốc, quý vị không thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng.

Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần phải sử dụng bảo hiểm thuốc kê toa khác mà quý vị có (như là bảo hiểm chủ lao động hoặc người về hưu), hoặc nhận dịch vụ mà không có bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị quyết định không nhận bảo hiểm thuốc Medicare khi quý vị hội đủ điều kiện lần đầu tiên và bảo hiểm thuốc khác của quý vị không phải là **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín**, quý vị có thể phải nộp khoản phạt ghi danh trễ (xem trang 83–84) nếu quý vị tham gia vào một chương trình Phần D sau.

Nếu tôi có bảo hiểm khác thì sao?

Trao đổi với chủ lao động, công đoàn của quý vị, hoặc quản trị viên quyền lợi khác về các quy tắc của họ trước khi quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage. Trong một số trường hợp, việc tham gia một Chương trình Medicare Advantage có thể khiến quý vị mất bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn cho bản thân quý vị, vợ/chồng, và những người phụ thuộc của quý vị và quý vị sẽ không thể lấy lại được bảo hiểm đó. Trong một số trường hợp khác, nếu tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quý vị vẫn có thể sử dụng bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn cùng với Chương trình Medicare Advantage mà quý vị tham gia. Chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị cũng có thể cung cấp một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare Advantage cho người nghỉ hưu mà họ tài trợ. Quý vị chỉ có thể tham gia một Chương trình Medicare Advantage tại một thời điểm.

Nếu tôi có Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) thì sao?

Quý vị không thể mua (và không thể sử dụng) **Medigap** khi đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage. Quý vị không thể sử dụng Medigap để thanh toán cho bất kỳ chi phí nào (khoản **đồng thanh toán**, **khoản khấu trừ**, và **phí bảo hiểm**) mà quý vị có theo Chương trình Medicare Advantage.

Quan trọng!

Nếu quý vị đã có Medigap và tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị nên bỏ chương trình Medigap của mình. **Xin lưu ý, quý vị nếu bỏ Medigap để tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể sẽ không lấy lại được Medigap tùy thuộc vào quy tắc ghi danh Medigap của tiểu bang của quý vị và tình huống của quý vị.** Xem trang 78.

Tôi phải trả những gì?

Chi phí tự trả của quý vị trong một Chương trình Medicare Advantage phụ thuộc vào việc:

- Chương trình có tính phí bảo hiểm hàng tháng hay không. Một số Chương trình Medicare Advantage có phí bảo hiểm là \$0 (nhưng quý vị vẫn có thể phải chi trả phí bảo hiểm Phần B). Nếu quý vị tham gia vào một chương trình có tính phí bảo hiểm, quý vị phải trả khoản này ngoài phí bảo hiểm Phần B (và phí bảo hiểm Phần A nếu quý vị không có Phần A miễn phí bảo hiểm).
- Liệu chương trình có trả bất kỳ khoản phí bảo hiểm Phần B nào hàng tháng của quý vị hay không. Một số Chương trình Medicare Advantage sẽ giúp chi trả toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quyền lợi này đôi khi được gọi là “Giảm phí bảo hiểm Phần B.”

- Chương trình có **khoản khấu trừ** hàng năm hoặc bất kỳ khoản khấu trừ bổ sung nào cho các dịch vụ nhất định hay không.
- Quý vị phải trả bao nhiêu cho mỗi lần thăm khám hoặc dịch vụ (khoản **đồng thanh toán** hoặc **đồng bảo hiểm**). Các **Chương trình Medicare Advantage** không được tính phí nhiều hơn Original Medicare cho một số dịch vụ nhất định, như là hóa trị liệu, lọc máu, và **chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn**.
- Loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần và mức độ thường xuyên mà quý vị sử dụng dịch vụ đó.
- Quý vị nhận được dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hay nhà cung cấp dịch vụ không ký hợp đồng với chương trình. Nếu quý vị đến một bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở điều trị, hoặc nhà cung cấp thiết bị không thuộc mạng lưới của chương trình để nhận các dịch vụ chăm sóc phi cấp cứu hoặc không khẩn cấp, thì chương trình của quý vị có thể sẽ không đài thọ cho các dịch vụ của quý vị, hoặc mức chi phí quý vị phải trả có thể cao hơn.
- Quý vị có thăm khám với bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** hay không (nếu quý vị đang tham gia Chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên hoặc Tính phí Theo Dịch vụ Tư nhân, hoặc Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA) và quý vị nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình). Xem trang 59–60 để biết thêm thông tin về thỏa thuận.
- Chương trình có cung cấp các quyền lợi bổ sung khác hay không (ngoài các quyền lợi Original Medicare) và quý vị có cần phải thanh toán thêm để nhận các quyền lợi đó hay không.
- Hạn mức hàng năm của chương trình đối với các chi phí tự trả của quý vị cho tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B đài thọ. Sau khi trả hết hạn mức này, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được Phần A và Phần B đài thọ.
- Quý vị có **Medicaid** hoặc nhận hỗ trợ từ tiểu bang của mình thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare hay không. Xem trang 91-92.

Để tìm hiểu thêm về chi phí của quý vị trong một Chương trình Medicare Advantage cụ thể, hãy liên hệ với chương trình hoặc truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Làm sao để tôi biết chương trình của mình có đài thọ cho dịch vụ, thuốc hoặc vật tư nào đó hay không?

Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể nhận trước quyết định bằng lời hoặc bằng văn bản từ chương trình của quý vị để tìm hiểu xem liệu chương trình đó có đài thọ cho dịch vụ, thuốc hoặc vật tư nào đó hay không. Quý vị cũng có thể biết được số tiền mình sẽ phải trả. **Đây gọi là “quyết định của tổ chức” (“organization determination”)**. Đôi khi, quý vị phải thực hiện việc này dưới dạng ủy quyền trước để chương trình của quý vị có thể đài thọ cho dịch vụ, thuốc, hoặc vật tư. Xem trang 101.

Quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu nhận quyết định này của tổ chức. Quyết định của tổ chức mà đã được yêu cầu có thể bằng lời hoặc bằng văn bản. Dựa trên nhu cầu sức khỏe của quý vị, quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ của quý vị có thể đề nghị được quyết định nhanh đối với yêu cầu này. Nếu chương trình của quý vị từ chối bảo hiểm, chương trình này phải cho quý vị biết bằng văn bản và quý vị có quyền kháng nghị. Xem trang 97-100.

Nếu nhà cung cấp dịch vụ thuộc chương trình giới thiệu quý vị đến một dịch vụ hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhưng không nhận được quyết định trước của tổ chức, **thì việc này được gọi là “chăm sóc tự chọn trong chương trình” (“plan directed care”)**. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn so với khoản chia sẻ chi phí thông thường của chương trình. Hãy hỏi chương trình của quý vị để biết thêm thông tin về biện pháp bảo vệ này.

Các Loại hình Chương trình Medicare Advantage

HMO

Chương trình Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO)

Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?

Không. Quý vị thường phải nhận dịch vụ chăm sóc và các dịch vụ khác từ các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (ngoại trừ trường hợp chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực, lọc máu tạm thời ngoài khu vực, mà được đài thọ bất kể nó được cung cấp trong mạng lưới của chương trình hay ngoài mạng lưới của chương trình). Tuy nhiên, một số chương trình HMO, được gọi là Chương trình Điểm dịch vụ HMO Point-of-Service (HMOPOS), có cung cấp quyền lợi ngoài mạng lưới một số hoặc tất cả quyền lợi được đài thọ với mức **đồng thanh toán** hoặc **đồng bảo hiểm** cao hơn.

Các chương trình này có đài thọ cho các loại thuốc kê toa không?

Đa số trường hợp là có. Nếu quý vị dự định ghi danh vào một chương trình HMO và quý vị muốn tham gia bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị phải tham gia một chương trình HMO cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare. Nếu quý vị tham gia một Chương trình HMO không có bảo hiểm thuốc, quý vị không thể tham gia một Chương trình thuốc Medicare riêng biệt.

Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?

Đa số trường hợp là có.

Tôi có cần được giới thiệu để sử dụng bác sĩ chuyên khoa không?

Đa số trường hợp là có. Một số dịch vụ nhất định, như chụp quang tuyến vú hàng năm, không cần phải được giới thiệu.

Tôi còn cần biết thêm điều gì khác về loại hình chương trình này?

- Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe không khẩn cấp ngoài mạng lưới của chương trình, thì quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí.
- Điều quan trọng là quý vị cần tuân thủ các quy tắc của chương trình, như nhận được sự phê duyệt trước cho một dịch vụ nhất định khi cần.
- Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin.

MSA Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA)

Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?

Có. Các chương trình MSA thường không có mạng lưới các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và bệnh viện.

Các chương trình này có đòi hỏi cho các loại thuốc kê toa không?

Không. Nếu quý vị tham gia một chương trình Medicare MSA và muốn bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị sẽ phải tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng.

Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?

Không.

Tôi có cần được giới thiệu để sử dụng bác sĩ chuyên khoa không?

Không.

Tôi còn cần biết thêm điều gì khác về loại hình chương trình này?

Chương trình gửi tiền vào một tài khoản tiết kiệm đặc biệt để quý vị có thể sử dụng thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe. Số tiền ký gửi sẽ khác nhau tùy theo chương trình. Quý vị có thể sử dụng số tiền này để thanh toán các chi phí được Medicare đòi hỏi trước khi quý vị trả hết **khoản khấu trừ**. Số tiền còn lại trong tài khoản của quý vị vào cuối năm sẽ vẫn ở đó. Nếu quý vị giữ nguyên chương trình của mình vào năm sau, chương trình sẽ bổ sung thêm bất kỳ khoản tiền gửi mới nào vào số tiền còn lại.

- Các chương trình MSA không tính **phí bảo hiểm**, nhưng quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Phần B của mình.
- Chương trình sẽ chỉ bắt đầu bao trả chi phí Phần A và Phần B của quý vị sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ hàng năm cao, thay đổi theo từng chương trình.
- Một số chương trình có thể đòi hỏi thêm các quyền lợi, chẳng hạn như các dịch vụ thị lực, thính lực và nha khoa. Quý vị có thể phải trả phí bảo hiểm cho bảo hiểm bổ sung này.
- Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) hoặc liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin.

PPO

Chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO)

Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?

Có. Các chương trình PPO có các bác sĩ, chuyên gia, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác trong mạng lưới mà quý vị có thể sử dụng. Quý vị cũng có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho các dịch vụ được đài thọ, thường với chi phí cao hơn, nếu nhà cung cấp đồng ý điều trị cho quý vị và không lựa chọn không tham gia Medicare (đối với các vật phẩm và dịch vụ của Medicare Phần A và Phần B). Quý vị luôn luôn được đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp.

Các chương trình này có đài thọ cho các loại thuốc kê toa không?

Đa số trường hợp là có. Nếu quý vị dự định đăng ký tham gia PPO và quý vị muốn có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị phải tham gia một chương trình PPO cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare. Nếu quý vị tham gia một Chương trình PPO không có bảo hiểm thuốc, quý vị không thể tham gia một Chương trình thuốc Medicare riêng biệt.

Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?

Không.

Tôi có cần được giới thiệu để sử dụng bác sĩ chuyên khoa không?

Đa số các trường hợp là không. Nhưng nếu quý vị sử dụng các bác sĩ chuyên khoa của chương trình (trong mạng lưới), thì chi phí quý vị phải trả cho các dịch vụ được đài thọ thường sẽ thấp hơn nếu quý vị sử dụng các bác sĩ chuyên khoa không thuộc chương trình (ngoài mạng lưới).

Tôi còn cần biết thêm điều gì khác về loại hình chương trình này?

- Bởi vì một số nhà cung cấp dịch vụ nhất định được “ưu tiên”, quý vị có thể tiết kiệm tiền bằng cách sử dụng dịch vụ của họ.
- Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin.

PFFS Chương trình Tính phí Theo Dịch vụ Tư nhân (PFFS)

Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?

Có. Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ nào được Medicare chấp thuận, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện chấp nhận các điều khoản thanh toán của chương trình, đồng ý điều trị cho quý vị và không lựa chọn không tham gia Medicare (đối với các vật phẩm và dịch vụ của Medicare Phần A và Phần B). Nếu quý vị tham gia vào một Chương trình Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân có một mạng lưới, thì quý vị cũng có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào trong mạng lưới đã đồng ý luôn điều trị cho các hội viên của chương trình. Nếu quý vị chọn bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác ngoài mạng lưới chấp nhận các điều khoản của chương trình, quý vị có thể sẽ phải trả nhiều tiền hơn.

Các chương trình này có đòi hỏi cho các loại thuốc kê toa không?

Đôi khi. Nếu Chương trình PFFS của quý vị không cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare, quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng để được đòi hỏi thuốc từ Medicare (Phần D).

Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?

Không.

Tôi có cần được giới thiệu để sử dụng bác sĩ chuyên khoa không?

Không.

Tôi còn cần biết thêm điều gì khác về loại hình chương trình này?

- Chương trình sẽ quyết định số tiền mà quý vị phải trả cho các dịch vụ. Chương trình sẽ báo cho quý vị biết về khoản chia sẻ chi phí của quý vị trong các tài liệu “Thông báo Thay đổi Hàng năm” và “Chứng từ Bảo hiểm” mà chương trình gửi mỗi năm.
- Một số Chương trình PFFS ký hợp đồng với một mạng lưới các nhà cung cấp dịch vụ đồng ý luôn điều trị cho quý vị, ngay cả khi quý vị chưa từng sử dụng họ trước đây.
- Các bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ khác ngoài mạng lưới có thể quyết định không điều trị cho quý vị, ngay cả khi quý vị đã sử dụng họ trước đây.
- Trong trường hợp cấp cứu y tế, các bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ khác sẽ phải điều trị cho quý vị.
- Với mỗi dịch vụ quý vị nhận, hãy đảm bảo xuất trình thẻ hội viên chương trình của mình trước khi được điều trị.
- Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin.

SNP Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP)

Một SNP cung cấp các quyền lợi và dịch vụ cho người mắc các bệnh cụ thể, có nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhất định hoặc người cũng có bảo hiểm **Medicaid**. Các chương trình SNP bao gồm dịch vụ điều phối chăm sóc và điều chỉnh các quyền lợi, lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ, và danh sách thuốc (danh mục thuốc) sao cho phù hợp để đáp ứng tốt nhất nhu cầu cụ thể của các nhóm mà chương trình phục vụ.

Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?

Một số chương trình SNP đòi hỏi cho các dịch vụ ngoài mạng lưới nhưng một số thì không. Hãy liên hệ với chương trình để tìm hiểu xem họ có đòi hỏi cho các dịch vụ ngoài mạng lưới hay không, và nếu có, thì điều đó ảnh hưởng như thế nào đến chi phí quý vị phải trả.

Các chương trình này có đòi hỏi cho các loại thuốc kê toa không?

Có. Tất cả Chương trình SNP phải cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).

Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?

Một số SNP yêu cầu bác sĩ chăm sóc chính và một số lại không. Hãy liên hệ với chương trình để tìm hiểu xem quý vị có cần chọn bác sĩ chăm sóc chính hay không.

Tôi có cần được giới thiệu để sử dụng bác sĩ chuyên khoa không?

Một số SNPs yêu cầu giới thiệu và một số lại không. Một số dịch vụ nhất định, như chụp quang tuyến vú hàng năm, không cần phải được giới thiệu. Hãy hỏi chương trình để tìm hiểu xem quý vị có cần giấy giới thiệu không.

Tôi còn cần biết thêm điều gì khác về loại hình chương trình này?

- Những nhóm sau đủ điều kiện để ghi danh vào một chương trình SNP:
 - Những người sống trong các cơ sở nhất định (như là iện dưỡng lão) hoặc những người sống bên ngoài nhưng cần được chăm sóc điều dưỡng tại nhà (còn được gọi là “SNP tại Cơ sở” hoặc I-SNP).
 - Những người đủ điều kiện tham gia cả Medicare lẫn Medicaid (còn được gọi là “SNP Đủ điều kiện Kép” hoặc D-SNP). D-SNP sẽ ký hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị để giúp điều phối các quyền lợi Medicare và Medicaid của quý vị. Một số D-SNP có thể cung cấp dịch vụ Medicaid cùng với dịch vụ Medicare. Gọi cho văn phòng Hỗ trợ Cấp Y Tế Tiểu Bang (Medicaid) của quý vị để xác định điều kiện hội đủ để nhận Medicaid của quý vị.
 - Những người mắc các bệnh mạn tính nghiêm trọng hoặc gây tàn tật nhất định (như tiểu đường, Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), HIV/AIDS, suy tim mạn tính, hoặc sa sút trí tuệ) (còn được gọi là “SNP Bệnh Mạn tính” hay C-SNP). Các chương trình có thể giới hạn thêm tư cách thành viên ở mức chỉ có một bệnh mạn tính đơn lẻ hoặc một nhóm các bệnh mạn tính liên quan.
- Để tìm và so sánh các SNP hoặc các **Chương trình Medicare Advantage** tại khu vực của quý vị, hãy truy cập.



[Medicare.gov/plan-compare.](https://www.medicare.gov/plan-compare)

Lọc kết quả tìm kiếm của quý vị bằng “Special Needs Plans” (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt) để tìm xem có sẵn SNP trong khu vực của quý vị không. Hãy liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin.

Quý vị có thể tham gia, chuyển đổi, từ bỏ hoặc thay đổi Chương trình Medicare Advantage của mình

<p>Thời gian Ghi Danh Ban đầu Xem trang 17.</p>	<p>Khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện nhận Medicare</p>	<p>Khi đủ điều kiện ghi danh vào Medicare lần đầu, quý vị có thể tham gia một Chương trình Medicare Advantage. Nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn Ghi danh Ban đầu, quý vị có thể chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc) hoặc quay lại Original Medicare (có hoặc không có chương trình thuốc Medicare riêng) trong vòng 3 tháng đầu quý vị có Medicare.</p>
<p>Thời gian Ghi danh Chung Xem trang 18.</p>	<p>Ngày 1 Tháng Một đến Ngày 31 Tháng Ba</p>	<p>Nếu quý vị có bảo hiểm Phần A và quý vị nhận Phần B lần đầu trong thời gian này, thì quý vị cũng có thể tham gia một Chương trình Medicare Advantage.</p> <p>Bảo hiểm của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.</p> <p>Hãy nhớ rằng, quý vị phải có Phần A và Phần B để tham gia Chương trình Medicare Advantage.</p>
<p>Thời gian Ghi danh Mở</p>	<p>Ngày 15 Tháng Mười đến Ngày 7 Tháng Mười hai</p>	<p>Quý vị có thể tham gia, chuyển đổi hoặc từ bỏ Chương trình Medicare Advantage trong Thời gian Ghi danh Mở mỗi năm.</p> <p>Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày 1 Tháng Một (miễn là chương trình nhận được yêu cầu của quý vị trước ngày 7 Tháng Mười Hai).</p> <p>Nếu quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage trong thời gian này nhưng thay đổi ý định, quý vị có thể chuyển lại Original Medicare hoặc đổi sang một Chương trình Medicare Advantage khác (tùy thuộc vào việc loại bảo hiểm nào phù hợp hơn với quý vị) trong Thời gian Ghi danh Mở cho Medicare Advantage (từ Ngày 1 Tháng Một – 31 Tháng Ba) được mô tả ở trang tiếp theo.</p>

<p>Thời gian Ghi danh Mở cho Medicare Advantage</p>	<p>Ngày 1 Tháng Một đến 31 Tháng Ba</p> <p>Lưu ý: Quý vị chỉ có thể đổi chương trình một lần trong thời gian này.</p> <p>Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị.</p>	<p>Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc), trong thời gian này quý vị có thể:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chuyển sang Chương trình Medicare Advantage khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc). • Bỏ Chương trình Medicare Advantage của mình và trở lại Original Medicare. Quý vị cũng sẽ có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng. <p>Trong khoảng thời gian này, quý vị không thể:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chuyển từ Original Medicare sang một Chương trình Medicare Advantage. • Tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng nếu quý vị có Original Medicare. • Chuyển từ chương trình thuốc Medicare sang một chương trình khác nếu quý vị có Original Medicare. <p>Quý vị chỉ có thể thực hiện một thay đổi trong giai đoạn này, và mọi thay đổi quý vị thực hiện sẽ có hiệu lực vào đầu tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị trở lại với Original Medicare và tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng, quý vị không cần phải liên hệ với Chương trình Medicare Advantage của mình để hủy ghi danh. Việc hủy ghi danh sẽ diễn ra tự động khi quý vị tham gia vào chương trình thuốc.</p>
<p>Thời gian Ghi danh Đặc biệt</p> <p>Xem trang 17.</p>	<p>Sự kiện Cuộc đời Đủ điều kiện</p>	<p>Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị phải tiếp tục tham gia trong năm dương lịch bắt đầu vào ngày mà bảo hiểm của quý vị bắt đầu. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định, chẳng hạn như nếu quý vị chuyển nhà hoặc bị mất chương trình bảo hiểm khác, thì quý vị có thể tham gia, chuyển đổi, hoặc bỏ một Chương trình Medicare Advantage trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Xem trang 80.</p>
<p>Thời gian Ghi danh Đặc biệt 5 sao</p>	<p>Ngày 8 Tháng Mười Hai đến 30 Tháng Mười Một của năm tiếp theo</p> <p>Lưu ý: Quý vị chỉ có thể đổi chương trình một lần trong thời gian này.</p>	<p>Medicare sử dụng thang đánh giá từ 1-5 sao để giúp quý vị so sánh các chương trình dựa trên chất lượng và hiệu suất.</p> <p>Nếu một Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc Medicare, hoặc Chương trình Chi phí Medicare được xếp hạng 5 sao được cung cấp trong khu vực của quý vị, quý vị có thể sử dụng Thời hạn Ghi danh Đặc biệt 5 sao để chuyển từ Chương trình Medicare sang một Chương trình Medicare được đánh giá chất lượng 5-sao.</p> <p>Truy cập Medicare.gov để biết thêm thông tin.</p>

Quan trọng!

Nếu quý vị bỏ hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**) để tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có thể sẽ không lấy lại được Medigap. Ngoài ra, nếu quý vị không bỏ Chương trình Medicare Advantage của mình và trở lại Original Medicare trong vòng 12 tháng sau khi tham gia, thì quý vị có thể bị hạn chế khả năng có lại hợp đồng bảo hiểm Medigap khi quý vị quay lại Original Medicare. Xem trang 78.

Medicare có cung cấp các loại chương trình bảo hiểm hoặc chương trình khác để được bảo hiểm sức khỏe không?

Có, Medicare có thể cung cấp một số chương trình và chương trình bảo hiểm khác trong khu vực của quý vị. Có, một số trong các chương trình này cung cấp bảo hiểm Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế), trong khi những chương trình khác chỉ cung cấp bảo hiểm Phần B. Một số chương trình cũng cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Họ có một số (nhưng không phải tất cả) quy tắc giống như Chương trình Medicare Advantage. Tuy nhiên, mỗi loại hình chương trình đều có các quy tắc và ngoại lệ đặc biệt, vì vậy quý vị nên liên hệ với bất kỳ chương trình nào mà quý vị quan tâm để biết thêm thông tin chi tiết.

Chương trình Chi phí

Chương trình Chi phí Medicare là một loại hình **chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare** được cung cấp ở một số ít các khu vực nhất định trong cả nước.

- Thông thường, quý vị có thể tham gia chương trình ngay cả khi quý vị chỉ có Phần B.
- Nếu quý vị có Phần A và Phần B và thăm khám với một nhà cung cấp dịch vụ không thuộc mạng lưới, thì Original Medicare sẽ đòi hỏi cho các dịch vụ. Quý vị sẽ trả khoản **đồng bảo hiểm** và **khoản khấu trừ** của Phần A và Phần B.
- Quý vị có thể tham gia bất kỳ lúc nào mà Chương trình Chi phí Medicare chấp nhận các hội viên mới.
- Quý vị có thể rời đi bất kỳ lúc nào và trở lại Original Medicare.
- Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt hoặc quý vị có thể nhận được bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) từ Chương trình Chi phí (nếu được cung cấp). Quý vị có thể chọn nhận một chương trình thuốc Medicare riêng biệt ngay cả khi Chương trình Chi phí cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare. Quý vị chỉ có thể thêm hoặc bớt bảo hiểm thuốc vào các thời điểm nhất định (xem trang 80–81).

Để tìm hiểu xem có các Chương trình Chi phí trong khu vực của mình hay không, hãy truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Quý vị có thể liên hệ với chương trình mà quý vị quan tâm để biết thêm thông tin. Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị cũng có thể giúp quý vị. Xem trang 115–118 để biết số điện thoại của SHIP tại địa phương của quý vị. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE)

PACE là một chương trình Medicare và **Medicaid** được cung cấp ở nhiều tiểu bang cho phép những người cần đến dịch vụ chăm sóc ở cấp độ viện dưỡng lão có thể ở lại trong cộng đồng chẳng hạn như một ngôi nhà, căn hộ hoặc môi trường thích hợp khác. Để đủ điều kiện tham gia PACE, quý vị phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Quý vị từ 55 tuổi trở lên.
- Quý vị sống trong **khu vực dịch vụ** của một tổ chức PACE.
- Quý vị đã được chứng nhận bởi tiểu bang của mình rằng cần đến dịch vụ chăm sóc ở cấp độ viện dưỡng lão.
- Tại thời điểm tham gia, quý vị có khả năng sống an toàn trong cộng đồng với sự trợ giúp của các dịch vụ PACE.

PACE đài thọ cho tất cả các dịch vụ chăm sóc và các dịch vụ khác được Medicare và Medicaid đài thọ, và các dịch vụ khác mà nhóm chuyên gia chăm sóc sức khỏe của PACE quyết định là cần thiết để cải thiện và duy trì sức khỏe cho quý vị. Điều này bao gồm thuốc, cũng như bất kỳ dịch vụ chăm sóc **cần thiết về mặt y tế** nào khác, chẳng hạn như thăm khám với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ vận chuyển, chăm sóc tại nhà, thăm khám tại bệnh viện, và thậm chí cả dịch vụ lưu trú tại viện dưỡng lão khi cần thiết.

Nếu có Medicaid, quý vị sẽ không phải trả **phí bảo hiểm** hàng tháng cho phần dịch vụ chăm sóc dài hạn thuộc quyền lợi PACE. Nếu có Medicare mà không có Medicaid, quý vị sẽ bị tính phí bảo hiểm hàng tháng để chi trả cho phần dịch vụ chăm sóc dài hạn thuộc quyền lợi PACE và một khoản phí bảo hiểm cho bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Tuy nhiên, trong chương trình PACE, không bao giờ có **khoản khấu trừ** hoặc **đồng thanh toán** cho bất kỳ loại thuốc, dịch vụ, hoặc dịch vụ chăm sóc nào đã được nhóm chuyên gia chăm sóc sức khỏe PACE chấp thuận.

Truy cập [Medicare.gov/pace](https://www.Medicare.gov/pace) để tìm hiểu xem có tổ chức PACE nào phục vụ cộng đồng của quý vị hay không.

Các Dự án Đổi mới của Medicare

Medicare phát triển các mô hình, **thử nghiệm**, và thí điểm các dự án mang tính đổi mới để kiểm tra và đo lường tác động của những thay đổi có thể xảy ra trong Medicare. Các dự án này giúp tìm ra những cách thức mới để cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe và giảm chi phí, và đôi khi cung cấp cho quý vị thêm quyền lợi và dịch vụ. Thông thường, các dự án này chỉ hoạt động trong một khoảng thời gian giới hạn và dành cho một nhóm người cụ thể và/hoặc chỉ được cung cấp trong các khu vực cụ thể. Ví dụ về các mô hình, thử nghiệm, và dự án thí điểm hiện có bao gồm những hoạt động đổi mới trong dịch vụ chăm sóc chính, chăm sóc liên quan đến các thủ thuật cụ thể (như thay thế hông và đầu gối), chăm sóc ung thư, **dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn** hoặc chăm sóc hồi phục, và chăm sóc người bị mắc bệnh thận mạn tính và Bệnh Thận Giai đoạn cuối (ESRD). Medicare cũng khám phá những sự đổi mới thông qua **Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm (ACO)**.

Hãy hỏi bác sĩ của quý vị xem họ có tham gia vào các mô hình này hay không, và nó có ý nghĩa gì đối với việc chăm sóc của quý vị. Để tìm hiểu thêm về các mô hình, thử nghiệm, và các dự án thí điểm hiện có của Medicare, hãy gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

MỤC 5

Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)

Medigap hoạt động như thế nào?

Original Medicare không chi trả toàn bộ chi phí về các dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được đài thọ. Các hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**) do các công ty tư nhân bán, có thể giúp chi trả một số chi phí chăm sóc sức khỏe còn lại cho các dịch vụ và vật tư được đài thọ, như các khoản **đồng thanh toán**, **đồng bảo hiểm**, và **khấu trừ**.

Một số hợp đồng Medigap cũng cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ mà Original Medicare không đài thọ, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc y tế khi quý vị đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ. Thông thường, Medigap không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc dài hạn (như chăm sóc trong viện dưỡng lão), chăm sóc thị lực hoặc nha khoa, thiết bị trợ thính, kính mắt, hoặc dịch vụ điều dưỡng chăm sóc riêng.

Các chương trình Medigap đã được chuẩn hóa

Medigap phải tuân theo các luật liên bang và tiểu bang được xây dựng để bảo vệ quý vị, và các chương trình này phải được xác định một cách rõ ràng là “Bảo hiểm Bổ sung Medicare”. Chỉ có thể bán cho quý vị một chương trình bảo hiểm “chuẩn hóa”, được xác định ở hầu hết các tiểu bang như là các chương trình A – D, F, G, và K – N. Tất cả các chương trình đều cung cấp các quyền lợi cơ bản giống nhau, không quan trọng nơi quý vị sống và công ty bảo hiểm mà quý vị mua hợp đồng. Một số chương trình cung cấp thêm quyền lợi. Hãy so sánh quyền lợi của mỗi chương trình được đánh chữ cái để giúp quý vị tìm được một chương trình đáp ứng được nhu cầu của quý vị. Ở Massachusetts, Minnesota, và Wisconsin, các chương trình Medigap lại được chuẩn hóa theo một cách khác. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm hợp đồng Medigap trong khu vực của quý vị, hãy truy cập.



[Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans).

Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem cuốn sổ tay, “Chọn một Hợp đồng Medigap: Hướng dẫn Bảo hiểm Sức khỏe cho Người có Medicare”.

Quan trọng!

Các chương trình Medigap được bán cho những người mới tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 Tháng Một năm 2020 không được phép đài thọ cho khoản khấu trừ Phần B. Do đó, các Chương trình C và F không còn khả dụng cho những người mới tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 Tháng Một năm 2020. Tuy nhiên, nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận Medicare trước ngày 1 Tháng Một năm 2020 nhưng vẫn chưa ghi danh, quý vị có thể mua Chương trình C hoặc Chương trình F. Những người mới tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 Tháng Một năm 2020 có quyền mua các Chương trình D và G thay vì Chương trình C và F.

★ **Lưu ý:** Xem các trang 119–122 để biết định nghĩa của các từ **màu xanh dương**.

Làm sao để tôi có thể so sánh các chương trình Medigap với nhau?

Bảng dưới đây cho biết thông tin cơ bản về các quyền lợi khác nhau mà chương trình Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**) đài thọ cho năm 2023. Nếu xuất hiện con số phần trăm, thì chương trình Medigap sẽ đài thọ cho từng đó phần trăm của quyền lợi này, còn quý vị chịu trách nhiệm chi trả cho phần còn lại.

Quyền lợi	Chương trình Medigap									
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Khoản đồng bảo hiểm và viện phí của Medicare Phần A (tối đa thêm 365 ngày sau khi phúc lợi Medicare được sử dụng)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán của Medicare Phần B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Máu (3 pint đầu)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán chăm sóc cuối đời của Phần A	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Khoản đồng bảo hiểm chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Khoản khấu trừ Phần A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Khoản khấu trừ Phần B			100%		100%					
Phí phụ trội Phần B					100%	100%				
Cấp cứu khi du lịch nước ngoài (tối đa bằng hạn mức chương trình)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
							Hạn mức tự trả năm 2023**			
							\$6.940	\$3.470		

* Chương trình F và G cũng cung cấp chương trình có khấu trừ cao ở một số tiểu bang. Với lựa chọn này, quý vị phải trả các chi phí được Medicare đài thọ (tiền đồng bảo hiểm, đồng thanh toán và các khoản khấu trừ) lên tới tổng số tiền khấu trừ là \$2,700 trong năm 2023 trước khi hợp đồng của quý vị chi trả bất cứ thứ gì. (Quý vị không thể mua các Chương trình C và F nếu quý vị mới đủ điều kiện tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 Tháng Một, 2020. Xem trang 75 để biết thêm thông tin)

** Đối với các Chương trình K và L, sau khi quý vị trả hết hạn mức số tiền tự trả hàng năm và khoản khấu trừ Phần B hàng năm (\$226 trong 2023), chương trình Medigap sẽ chi trả 100% các dịch vụ được đài thọ cho thời gian còn lại của năm theo lịch.

*** Plan N chi trả 100% khoản đồng bảo hiểm Phần B. Quý vị sẽ phải trả một khoản đồng thanh toán lên đến \$20 cho một số lần khám tại văn phòng và một khoản đồng thanh toán lên đến \$50 cho những lần khám tại phòng cấp cứu mà không dẫn đến việc nhập viện nội trú.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) vào cuối mùa thu này để biết chi phí năm 2024.

Tôi cần biết thêm điều gì về Medigap?

Trước khi quý vị mua Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**), quý vị thường phải có Phần A và Phần B. Với Medigap, quý vị chi trả **phí bảo hiểm** hàng tháng cho một công ty bảo hiểm tư nhân cùng với phí bảo hiểm Phần B hàng tháng mà quý vị chi trả cho Medicare. **Nếu quý vị đang nghĩ về việc mua Medigap, hãy chắc chắn so sánh các chương trình. Chi phí có thể chênh lệch giữa các chương trình được các công ty khác nhau cung cấp với cùng lựa chọn bảo hiểm, và có thể tăng lên theo tuổi của quý vị. Một số tiểu bang đưa ra mức giới hạn đối với phí bảo hiểm Medigap.** Hợp đồng Medigap chỉ áp dụng cho một người. Vợ/chồng sẽ phải mua bảo hiểm riêng.

Tôi có thể mua Medigap và một bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt từ cùng một công ty không?

Có. Nhưng quý vị có thể cần thực hiện hai 2 khoản thanh toán phí bảo hiểm riêng biệt. Hãy liên hệ với công ty để biết cách trả các khoản phí bảo hiểm của mình.

Tôi có thể hưởng bảo hiểm thuốc ở cả hai chương trình Medigap và chương trình thuốc Medicare không?

Không. Xem trang 89 để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Ở một số tiểu bang, quý vị có thể mua một loại hình Hợp đồng Medigap khác được gọi là Medicare SELECT. Medicare SELECT là một loại hợp đồng Medigap được bán ở một số tiểu bang yêu cầu quý vị sử dụng bệnh viện và, trong một số trường hợp, các bác sĩ trong mạng lưới của họ để đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi bảo hiểm (trừ trường hợp khẩn cấp). Nếu mua Medicare SELECT, quý vị có quyền thay đổi quyết định trong vòng 12 tháng và chuyển sang Medigap tiêu chuẩn.

Khi nào là thời điểm tốt nhất để mua hợp đồng Medigap?

- Thời điểm tốt nhất để mua một hợp đồng Medigap là trong Thời gian Ghi danh Mở cho Medigap. Thời hạn 6 tháng này bắt đầu từ tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế), và quý vị từ 65 tuổi trở lên. (Một số tiểu bang có Thời gian Ghi danh Mở bổ sung.) **Sau thời gian ghi danh này, quý vị có thể không mua được bảo hiểm Medigap hoặc có thể tốn kém hơn.** Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể có quyền mua hợp đồng bảo hiểm Medigap (quyền phát hành được đảm bảo) ngoài Thời gian Ghi danh Mở cho Medigap của quý vị.
- Nếu quý vị trì hoãn việc đăng ký vào Phần B vì quý vị đã có bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa vào việc làm hiện tại của quý vị (hoặc vợ/chồng của quý vị), thì Thời gian Ghi danh Mở cho Medigap của quý vị sẽ không bắt đầu cho đến khi quý vị đăng ký Phần B.
- Luật liên bang thường không bắt buộc các công ty bảo hiểm bán Medigap cho những người dưới 65 tuổi. Nếu quý vị dưới 65 tuổi, quý vị có thể sẽ không mua được hợp đồng bảo hiểm mình muốn, hoặc bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào khác cho đến khi quý vị bước sang tuổi 65. Tuy nhiên, có một số tiểu bang yêu cầu các công ty bảo hiểm Medigap bán hợp đồng bảo hiểm Medigap cho những người dưới 65 tuổi. Nếu quý vị có thể mua, thì nó có thể sẽ đắt hơn.

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị (xem các trang 115–118 để biết số điện thoại của SHIP tại địa phương của quý vị), hoặc Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị để tìm hiểu thêm về các quyền của quý vị khi mua một hợp đồng bảo hiểm Medigap.

Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp.

Tôi có thể có cả Medigap lẫn một Chương trình Medicare Advantage không?

- Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, bất cứ ai bán cho quý vị một hợp đồng **Medigap** đều bất hợp pháp trừ khi quý vị chuyển đổi trở lại Original Medicare. Nếu quý vị không có kế hoạch rút khỏi Chương trình Medicare Advantage của mình, và có người muốn bán cho quý vị một hợp đồng bảo hiểm Medigap, hãy báo cáo điều này với Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị.
- Nếu quý vị có Medigap và tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị nên bỏ chương trình Medigap của mình. Quý vị không thể sử dụng Medigap để thanh toán các khoản **đồng thanh toán, khoản khấu trừ, và phí bảo hiểm** của Chương trình Medicare Advantage.

Quan trọng!

Nếu quý vị muốn hủy hợp đồng Medigap của mình, hãy liên hệ với công ty bảo hiểm của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị bỏ hợp đồng Medigap của mình để tham gia một Chương trình Medicare Advantage, thì quý vị sẽ không thể lấy lại được Medigap, hoặc trong một số trường hợp, bất kỳ hợp đồng Medigap nào trừ khi quý vị rời khỏi Chương trình Medicare Advantage trong thời gian dùng thử của quý vị.

- Nếu quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare ở tuổi 65, thì quý vị có thể chọn bất kỳ hợp đồng Medigap được công ty bảo hiểm bán tại tiểu bang của quý vị khi quý vị chuyển sang Original Medicare trong năm đầu tiên tham gia. Quý vị cũng có thể có cơ hội ghi danh vào chương trình thuốc Medicare vào lúc này.
- Nếu quý vị bỏ hợp đồng Medigap để tham gia một Chương trình Medicare Advantage lần đầu tiên, quý vị sẽ có thời gian 12 tháng đơn lẻ (thời gian dùng thử của quý vị) để lấy lại hợp đồng Medigap của quý vị **nếu công ty bảo hiểm đó vẫn bán hợp đồng** sau khi quý vị quay lại Original Medicare. Nếu không có sẵn, quý vị có thể mua hợp đồng bảo hiểm Medigap mà quý vị đủ điều kiện tham gia được công ty bảo hiểm ở tiểu bang của quý vị bán (ngoại trừ các Gói M hoặc N). Quý vị cũng có thể có cơ hội ghi danh vào chương trình thuốc Medicare vào lúc này.

Lưu ý: Nếu quý vị không bỏ Chương trình Medicare Advantage của mình và quay trở lại Original Medicare trong vòng 12 tháng kể từ khi tham gia, quý vị thường sẽ phải giữ nguyên Chương trình Medicare Advantage của mình trong thời gian còn lại của năm. Quý vị có thể rút tên hoặc thay đổi Chương trình Medicare Advantage trong Thời gian Ghi danh Mở hoặc Thời gian Ghi danh Đặc biệt nếu quý vị đủ điều kiện. Tùy thuộc vào loại hình Thời hạn Ghi danh Đặc biệt, quý vị có thể có hoặc không có quyền mua một hợp đồng Medigap.

- Một số tiểu bang còn cung cấp thêm các quyền đặc biệt bổ sung để mua một hợp đồng Medigap.

Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

- Gọi cho Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị. Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để xin số điện thoại. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập [Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans) để tìm các hợp đồng bảo hiểm có trong khu vực của quý vị.
- Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem cuốn sổ tay, “Chọn một Hợp đồng Medigap: Hướng dẫn Bảo Hiểm Sức Khỏe cho Người có Medicare”.
- Gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị Xem các trang 115–118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy trong khu vực của quý vị cũng có thể trợ giúp.

★ Xem các trang 10–14 để biết tổng quan về các lựa chọn Medicare dành cho quý vị.

MỤC 6

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)

Bảo hiểm thuốc Medicare hoạt động như thế nào?

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) giúp chi trả cho các loại thuốc kê toa mà quý vị cần. Nó là không bắt buộc và tất cả mọi người tham gia Medicare đều có thể mua. Ngay cả khi quý vị không có thuốc kê toa vào thời điểm hiện tại, hãy cân nhắc lấy bảo hiểm thuốc Medicare. Nếu quý vị quyết định không mua nó khi đủ điều kiện lần đầu và quý vị không có **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín** khác (như bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc công đoàn) hoặc nhận **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**, **quý vị có thể sẽ phải trả một khoản tiền phạt ghi danh trễ nếu quý vị tham gia vào chương trình sau**. Thông thường, quý vị sẽ phải trả khoản tiền phạt này đến chừng nào quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (xem trang 83–85). Để nhận được bảo hiểm thuốc của Medicare, quý vị phải tham gia một chương trình được Medicare phê duyệt có cung cấp bảo hiểm thuốc. Mỗi chương trình có thể khác nhau về chi phí và các loại thuốc cụ thể được đài thọ. Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để tìm và so sánh các chương trình trong khu vực của quý vị.

Có 2 cách để nhận bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D):

- 1. Các chương trình thuốc Medicare.** Các chương trình này giúp bổ sung bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) cho Original Medicare, một số Chương trình Tính phí Theo Dịch vụ Tư nhân Medicare Advantage, và Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế (MSA) Medicare Advantage. Quý vị phải có Phần A và/hoặc Phần B để tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
- 2. Các Chương trình Medicare Advantage hoặc các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác có bảo hiểm thuốc.** Quý vị nhận được bảo hiểm Phần A, Phần B, và bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) qua các chương trình này. Hãy nhớ rằng, quý vị phải có Phần A và Phần B để tham gia Chương trình Medicare Advantage, và không phải tất cả chương trình Medicare Advantage đều cung cấp bảo hiểm thuốc.

Trong cả hai trường hợp, quý vị phải sống trong **khu vực dịch vụ** của chương trình mà quý vị muốn tham gia và có mặt hợp pháp ở Hoa Kỳ. **Chương trình thuốc Medicare và chương trình bảo hiểm y tế Medicare đều được gọi “bảo hiểm thuốc Medicare” trong sổ tay này.**

Quan trọng!**Nếu quý vị có bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn**

Hãy gọi cho quản trị viên quyền lợi của quý vị trước khi quý vị thực hiện bất kỳ thay đổi nào, hoặc đăng ký bất kỳ bảo hiểm nào khác. Nếu quý vị đăng ký bảo hiểm khác, quý vị có thể mất bảo hiểm thuốc và sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn cho bản thân quý vị và những người phụ thuộc của mình. Nếu điều này xảy ra, quý vị có thể sẽ không lấy lại được bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị muốn biết cách thức bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) hoạt động cùng với các bảo hiểm thuốc khác mà quý vị có thể có, hãy xem trang 88–90.

Khi nào tôi có thể tham gia, chuyển đổi, hoặc bỏ một chương trình?

Quý vị có thể tham gia, chuyển đổi, hoặc bỏ một chương trình thuốc Medicare hoặc một **Chương trình Medicare Advantage** có bảo hiểm thuốc trong những thời gian sau:

- **Thời gian Ghi danh Ban đầu.** Khi đủ điều kiện ghi danh vào Medicare lần đầu, quý vị có thể tham gia một chương trình. Xem trang 17.
- **Thời gian Ghi danh Mở.** Từ ngày 15 Tháng Mười – ngày 7 Tháng Mười Hai hàng năm, quý vị có thể tham gia, chuyển đổi, hoặc bỏ một chương trình. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày 1 Tháng Một (chúng nào chương trình còn nhận được yêu cầu của quý vị trước ngày 7 Tháng Mười Hai). Xem trang 71.
- **Thời gian Ghi danh Mở cho Medicare Advantage (chỉ khi quý vị đã có một Chương trình Medicare Advantage).** Từ ngày 1 Tháng Một – ngày 31 Tháng Ba hàng năm, quý vị có thể chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác hoặc chuyển sang Original Medicare (và tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng) một lần trong thời gian này. Xem trang 72.

Mới!

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024, nếu quý vị phải chi trả Phần A, và quý vị đăng ký nhận Phần B trong Thời gian Ghi danh Chung (ngày 1 Tháng Một–ngày 31 Tháng Ba), quý vị cũng có thể tham gia chương trình thuốc Medicare khi quý vị đăng ký nhận Phần B. Quý vị sẽ có 2 tháng sau khi đăng ký nhận Phần B để tham gia chương trình thuốc. Bảo hiểm thuốc của quý vị sẽ bắt đầu vào tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị.

Thời gian Ghi danh Đặc biệt

Thông thường, quý vị sẽ phải ở chương trình của mình trong cả năm. Nhưng khi một số sự kiện nhất định xảy ra trong cuộc sống của quý vị, chẳng hạn như nếu quý vị chuyển nhà hoặc bị mất chương trình bảo hiểm khác, thì quý vị có thể đủ điều kiện cho Thời hạn Ghi danh Đặc biệt. Quý vị có thể thực hiện các thay đổi đối với chương trình của mình giữa năm nếu quý vị đủ điều kiện. Hãy liên hệ với chương trình bảo hiểm của quý vị để biết thêm thông tin.

Mới!

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024, nếu quý vị đăng ký Phần A hoặc Phần B trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt vì tình trạng ngoại lệ (xem trang 18), quý vị sẽ có 2 tháng để tham gia Chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc) hoặc một chương trình thuốc Medicare (Phần D). Bảo hiểm của quý vị sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi Chương trình Medicare Advantage nhận được yêu cầu tham gia của quý vị.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), hoặc hỏi chương trình của quý vị để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Chương Trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) để được hỗ trợ. Xem trang 115–118 để biết số điện thoại của SHIP tại địa phương của quý vị.

Tôi cần làm như thế nào để chuyển đổi chương trình?

Quý vị có thể chuyển sang một chương trình thuốc Medicare mới hoặc một Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc đơn giản bằng cách tham gia vào một chương trình khác trong một trong những khoảng thời gian được liệt kê ở trên. Bảo hiểm thuốc cũ của quý vị sẽ kết thúc khi bảo hiểm thuốc mới của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ nhận được thư từ chương trình mới của mình cho biết khi nào bảo hiểm của quý vị bắt đầu, vì vậy **quý vị không cần phải hủy bỏ chương trình cũ của mình**. Quý vị có thể chuyển đổi chương trình bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tôi cần làm như thế nào để bỏ chương trình?

Nếu quý vị muốn bỏ chương trình thuốc Medicare hoặc **Chương trình Medicare Advantage** có bảo hiểm thuốc của mình và không muốn tham gia một chương trình mới, quý vị chỉ có thể làm như vậy trong những thời gian nhất định (xem trang 80). Quý vị có thể hủy ghi danh bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE. Quý vị cũng có thể gửi thư tới chương trình để cho họ biết quý vị muốn rút tên. Nếu quý vị bỏ chương trình của mình và muốn tham gia vào một chương trình thuốc Medicare khác hoặc một **chương trình bảo hiểm y tế Medicare** có bảo hiểm thuốc vào sau này, quý vị phải đợi đến thời gian ghi danh. Quý vị cũng phải nộp một khoản phạt ghi danh muộn nếu quý vị không có **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín**. Xem trang 83-85.

Đọc những thông tin mà quý vị nhận được từ chương trình bảo hiểm của mình

Xem các tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” và “Thông báo Thay đổi Hàng năm” mà chương trình gửi cho quý vị mỗi năm. Chứng từ Bảo hiểm cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về những dịch vụ mà chương trình đài thọ, số tiền quý vị phải trả, và các thông tin khác. Thông báo Thay đổi Hàng năm bao gồm mọi thay đổi về lựa chọn bảo hiểm, chi phí, mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ, **khu vực dịch vụ**, và nhiều chủ đề khác sẽ có hiệu lực vào Tháng Một. Nếu quý vị không nhận được những tài liệu quan trọng này vào đầu mùa thu, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

Tôi phải trả bao nhiêu?

Các chi phí thuốc của quý vị sẽ khác nhau tùy theo chương trình quý vị chọn. Hãy nhớ rằng lựa chọn bảo hiểm và các chi phí của chương trình có thể thay đổi mỗi năm. Quý vị có thể phải trả **phí bảo hiểm**, **khấu trừ**, khoản **đồng thanh toán**, hoặc **đồng bảo hiểm** trong suốt cả năm. Tìm hiểu thêm về các chi phí này ở trang tiếp theo.

Các chi phí bảo hiểm thuốc thực tế của quý vị sẽ khác nhau tùy thuộc vào việc:

- Các loại thuốc kê toa của quý vị và liệu chúng có nằm trong danh sách các loại thuốc được đài thọ (**danh mục thuốc**). Xem trang 85.
- Thuốc thuộc “bậc” nào. Xem trang 85.
- Quý vị đang ở trong giai đoạn quyền lợi thuốc nào (chẳng hạn như liệu quý vị đã trả hết khoản khấu trừ của mình chưa, hay quý vị đang trong giai đoạn bảo hiểm tai ương). Xem trang 83.
- Quý vị sử dụng nhà thuốc nào (liệu nhà thuốc đó cung cấp khoản chia sẻ chi phí ưu tiên hay tiêu chuẩn, có nằm ngoài mạng lưới hay không, hoặc có cho đặt hàng qua thư hay không). Chi phí thuốc tự trả của quý vị có thể ít hơn tại một nhà thuốc ưu tiên vì họ đã đồng ý với chương trình của quý vị để tính phí ít hơn.
- Liệu quý vị có được **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** chi trả chi phí thuốc Medicare hay không. Xem trang 92.



Chi phí & bảo hiểm: Có một số cách mà quý vị có thể thực hiện để giảm giá thuốc của quý vị bao gồm chọn thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược hoặc thanh toán chi phí không có bảo hiểm của một loại thuốc. Hãy hỏi dược sĩ của quý vị—họ có thể cho quý vị biết nếu có lựa chọn nào rẻ hơn. Trao đổi với bác sĩ của mình để chắc chắn rằng lựa chọn thuốc gốc là tốt nhất cho quý vị.

Phí bảo hiểm hàng tháng

Hầu hết các chương trình thuốc đều tính một khoản phí hàng tháng mà sẽ khác nhau tùy theo từng chương trình. Quý vị sẽ phải trả khoản phí này ngoài **phí bảo hiểm** Phần B. Nếu quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage** hoặc một Chương trình Chi phí Medicare có bảo hiểm thuốc, thì phí bảo hiểm hàng tháng có thể bao gồm một khoản tiền cho bảo hiểm thuốc.

Lưu ý: Hãy liên hệ với chương trình của quý vị (không phải Cơ quan An sinh Xã hội hay Ban hưu trí Ngành đường sắt (RRB)) nếu quý vị muốn phí bảo hiểm thuốc được khấu trừ vào khoản chi trả An sinh Xã hội hoặc RRB hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị muốn dừng việc khấu trừ phí bảo hiểm này và nhận được hóa đơn trực tiếp, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

Quan trọng!

Nếu quý vị có thu nhập cao hơn, quý vị có thể phải trả nhiều tiền hơn cho bảo hiểm thuốc Medicare của mình (Phần D). Nếu thu nhập của quý vị trên một giới hạn nhất định (vào năm 2023: \$97,000 nếu quý vị kê khai thuế riêng hoặc \$194,000 nếu quý vị đã kết hôn và khai thuế chung), quý vị sẽ phải trả thêm một số tiền ngoài khoản phí bảo hiểm của chương trình (đôi khi được gọi là “IRMAA Phần D”). Quý vị cũng sẽ phải trả số tiền bổ sung này nếu quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc. Điều này không áp dụng cho tất cả mọi người, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả số tiền bổ sung.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) vào cuối mùa thu này để xem các hạn mức 2024.

Thông thường, số tiền bổ sung sẽ được khấu trừ vào khoản chi trả An sinh Xã hội hoặc RRB của quý vị. Nếu Medicare hoặc RRB lập hóa đơn cho quý vị số tiền bổ sung này thay vì khấu trừ vào khoản chi trả An sinh Xã hội hoặc RRB, thì quý vị sẽ phải trả số tiền bổ sung này cho Medicare hoặc RRB, chứ không phải chương trình của quý vị. Nếu quý vị không trả số tiền bổ sung, quý vị có thể mất bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) của mình. Quý vị có thể sẽ không tham gia ngay vào được một chương trình khác, và quý vị có thể phải trả một khoản tiền phạt ghi danh trễ đến chừng nào quý vị có bảo hiểm thuốc.

Quý vị sẽ trả các khoản IRMAA Phần D này một cách riêng biệt, ngay cả khi chủ lao động của quý vị hoặc một bên thứ ba khác (chẳng hạn như hệ thống hưu trí) thanh toán phí bảo hiểm cho quý vị.

Nếu quý vị phải trả số tiền bổ sung và quý vị không đồng ý (ví dụ: quý vị có một hoặc nhiều sự kiện thay đổi cuộc sống làm giảm thu nhập của bản thân), hãy truy cập [SSA.gov](https://www.SSA.gov) hoặc gọi An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0778.

Khoản khấu trừ hàng năm

Đây là số tiền mà quý vị phải trả trước khi chương trình bắt đầu chi trả phần chia sẻ chi phí của họ cho các loại thuốc được đài thọ của quý vị. Một số chương trình không có **khoản khấu trừ**. Trong một số chương trình có khoản khấu trừ, các loại thuốc ở một số bậc được đài thọ trước khoản khấu trừ.

Đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm

Đây là số tiền quý vị sẽ trả cho các loại thuốc được đài thọ của mình sau khi đã trả hết **khoản khấu trừ** (nếu chương trình có khoản khấu trừ). Quý vị trả phần chia sẻ chi phí của mình và chương trình trả phần chia sẻ chi phí của họ cho các loại thuốc được đài thọ. Nếu quý vị trả **đồng bảo hiểm**, những khoản tiền này có thể khác nhau trong năm do những thay đổi trong tổng chi phí của thuốc. Số tiền quý vị phải trả cũng sẽ phụ thuộc vào bậc được gán cho thuốc của quý vị. Xem trang 85.

Trong 2023, sau khi quý vị và chương trình của quý vị chi trả tổng cộng \$4,660 (\$5,030 trong 2024) cho các loại thuốc (bao gồm cả khấu trừ), quý vị thường sẽ phải trả không nhiều hơn 25% chi phí thuốc kê toa cho đến khi chi phí tự trả của quý vị là \$7,400 (\$8,000 trong 2024).

Giai đoạn bảo hiểm tai ương

Trong khi 2023, sau khi số tiền tự trả của quý vị đạt mức \$7,400, quý vị sẽ tự động nhận được “bảo hiểm tai ương”. Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị chỉ phải trả một phần trăm đồng bảo hiểm nhỏ (không quá 5%) hoặc **đồng thanh toán** các thuốc bảo hiểm phần D được đài thọ của quý vị cho đến hết năm.

Mới!

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024, sau khi số tiền tự trả của quý vị đạt \$8,000, (bao gồm các khoản tiền nhất định do người khác hoặc tổ chức tạo ra, bao gồm chương trình Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) của Medicare, thay mặt cho quý vị), quý vị sẽ phải chi trả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm cho đến hết năm.

Lưu ý: Nếu quý vị nhận được **Extra Help**, quý vị sẽ không phải trả một số trong các chi phí này. Xem trang 92–94.

Quan trọng!

Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để nhận chi phí chương trình thuốc Medicare và **Chương trình Medicare Advantage** cụ thể, và gọi cho chương trình mà quý vị quan tâm để nhận được nhiều thông tin được/ Để được hỗ trợ so sánh các chi phí của chương trình, hãy liên hệ với Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP). Xem trang 115–118 để biết số điện thoại của SHIP tại địa phương của quý vị. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp.

Tiền phạt ghi danh trễ của bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) là gì?

Tiền phạt ghi danh trễ là số tiền được thêm vĩnh viễn vào **phí bảo hiểm** của bảo hiểm Thuốc Medicare (Phần D). Quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ nếu bất kỳ lúc nào sau khi Thời hạn Ghi danh Ban đầu của quý vị kết thúc, có một khoảng thời gian từ 63 ngày trở lên liên tiếp quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare hoặc **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín**. Quý vị thông thường sẽ phải trả tiền phạt đến chừng nào quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare.

Lưu ý: Nếu nhận được Trợ giúp Bổ sung (Extra Help), quý vị sẽ không phải trả tiền phạt ghi danh trễ.

3 cách để tránh bị phạt:

- 1. Mua bảo hiểm Thuốc Medicare (Phần D) khi quý vị đủ điều kiện lần đầu tiên để nhận bảo hiểm.** Ngay cả khi quý vị hiện tại không dùng thuốc, quý vị nên cân nhắc tham gia vào chương trình thuốc Medicare riêng biệt hoặc một chương trình Medicare Advantage Plan có bảo hiểm để tránh bị phạt. Quý vị có thể tìm được một chương trình đáp ứng nhu cầu của mình mà chỉ phải đóng một khoản nhỏ phí bảo hiểm hàng tháng hoặc được miễn phí. Xem trang 10–14 để tìm hiểu thêm về các lựa chọn của quý vị.
- 2. Thêm bảo hiểm Thuốc Medicare (Phần D) nếu quý vị mất bảo hiểm uy tín khác.** Bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín có thể bao gồm bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc công đoàn, TRICARE, Indian Health Service, the Department of Veterans Affairs, hoặc bảo hiểm y tế cá nhân. Chương trình của quý vị phải nói cho quý vị mỗi năm nếu bảo hiểm thuốc không phải Medicare là bảo hiểm ưu tiên. Nếu trong 63 ngày trở lên liên tiếp mà quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare hoặc bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín khác, thì quý vị có thể sẽ phải trả tiền phạt nếu đăng ký bảo hiểm thuốc Medicare sau đó.
- 3. Giữ hồ sơ thể hiện thời điểm quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín khác, và nói về chương trình của quý vị khi họ hỏi về chương trình.** Nếu quý vị không nói cho chương trình trước đó biết về bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín trước đây của mình, quý vị có thể phải trả tiền phạt đến chừng nào quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare.

Tôi sẽ phải trả thêm bao nhiêu tiền nếu bị phạt ghi danh trễ?

Chi phí cho khoản phạt ghi danh trễ tùy thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín. Hiện tại, khoản nộp phạt được tính bằng cách nhân 1% của “phí bảo hiểm thụ hưởng gốc toàn quốc” (\$32.74 trong 2023) với số tháng đầy đủ, không được đài thọ mà quý vị hội đủ điều kiện nhưng không nhận bảo hiểm Thuốc Medicare (Phần D) và đi khám mà không có bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín khác. Số tiền cuối cùng sẽ được làm tròn đến \$.10 gần nhất và được thêm vào **phí bảo hiểm**. “Phí bảo hiểm thụ hưởng gốc trên toàn quốc” có thể tăng hoặc giảm mỗi năm. Nếu điều đó xảy ra, khoản nộp phạt có thể tăng hoặc giảm. Sau khi quý vị mua bảo hiểm thuốc Medicare, chương trình sẽ nói cho quý vị biết nếu quý vị nợ tiền phạt hay không và số phí bảo hiểm của quý vị.

Ví dụ:

Bà Martinez hiện đủ điều kiện nhận Medicare, và Thời hạn Ghi danh Ban đầu của bà đã kết thúc vào ngày 31 Tháng Năm, 2019. Bà không có bảo hiểm thuốc kê toa từ bất kỳ nguồn nào khác. Bà đã không tham gia trước ngày 31 Tháng Năm, 2019 và thay vào đó, bà đã tham gia trong Open Thời gian Ghi danh Mở kết thúc vào ngày 7 Tháng Mười Hai, 2021. Bảo hiểm thuốc của bà có hiệu lực tới Tháng 1, 2022.

2022

Vì bà Martinez không có bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín từ Tháng Sáu 2019–Tháng Mười Hai 2021, nên tiền phạt của bà trong năm 2022 là 31% (1% mỗi tháng cho 31 tháng) của \$33.37 (phí bảo hiểm thụ hưởng gốc) hay \$10.34. Vì số tiền phạt hàng tháng luôn được làm tròn đến \$0.10 gần nhất, nên bà phải trả \$10.30 mỗi tháng ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.

Sau đây là cách tính:

.31 (31% tiền phạt) × **\$33.37** (phí bảo hiểm thụ hưởng 2022) = **\$10.34**

\$10.34 làm tròn đến số gần nhất \$0.10 = **\$10.30**

\$10.30 = số tiền phạt ghi danh trễ hàng tháng của bà Martinez cho 2022

2023

Vào năm 2023, Medicare đã tính toán lại về khoản tiền phạt của Bà Martinez bằng cách sử dụng tiền lệ **phí bảo hiểm** của người thụ hưởng cơ sở (\$32.74). Vì vậy, tiền phạt hàng tháng mới của bà Martinez vào năm 2023 là 31% của \$32.74, hay \$10.14 mỗi tháng. Do số tiền phạt hàng tháng luôn được làm tròn đến \$0.10 gần nhất, nên bà phải trả \$10.10 mỗi tháng ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.

Sau đây là cách tính:

.31 (31% phiếu phạt) × **\$32.74** (thuế thụ hưởng 2023) = **\$10.14**

\$10.14 làm tròn tới số gần nhất \$0.10 = **\$10.10**

\$10.10 = số tiền phạt ghi danh trễ hàng tháng của bà Martinez 2023

Nếu tôi không đồng ý với khoản tiền phạt ghi danh trễ thì sao?

Chương trình thuốc Medicare hoặc **Chương trình Medicare Advantage** có bảo hiểm thuốc của quý vị sẽ gửi cho quý vị thư thông báo rằng quý vị sẽ phải trả tiền phạt ghi danh trễ. Nếu quý vị không đồng ý với khoản tiền phạt đó, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại (thường là trong vòng 60 ngày kể từ ngày ghi trên thư). Hãy điền vào “mẫu đơn yêu cầu xem xét lại” mà quý vị nhận được cùng với thư theo ngày được ghi trong thư. Quý vị có thể cung cấp bằng chứng chứng minh cho trường hợp của mình, chẳng hạn như thông tin về **bảo hiểm thuốc kê toa uy tín**. Nếu cần trợ giúp, quý vị hãy gọi cho chương trình của mình.

Những loại thuốc nào được đòi hỏi?

Tất cả các chương trình phải đòi hỏi cho nhiều loại thuốc kê toa mà những người có Medicare sử dụng, bao gồm hầu hết các loại thuốc thuộc một số “nhóm được bảo vệ” nhất định, như thuốc điều trị ung thư hoặc HIV/AIDS. Thông tin về danh sách các loại thuốc được đòi hỏi của một chương trình (gọi là “**danh mục thuốc**”) không có trong cuốn sổ tay này vì mỗi chương trình đều có danh mục thuốc riêng. Một chương trình có thể thực hiện một số thay đổi đối với danh sách thuốc của mình trong năm nếu chương trình tuân theo các hướng dẫn do Medicare đặt ra. Ví dụ: chương trình của quý vị có thể thay đổi danh sách thuốc trong năm vì liệu pháp điều trị bằng thuốc thay đổi, thuốc mới được phát hành hoặc có thông tin y tế mới. Khoản **đồng bảo hiểm** của chương trình của quý vị có thể tăng vì một loại thuốc biệt dược hoặc thuốc gốc khi nhà sản xuất tăng giá. Khoản **đồng thanh toán** của chương trình của quý vị hoặc khoản đồng bảo hiểm có thể tăng khi một chương trình bắt đầu cung cấp dạng thuốc gốc của thuốc biệt dược, nhưng quý vị vẫn tiếp tục sử dụng thuốc biệt dược. Trong một số trường hợp, một chương trình có thể đòi hỏi một loại thuốc cho tình trạng y tế này nhưng không đòi hỏi cho tình trạng khác.

Lưu ý: Medicare Phần B đòi hỏi số lượng hạn chế các loại thuốc kê toa điều trị ngoại trú. Xem trang 39 để biết thêm thông tin.

Bảo hiểm Thuốc Medicare (Phần D) đặc biệt đặt thuốc vào các bậc khác nhau trong danh mục của họ. Thuốc ở mỗi bậc sẽ có chi phí khác nhau. Ví dụ: một loại thuốc ở bậc thấp hơn thường sẽ có chi phí ít hơn so với thuốc ở bậc cao hơn.

Điều gì xảy ra nếu thuốc của tôi ở bậc cao hơn?

Trong một số trường hợp, nếu thuốc của quý vị ở bậc cao hơn và người kê toa cho quý vị (bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được phép kê toa hợp pháp) cho rằng quý vị cần loại thuốc đó thay vì một loại thuốc tương tự ở bậc thấp hơn, thì quý vị hoặc người kê toa cho quý vị có thể đề nghị chương trình của quý vị đưa ra trường hợp ngoại lệ để có thể trả đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán thấp hơn cho thuốc ở bậc cao hơn. Xem trang 100 để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

Các chương trình có thể thay đổi danh mục thuốc của họ bất kỳ lúc nào. Chương trình của quý vị có thể sẽ thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi nào trong danh mục thuốc ảnh hưởng đến các loại thuốc mà quý vị đang dùng.

Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết danh mục thuốc hiện tại của họ, hoặc truy cập vào trang web của chương trình. Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Quan trọng!

Mỗi tháng khi quý vị mua thuốc kê toa, chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo "Giải thích về Quyền lợi". Hãy xem thông báo của mình và kiểm tra xem có sai sót gì không. Liên hệ với chương trình nếu quý vị có thắc mắc hoặc phát hiện có sai sót. Nếu quý vị nghi ngờ có gian lận, hãy gọi cho Medicare Drug Integrity Contractor theo số 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Xem trang 106.

Các chương trình có thể có các quy tắc bảo hiểm đối với một số loại thuốc nhất định

- **Cho phép trước:** Quý vị và/hoặc người kê toa cho quý vị phải liên hệ với chương trình trước khi quý vị có thể mua một số thuốc kê toa nhất định. Người kê toa cho quý vị có thể cần phải chứng minh rằng loại thuốc này là **cần thiết về mặt y tế** đối với kế hoạch để đài thọ nó.

Các chương trình cũng có thể sử dụng ủy quyền trước khi họ đài thọ cho một loại thuốc chỉ dành cho một số bệnh lý y khoa nhất định mà nó được phê duyệt để điều trị, mà không phải những loại thuốc khác. Khi điều này xảy ra, các chương trình có thể sẽ có các loại thuốc thay thế khác trong danh sách các loại thuốc được đài thọ (**danh mục thuốc**) dành cho các bệnh lý y khoa khác mà thuốc được phê duyệt để điều trị.

- **Giới hạn về số lượng:** Giới hạn về lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được tại một thời điểm.
- **Liệu pháp từng bước:** Quý vị có thể cần thử dùng một hoặc nhiều loại thuốc tương tự, có chi phí thấp hơn trước khi chương trình đài thọ cho loại thuốc được kê toa.
- **Các bước kiểm tra an toàn tại nhà thuốc:** Trước khi nhà thuốc cấp thuốc kê toa cho quý vị, chương trình và nhà thuốc của quý vị sẽ thực hiện các kiểm tra an toàn bổ sung, như kiểm tra các tương tác thuốc và liều lượng không chính xác.

Các biện pháp kiểm tra an toàn này cũng bao gồm việc kiểm tra lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn có thể xảy ra, giới hạn số ngày cung cấp thuốc kê toa opioid lần đầu, và việc sử dụng các loại thuốc opioid cùng lúc với benzodiazepine (thường được sử dụng để điều trị chứng lo âu và mất ngủ). Các thuốc giảm đau opioid (như oxycodone và hydrocodone) có thể giúp giảm một số tình trạng đau, nhưng có các nguy cơ và tác dụng phụ (như nghiện thuốc, quá liều, và tử vong). Các nguy cơ này có thể gia tăng khi quý vị dùng opioid với một số loại thuốc khác, như benzodiazepin, thuốc chống động kinh, gabapentin, thuốc giãn cơ, một số loại thuốc chống trầm cảm, và thuốc điều trị các vấn đề về giấc ngủ. Hãy hỏi bác sĩ hoặc dược sĩ của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về các nguy cơ hoặc tác dụng phụ.

- **Chương trình Quản lý Thuốc:** Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) có sẵn các chương trình để giúp quý vị sử dụng các loại thuốc opioids và thuốc benzodiazepine này một cách an toàn. Nếu việc sử dụng opioid của quý vị có thể không an toàn (chẳng hạn như do nhận đơn thuốc opioid từ nhiều bác sĩ hoặc hiệu thuốc, hoặc nếu gần đây quý vị đã dùng quá liều opioid), chương trình của quý vị sẽ liên hệ với các bác sĩ đã kê đơn cho quý vị để đảm bảo rằng chúng cần thiết về mặt y tế và quý vị đang sử dụng chúng một cách thích hợp.

Nếu chương trình quyết định rằng việc sử dụng các loại thuốc opioid và benzodiazepine kê toa của quý vị có thể không an toàn, thì chương trình sẽ gửi trước cho quý vị một lá thư. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu chương trình có giới hạn bảo hiểm đối với những loại thuốc này cho quý vị hay không, hoặc liệu quý vị có bắt buộc chỉ được nhận kê toa cho những loại thuốc này từ một bác sĩ hoặc nhà thuốc mà quý vị chọn. Quý vị và bác sĩ của mình có quyền kháng nghị những quy định hạn chế này nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình (xem trang 99). Thư này cũng sẽ cho quý vị biết cách làm thế nào để liên hệ với chương trình nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn kháng nghị.

Các đánh giá an toàn opioid tại nhà thuốc và các Chương trình Quản lý Thuốc thường sẽ không được áp dụng nếu quý vị mắc bệnh ung thư hoặc tế bào hình lưỡi liềm, đang nhận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ hoặc cuối đời, hoặc đang sống ở một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Nếu quý vị hoặc người kê toa cho quý vị cho rằng chương trình của quý vị nên miễn trừ một trong những quy tắc bảo hiểm này, thì quý vị có thể yêu cầu xem xét trường hợp ngoại lệ. Xem trang 100.

Những lời khuyên quan trọng khi quý vị được kê toa opioid:

- Các loại thuốc opioid có thể là một phần quan trọng trong việc kiểm soát cơn đau, nhưng chúng cũng có thể gây ra những nguy cơ sức khỏe nghiêm trọng nếu sử dụng không đúng cách.
- Medicare đài thọ naloxone, một loại thuốc mà bác sĩ có thể kê đơn như một biện pháp an toàn trong trường hợp quý vị cần nhanh chóng đảo ngược tác động của quá liều opioid. Hãy nói chuyện với bác sĩ về việc sử dụng naloxone tại nhà.
- Hãy nói chuyện với bác sĩ về liều lượng và tần suất quý vị sử dụng opioids. Quý vị và bác sĩ có thể quyết định sau đó rằng quý vị không cần dùng toàn bộ thuốc kê toa của mình.
- Hãy nói chuyện với bác sĩ về các lựa chọn khác mà Medicare đài thọ để điều trị cho tình trạng đau của quý vị, như các loại thuốc và thiết bị không chứa opioid, trị liệu vật lý, châm cứu để điều trị đau lưng dưới, liệu pháp cá nhân và theo nhóm, các dịch vụ tích hợp sức khỏe hành, dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi, và nhiều biện pháp khác.
- Không bao giờ dùng nhiều opioid hơn so với lượng được chỉ định. Ngoài ra, hãy nói chuyện với bác sĩ về bất kỳ loại thuốc giảm đau nào khác mà quý vị đang sử dụng.
- Hãy cất trữ và thải bỏ một cách an toàn các thuốc opioid kê toa không còn sử dụng thông qua chương trình thu hồi thuốc trong cộng đồng hoặc chương trình gửi lại thuốc của nhà thuốc.

Để biết thêm thông tin về việc kiểm soát tình trạng đau và sử dụng opioid một cách an toàn và hiệu quả, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage/pain-management](https://www.medicare.gov/coverage/pain-management) hoặc gọi tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Tôi có thể mua thuốc kê toa tự động qua đường bưu điện không?

Một số người có Medicare nhận thuốc của họ thông qua dịch vụ “mua thuốc tự động” mà sẽ tự động giao thuốc kê toa trước khi hết thuốc. Để đảm bảo rằng quý vị vẫn đang cần thuốc kê toa trước khi họ gửi thuốc cho quý vị, các chương trình thuốc có thể cung cấp một chương trình tự động giao thuốc tự nguyện. Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) bao gồm các loại thuốc như buprenorphine, để điều trị rối loạn sử dụng opioid. Nó cũng đài thọ cho các loại thuốc như methadone khi được kê toa để điều trị giảm đau.

Chương trình Quản lý Liệu pháp Thuốc

Các chương trình có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) phải cung cấp dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc để giúp hội viên nếu họ đáp ứng một số yêu cầu nhất định hoặc trong chương trình Quản lý Thuốc. Nếu quý vị đủ điều kiện, quý vị có thể nhận được các dịch vụ này miễn phí để giúp quý vị hiểu cách quản lý và sử dụng thuốc an toàn. Các dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc thường bao gồm một cuộc trao đổi với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc của quý vị. Các dịch vụ này có thể khác nhau trong một số chương trình. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết thông tin chi tiết và tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện không.

Bảo hiểm Phần D về insulin

Phần D đài thọ cho insulin được dùng bằng bơm một lần hoặc bơm không truyền thống. Phần D đài thọ, cho một vật tư y khoa để tiêm insulin như các ống tiêm, các miếng gạc tẩm cồn, băng gạc. Các sản phẩm insulin được đài thọ được bao gồm trong **danh mục thuốc** của chương trình của quý vị.

Quan trọng!

Chương trình không được tính phí quý vị nhiều hơn \$35 cho lượng insulin đủ dùng trong một tháng được Phần D đài thọ, à quý vị lấy, và quý vị không phải trả khoản **khấu trừ** cho insulin. Điều này áp dụng cho tất cả những người dùng insulin, ngay cả khi quý vị có **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**.

Hạn chế tự nguyện về chi phí cũng áp dụng với insulin truyền thống được dùng trong ống bơm insulin (được đài thọ theo phần B). Truy cập [Medicare.gov/coverage/insulin](https://www.medicare.gov/coverage/insulin) để tìm hiểu thêm.

Các bảo hiểm và chương trình khác sẽ hoạt động cùng với bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) như thế nào?

Medicaid

Nếu quý vị có Medicare và bảo hiểm **Medicaid** đầy đủ, Medicare sẽ đài thọ các loại thuốc kê toa của quý vị. Tuy nhiên, Medicaid vẫn có thể đài thọ một số loại thuốc mà Medicare không đài thọ.

Lưu ý: Quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) nếu quý vị có Medicare và Medicaid. Xem trang 92.

Bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn

Đây là bảo hiểm sức khỏe từ chủ lao động hoặc công đoàn hiện tại hoặc trước đây của quý vị, vợ/chồng hoặc thành viên khác trong gia đình quý vị. Khi quý vị có bảo hiểm chủ lao động hoặc công đoàn hoặc bảo hiểm khác (như là chương trình bảo hiểm y tế người về hưu) và Medicare, có những quy tắc quy định việc Medicare hay chương trình bảo hiểm khác của quý vị sẽ chi trả trước. Xem trang 21 để biết thêm thông tin. Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc dựa vào việc làm hiện tại hoặc trước đây của mình, chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị sẽ thông báo cho quý vị hàng năm để cho quý vị biết liệu bảo hiểm thuốc này có phải là bảo hiểm có uy tín hay không. **Hãy lưu giữ thông tin quý vị nhận được.** Gọi cho quản trị viên quyền lợi của quý vị để biết thêm thông tin trước khi thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với bảo hiểm của mình.

Quan trọng!

Nếu quý vị nhận bảo hiểm thuốc Medicare, quý vị, vợ/chồng, hoặc những người phụ thuộc của quý vị có thể bị mất bảo hiểm sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn.

COBRA

Đây là luật liên bang có thể cho phép quý vị tạm thời giữ bảo hiểm sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn sau khi kết thúc việc làm hoặc sau khi quý vị bị mất bảo hiểm với tư cách là người phụ thuộc của nhân viên được bảo hiểm. Có những lý do giải thích tại sao quý vị nên tham gia Phần B để bổ sung cho bảo hiểm COBRA hoặc thay vì tham gia bảo hiểm COBRA (Xem trang 18). Tuy nhiên, nếu quý vị chọn COBRA và quý vị đủ điều kiện nhận Medicare, **COBRA chỉ có thể chi trả một phần nhỏ chi phí y tế của quý vị**, và quý vị có thể phải tự chi trả phần lớn chi phí. Liên hệ với chương trình COBRA và hỏi họ chi trả bao nhiêu phần trăm. Để tránh các hóa đơn y tế không mong đợi, quý vị có thể cần đăng ký Medicare ngay lập tức. Trao đổi với Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) để được hỗ trợ miễn phí, cá nhân hóa với quyết định này. Xem trang 115–118 để biết số điện thoại của SHIP tại địa phương của quý vị.

Nếu quý vị có COBRA bao gồm **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín**, quý vị sẽ có Thời gian Ghi danh Đặc biệt để nhận bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) mà không phải trả tiền ohatj khi bảo hiểm COBRA kết thúc. Nếu quý vị có thắc mắc về Medicare và COBRA, hãy gọi cho Trung tâm Điều phối Quyền lợi và Hỗ trợ Phục hồi theo số 1-855-798-2627. Người dùng TTY có thể gọi số 1-855-797-2627. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp.

Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) cùng với bảo hiểm thuốc

Các hợp đồng **Medigap** không còn được bán kèm với bảo hiểm thuốc nữa, nhưng nếu quý vị có một hợp đồng Medigap cũ hơn được bán cùng với bảo hiểm thuốc, quý vị có thể giữ lại nó. Quý vị có thể chọn tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng vì hầu hết bảo hiểm thuốc Medigap đều không phải là bảo hiểm có uy tín, và quý vị có thể phải trả nhiều tiền hơn nếu tham gia vào một chương trình thuốc sau đó. Xem trang 83.

Quý vị không thể có bảo hiểm thuốc từ cả Medigap và chương trình thuốc Medicare của mình. Nếu quý vị quyết định tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng, hãy báo cho công ty bảo hiểm Medigap của mình để họ có thể gỡ bỏ bảo hiểm thuốc và điều chỉnh **phí bảo hiểm** của quý vị. Gọi cho công ty bảo hiểm Medigap của quý vị để biết thêm thông tin.

Các chương trình bảo hiểm chính phủ khác hoạt động cùng với bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) như thế nào?

Các loại hình bảo hiểm được liệt kê dưới đây đều được coi là bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị nên duy trì các chương trình bảo hiểm này nếu đang có nó.

Chương trình Quyền lợi Sức khỏe Nhân viên Liên bang (FEHB)

Đây là bảo hiểm sức khỏe dành cho các nhân viên liên bang hiện tại và đã nghỉ hưu và các thành viên gia đình được đài thọ. Các chương trình này thường bao gồm bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín, vì vậy quý vị không cần mua bảo hiểm thuốc Medicare (Part D). Tuy nhiên, nếu quý vị quyết định mua bảo hiểm thuốc Medicare, quý vị có thể giữ lại chương trình FEHB của mình, và trong hầu hết các trường hợp, Medicare sẽ chi trả trước. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập opm.gov/healthcare-insurance/healthcare, hoặc gọi Văn phòng Quản lý Nhân sự theo số 1-888-767-6738. Người dùng TTY có thể gọi số 711. Nếu quý vị là một nhân viên đương nhiệm của liên bang, hãy liên hệ với Cán bộ Quyền lợi của mình. Truy cập apps.opm.gov/abo để biết danh sách các Cán bộ Quyền lợi. Quý vị cũng có thể gọi cho chương trình của mình nếu có thắc mắc.

Quyền lợi cựu chiến binh

Đây là bảo hiểm sức khỏe dành cho các cựu chiến binh và những người đã từng phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ. Quý vị có thể nhận được bảo hiểm thuốc thông qua chương trình của Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ (VA). Quý vị có thể tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng, nhưng nếu làm vậy, quý vị sẽ không thể sử dụng cả hai loại hình bảo hiểm cho cùng một loại thuốc cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập va.gov hoặc gọi cho VA theo số 1-800-827-1000. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

CHAMPVA (Chương trình Y tế và Sức khỏe Dân sự của Bộ Cựu chiến binh)

Đây là một chương trình chăm sóc sức khỏe toàn diện, trong đó Bộ Cựu chiến binh (VA) chia sẻ một phần chi phí cho các dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được đài thọ với những người đủ điều kiện có Medicare. Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng, nhưng nếu làm như vậy, quý vị sẽ không thể sử dụng chương trình Meds by Mail vốn có thể cung cấp miễn phí các loại thuốc duy trì cho quý vị (không phải trả **phí bảo hiểm, khấu trừ, và đồng thanh toán**). Để biết thêm thông tin, hãy truy cập va.gov/communitycare/programs/dependents/champva hoặc gọi CHAMPVA theo số 1-800-733-8387.

TRICARE (quyền lợi sức khỏe quân ngũ)

Đây là chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho các thành viên tại ngũ, những quân nhân đã nghỉ hưu, và gia đình của họ. **Hầu hết những người có TRICARE được hưởng Phần A cũng phải có Phần B để giữ lại các quyền lợi thuốc TRICARE.** Nếu quý vị có TRICARE, quý vị không cần tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng. Tuy nhiên, nếu quý vị vẫn tham gia, thì chương trình thuốc Medicare của quý vị sẽ chi trả trước và TRICARE chi trả sau.

Nếu quý vị tham gia một **Chương trình Medicare Advantage** có bảo hiểm thuốc, Chương trình Medicare Advantage và TRICARE của quý vị có thể phối hợp các quyền lợi của họ nếu nhà thuốc trong mạng lưới Medicare Advantage của quý vị cũng là một nhà thuốc trong mạng lưới TRICARE. Nếu không, quý vị có thể nộp yêu cầu thanh toán của riêng mình để được chi trả cho các chi phí tự trả của bản thân. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập tricare.mil, or hoặc gọi cho Chương trình Nhà thuốc TRICARE theo số 1-877-363-1303. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-540-6261.

Chương trình Sức khỏe Thổ dân (IHS)

IHS là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính cho cộng đồng những người Thổ dân Mỹ/Bản địa Alaska tham gia Medicare. Hệ thống chăm sóc sức khỏe Thổ dân, bao gồm các chương trình sức khỏe IHS của bộ lạc, đô thị và do liên bang điều hành, cung cấp nhiều dịch vụ sức khỏe dự phòng và lâm sàng thông qua một mạng lưới các bệnh viện, phòng khám, và các tổ chức khác. Có nhiều cơ sở chăm sóc sức khỏe Thổ dân tham gia vào bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Nếu quý vị nhận thuốc kê toa thông qua một cơ sở chăm sóc sức khỏe Thổ dân, quý vị sẽ tiếp tục nhận được thuốc miễn phí, và bảo hiểm của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Việc tham gia vào một chương trình thuốc Medicare hoặc một Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc có thể giúp ích cho cơ sở chăm sóc sức khỏe Thổ dân của quý vị vì chương trình này sẽ giúp chi trả các chi phí thuốc kê toa của quý vị cho cơ sở sức khỏe Thổ dân. Hãy nói chuyện với điều phối viên quyền lợi sức khỏe Thổ dân tại địa phương của quý vị, người có thể sẽ giúp quý vị chọn được một chương trình đáp ứng nhu cầu của mình và cho quý vị biết Medicare hoạt động như thế nào cùng với hệ thống chăm sóc sức khỏe Thổ dân.

MỤC 7

Hỗ trợ thanh toán chi phí y tế & thuốc của quý vị

Các Chương Trình Tiết Kiệm Của Medicare (MSPs)

Nếu quý vị có thu nhập và tài sản hạn chế, quý vị có thể được tiểu bang hỗ trợ để thanh toán các chi phí Medicare của mình nếu quý vị đáp ứng các điều kiện nhất định.

Có 4 loại Chương Trình Tiết Kiệm của Medicare:

1. Chương trình Người thụ hưởng Medicare Đủ Tiêu chuẩn (QMB): Nếu quý vị hội đủ điều kiện, Chương trình QMB sẽ thanh toán các khoản **phí bảo hiểm** Phần A và/hoặc Phần B. Ngoài ra, các nhà cung cấp dịch vụ Medicare sẽ không được phép lập hóa đơn quý vị cho các dịch vụ và vật phẩm mà Medicare đài thọ, bao gồm **khoản khấu trừ**, **đồng bảo hiểm**, và **đồng thanh toán**. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho những khoản phí này, hãy nói với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc người thu nợ rằng quý vị đang tham gia Chương trình QMB và không thể bị tính phí cho các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, và đồng thanh toán của Medicare. Nếu quý vị đã thực hiện thanh toán hóa đơn cho các dịch vụ và vật phẩm mà Medicare đài thọ, quý vị có quyền được hoàn lại tiền. Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị cũng nên liên hệ với chương trình để yêu cầu họ ngừng các khoản phí. Trong một số trường hợp, quý vị có thể được lập hóa đơn một khoản đồng thanh toán nhỏ thông qua Medicaid, nếu nó được áp dụng.

Để đảm bảo nhà cung cấp dịch vụ của quý vị biết rằng quý vị đang tham gia Chương trình QMB, quý vị hãy xuất trình cả thẻ Medicare lẫn thẻ Medicaid hoặc thẻ QMB của mình mỗi khi nhận dịch vụ chăm sóc. Nếu quý vị có Original Medicare, quý vị cũng có thể đưa cho nhà cung cấp dịch vụ một bản sao “Thông báo Tóm tắt của Medicare” (MSN) của mình. MSN của quý vị sẽ cho biết quý vị đang tham gia Chương trình QMB và sẽ không bị tính phí. Đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để đăng ký nhận MSN phiên bản điện tử.

Nếu nhà cung cấp dịch vụ không ngừng việc lập hóa đơn cho quý vị, hãy gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Chúng tôi cũng có thể xác nhận rằng quý vị đang tham gia Chương trình QMB.

- 2. Chương trình Người thụ hưởng Medicare có Thu nhập thấp Ấn định (SLMB):** Chỉ thanh toán phí bảo hiểm Phần B.
- 3. Chương trình Cá nhân Đủ tiêu chuẩn (QI):** Chỉ giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B. Quý vị phải nộp đơn xin trợ cấp QI hằng năm. Đăng ký sớm nhất có thể vì các ứng dụng được cấp trên cơ sở ai đến trước được phục vụ trước.
- 4. Chương trình Cá nhân Khuyết tật và Đang làm việc Đủ tiêu chuẩn (QDWI):** Chỉ thanh toán phí bảo hiểm Phần A. Quý vị có thể hội đủ điều kiện cho chương trình này nếu quý vị bị khuyết tật, quý vị đang làm việc, và quý vị bị mất các quyền lợi khuyết tật An sinh Xã hội và miễn phí bảo hiểm Phần A bởi vì quý vị tiếp tục đi làm.

★ **Lưu ý:** Xem các trang 119–122 để biết định nghĩa của các từ **màu xanh dương**.

Nếu quý vị đăng ký nhận trợ cấp thuốc ức chế miễn dịch (xem trang 52) và có thu nhập và nguồn lực hạn chế, nhưng không có bảo hiểm Medicaid đầy đủ, quý vị có thể đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán chi phí thông qua Chương trình QMB, SLMB hoặc QI. Liên hệ với tiểu bang của quý vị để đăng ký.

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia một Chương trình QMB, SLMB, hoặc QI, quý vị sẽ tự động đủ tiêu chuẩn nhận được **Extra Help** giúp thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare (phần D). Xem các trang 91–94.

Quan trọng!

Chương trình Tiết kiệm Medicare có sẵn thông qua tiểu bang của quý vị. Tên của các chương trình này và cách các chương trình hoạt động ở mỗi tiểu bang có thể khác nhau. Các Chương trình Tiết kiệm Medicare không được cung cấp ở Puerto Rico hoặc Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ.

Làm thế nào để tôi đủ tiêu chuẩn?

- Trong hầu hết các trường hợp, để đủ tiêu chuẩn tham gia một Chương trình Tiết kiệm Medicare, quý vị phải có thu nhập và tài sản dưới một giới hạn nhất định.
- Ngay cả khi quý vị không nghĩ rằng quý vị đủ điều kiện, quý vị vẫn nên đăng ký. Liên hệ với văn phòng Hỗ Trợ Y Tế (**Medicaid**) của Tiểu Bang để bắt đầu tham gia.
- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc truy cập [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) để nhận số điện thoại của văn phòng Medicaid tại tiểu bang của quý vị. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) để giúp thanh toán chi phí thuốc Medicare của quý vị

Nếu quý vị có hạn chế về thu nhập và tài sản, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn điều kiện cho **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**, một chương trình hỗ trợ trả một số chi phí thuốc theo toa của quý vị.

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) nếu thu nhập hàng năm và tài sản của quý vị dưới các giới hạn sau trong năm 2023:

	Thu nhập hàng năm	Tài nguyên
Người độc thân	dưới \$21,870	dưới \$16,600
Người đã kết hôn sống với vợ/chồng và không có người phụ thuộc khác	dưới \$29,580	dưới \$33,240

Mới!

Bắt đầu từ Ngày 1 Tháng Một, 2024, Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) sẽ mở rộng để đài thọ thêm chi phí thuốc cho một số người có thu nhập và tài sản hạn chế. Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) vào cuối mùa thu này để biết thêm thông tin.

Quý vị có thể đủ điều kiện ngay cả khi quý vị có mức thu nhập cao hơn (chẳng hạn như nếu quý vị vẫn đang làm việc, sinh sống ở Alaska hoặc Hawaii, hoặc có người phụ thuộc sống cùng).

Tài nguyên

- **bao gồm** tiền trong tài khoản thanh toán hoặc tài khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu, quỹ tương hỗ, và các Tài khoản Hưu trí Cá nhân (IRA).
- **Không bao gồm** nhà, ô-tô, đồ đạc trong gia đình, suất đất chôn cất, tối đa \$1,500 cho chi phí mai táng (mỗi người), hoặc các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) vào cuối mùa thu này để biết chi phí năm 2024.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận **Extra Help** và tham gia vào một chương trình thuốc Medicare hoặc **Chương trình Medicare Advantage** có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D):

- Quý vị sẽ được trợ giúp thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc của mình.
- Quý vị sẽ không phải trả tiền phạt ghi danh muộ n Phần D.

Lưu ý: Extra Help không được cung cấp ở Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana, hay Samoa thuộc Mỹ. Nhưng có những chương trình khác được cung cấp trong những khu vực này để giúp những người có thu nhập và tài sản hạn chế. Xem trang 96 để biết thêm thông tin.



Chi phí & bảo hiểm: Hầu hết những người có Medicare chỉ có thể chuyển đổi chương trình bảo hiểm tại những thời điểm nhất định trong năm. Nếu quý vị có **Medicaid** hoặc nhận Extra Help, thì quý vị có thể thực hiện các thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của mình một lần vào các khoảng thời gian sau:

- Tháng Một – Tháng Ba
- Tháng Tư – Tháng Sáu
- Tháng Bảy – Tháng Chín

Nếu quý vị thực hiện một thay đổi, nó sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Extra Help nếu quý vị có Medicare và đáp ứng bất kỳ điều kiện nào sau đây:

- Quý vị có bảo hiểm Medicaid đầy đủ.
- Quý vị có thể nhận trợ giúp từ chương trình Medicaid của tiểu bang để thanh toán **phí bảo hiểm** Phần B và các chi phí Medicare khác. Xem các trang 91–96.
- Quý vị nhận được trợ cấp Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI).

Medicare sẽ gửi cho quý vị một lá thư màu tím báo cho quý vị biết quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận được Extra Help. Hãy giữ lại để lưu hồ sơ. Quý vị không cần phải nộp đơn đăng ký Extra Help khi nhận được thư này.

- Nếu quý vị chưa có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị sẽ phải có bảo hiểm này để sử dụng Extra Help.
- Nếu quý vị chưa có bảo hiểm thuốc, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc Medicare riêng để quý vị có thể sử dụng Extra Help. Nếu Medicare ghi danh cho quý vị vào một chương trình, quý vị sẽ nhận được một lá thư màu vàng hoặc xanh lá cho quý vị biết khi nào bảo hiểm của quý vị bắt đầu, và quý vị sẽ có Thời gian Ghi danh Đặc biệt để thay đổi các chương trình nếu quý vị muốn tham gia vào một chương trình khác với chương trình mà Medicare đã đăng ký cho quý vị.
- Các chương trình khác nhau đòi hỏi cho các loại thuốc khác nhau. Kiểm tra xem liệu chương trình mà quý vị đã ghi danh có đòi hỏi cho các loại thuốc quý vị sử dụng hay không, và liệu quý vị có thể đến lấy thuốc ở các nhà thuốc mà quý vị muốn hay không. Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để so sánh chương trình của mình với các chương trình khác trong khu vực của quý vị. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Nếu quý vị có Medicaid và sống trong một số cơ sở nhất định (chẳng hạn như viện dưỡng lão) hoặc nhận các dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng, quý vị sẽ không phải trả gì cho các loại thuốc được đòi hỏi của mình.

Nếu quý vị không muốn tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng (ví dụ, vì quý vị chỉ muốn sử dụng bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn), thì quý vị hãy gọi cho chương trình được nêu trong thư của mình, hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800- 633- 4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048. Hãy nói với họ rằng quý vị không muốn tham gia vào chương trình thuốc Medicare (quý vị muốn “chọn không tham gia”). Nếu quý vị tiếp tục đủ điều kiện nhận **Extra Help** hoặc nếu bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị là **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín**, quý vị sẽ không phải trả tiền phạt nếu tham gia sau này.

Quan trọng!

Nếu quý vị có bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn và tham gia bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), thì quý vị có thể bị mất bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn (cho bản thân và những người phụ thuộc của quý vị) ngay cả khi quý vị đủ điều kiện nhận Extra Help. Hãy gọi cho quản trị viên quyền lợi của chủ lao động trước khi quý vị tham gia bảo hiểm thuốc Medicare.

Chi phí thuốc trong năm 2023 cho những người đủ điều kiện thường không quá \$4.15 cho mỗi loại thuốc gốc và \$10.35 cho mỗi loại thuốc biệt dược. Hãy xem các thư về Extra Help mà quý vị nhận được hoặc liên hệ với chương trình của quý vị để tìm hiểu về các khoản chi phí chính xác của mình.

Mới!

Bắt đầu từ Ngày 1 Tháng Một, 2024, chi phí thuốc cho những người đủ điều kiện thường sẽ không quá \$4.50 cho mỗi loại thuốc gốc và \$11.20 cho mỗi loại thuốc biệt dược

Nếu quý vị không tự động đủ điều kiện nhận Extra Help, thì quý vị có thể đăng ký bất cứ lúc nào:

- Truy cập secure.ssa.gov/i1020/start để nộp đơn trực tuyến.
- Gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-325-0778.

Khi đăng ký Extra Help, quý vị cũng có thể bắt đầu quy trình đăng ký tham gia một Chương trình Tiết kiệm Medicare (MSP). Các chương trình của tiểu bang này cung cấp hỗ trợ cho các chi phí Medicare khác. Cơ quan An sinh Xã hội sẽ gửi thông tin đến tiểu bang của quý vị để bắt đầu đăng ký MSP, trừ khi quý vị yêu cầu họ không thông báo khi quý vị đăng ký Extra Help.

Để nhận được giải đáp cho các thắc mắc của quý vị về Extra Help và để được giúp chọn bảo hiểm thuốc, hãy gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 115–118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE.

Làm thế nào tôi có thể tiết kiệm chi phí chăm sóc sức khỏe Medicare của mình?

Medicaid

Medicaid là một chương trình chung của liên bang và tiểu bang giúp thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe nếu quý vị có thu nhập và (trong một số trường hợp) các nguồn trợ giúp hạn chế và đáp ứng các yêu cầu khác. Một số người đủ tiêu chuẩn nhận cả Medicare và Medicaid.

Medicaid đòi hỏi cho những gì?

- Nếu quý vị có Medicare và bảo hiểm Medicaid đầy đủ, hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị đều được đòi hỏi. Quý vị có thể nhận được bảo hiểm Medicare của quý vị thông qua Original Medicare hay một **Chương trình Medicare Advantage**.

- Nếu quý vị có Medicare và bảo hiểm Medicaid đầy đủ, Medicare sẽ đài thọ các loại thuốc kê toa của quý vị. Quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận **Extra Help** giúp thanh toán chi phí thuốc Medicare của mình (xem trang 92). Medicaid vẫn có thể đài thọ một số loại thuốc mà Medicare không đài thọ.
- Những người có bảo hiểm Medicaid đầy đủ có thể nhận được bảo hiểm cho các dịch vụ mà Medicare không đài thọ hoặc chỉ đài thọ một phần, như chăm sóc tại nhà dưỡng lão, chăm sóc cá nhân, các dịch vụ vận chuyển đến cơ sở y tế, và các dịch vụ tại nhà và cộng đồng dịch vụ bữa ăn giao tận nhà, và các dịch vụ nha khoa, thị lực và thính lực.

Làm thế nào để tôi đủ tiêu chuẩn?

- Các chương trình Medicaid thường khác nhau giữa các tiểu bang. Chúng cũng có thể có các tên khác nhau, chẳng hạn như “Hỗ trợ Y tế” hoặc “Medi-Cal”.
- Mỗi tiểu bang có yêu cầu khác nhau về thu nhập và tài sản.
- Gọi điện cho Văn Phòng Trợ Cấp Y Tế Tiểu Bang (Medicaid) để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện hay không. Truy cập [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại của văn phòng Medicaid ở tiểu bang của quý vị. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Các Chương trình Medicare-Medicaid

Medicare đang làm việc với một số tiểu bang và chương trình sức khỏe để đưa ra các chương trình **thử nghiệm** dành cho một số cá nhân nhất định có cả Medicare lẫn Medicaid và giúp họ nhận được các dịch vụ mình cần dễ dàng hơn. Chúng được gọi là các Chương trình Medicare-Medicaid. Các chương trình này có bảo hiểm thuốc và sẽ chỉ cung cấp ở một số tiểu bang nhất định. Nếu quý vị quan tâm đến việc tham gia một Chương trình Medicare-Medicaid, hãy truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) để tìm hiểu xem liệu có một chương trình kiểu này trong khu vực của quý vị hay không.

Các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang

Nhiều tiểu bang có các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang để giúp một số người nhất định thanh toán thuốc kê toa dựa trên nhu cầu tài chính, tuổi tác, hoặc tình trạng sức khỏe. Để tìm hiểu xem liệu có một Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang tại tiểu bang của quý vị hay không và cách thức chương trình đó hoạt động, hãy gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 115–118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs).

Các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm (còn được gọi là các Chương trình Hỗ trợ Bệnh nhân)

Nhiều nhà sản xuất thuốc lớn cung cấp các chương trình hỗ trợ cho những người có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) đáp ứng các yêu cầu nhất định. Truy cập [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program) để tìm hiểu thêm về các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE)

PACE là một chương trình Medicare và **Medicaid** được cung cấp ở nhiều tiểu bang cho phép những người cần đến dịch vụ chăm sóc ở cấp độ viện dưỡng lão có thể ở lại trong cộng đồng. Xem trang 74.

Trợ cấp Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI)

SSI cung cấp các khoản thanh toán hàng tháng cho người lớn và trẻ em bị mất thị lực hoặc khuyết tật và có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Các khoản thanh toán SSI cũng được cung cấp cho những người từ 65 tuổi trở lên không bị khuyết tật và đáp ứng đủ các điều kiện về tài chính. Trợ cấp này không giống trợ cấp hưu trí An sinh Xã hội. Quý vị có thể nhận được cả trợ cấp SSI và An sinh Xã hội cùng một lúc nếu trợ cấp An sinh Xã hội của quý vị ít hơn số tiền trợ cấp SSI. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận SSI, quý vị sẽ tự động đủ tiêu chuẩn nhận **Extra Help** à thường đủ điều kiện nhận **Medicaid**.

Quý vị có thể truy cập ssabest.benefits.gov, và sử dụng “Công cụ Sàng lọc Điều kiện Hội đủ nhận Quyền lợi” (Benefit Eligibility Screening Tool) để tìm hiểu xem quý vị có hội đủ điều kiện cho SSI hoặc các quyền lợi khác hay không. Gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi theo số 1-800-325-0778.

Lưu ý: Những người sống ở Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, hoặc Samoa thuộc Mỹ sẽ không thể nhận SSI.

Các chương trình dành cho những người sống ở các lãnh thổ của Hoa Kỳ

Có các chương trình ở Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana và Samoa thuộc Mỹ để giúp thanh toán chi phí Medicare cho những người có thu nhập và tài sản hạn chế. Các chương trình thường khác nhau tại các khu vực này. Gọi điện đến Văn Phòng Trợ Cấp Y Tế Tiểu Bang (Medicaid) của quý vị để tìm hiểu thêm thông tin. Truy cập [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

MỤC 8

Các quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare của quý vị

Các quyền Medicare của tôi là gì?

Tất cả những người có Medicare đều có các quyền và biện pháp bảo vệ nhất định. Quý vị có quyền:

- Luôn được đối xử lịch sự, tử tế và tôn trọng.
- Được bảo vệ khỏi phân biệt đối xử.
- Được bảo mật thông tin cá nhân và thông tin y tế của quý vị.
- Nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu từ Medicare, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và, trong một số trường hợp nhất định, các nhà thầu.
- Tìm hiểu về các lựa chọn điều trị của quý vị bằng ngôn ngữ rõ ràng mà quý vị có thể hiểu được, và tham gia vào các quyết định điều trị.
- Nhận thông tin về Medicare và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng ngôn ngữ mà quý vị hiểu.
- Nhận thông tin Medicare của quý vị ở định dạng dễ tiếp cận, như chữ nổi hoặc chữ in lớn. Xem “Các Thông báo Dễ dàng Truy cập” trên trang 123.

Lưu ý: Nếu quý vị cần thông tin về chương trình bằng ngôn ngữ không phải Tiếng Anh hoặc ở định dạng dễ dàng tiếp cận, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

- Được giải đáp cho các thắc mắc của quý vị về Medicare.
- Được tiếp cận với các bác sĩ, chuyên gia và bệnh viện để nhận các dịch vụ **cần thiết về mặt y tế**.
- Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong trường hợp khẩn cấp.
- Nhận quyết định về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đài thọ cho các vật phẩm và dịch vụ hoặc đài thọ thuốc. Khi quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị gửi yêu cầu thanh toán, quý vị sẽ nhận được thông báo cho quý vị biết những gì sẽ được và sẽ không được bảo hiểm. Thông báo này đến từ một trong những chương trình sau:
 - Medicare
 - **Chương trình Medicare Advantage (Phần C)** của quý vị hoặc **chương trình Medicare health khác**
 - Các chương trình thuốc Medicare của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định cho yêu cầu thanh toán của mình, quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị. Quý vị có thể:

- Yêu cầu xem xét lại (kháng nghị) một số quyết định nhất định về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đài thọ cho các dịch vụ hoặc vật phẩm, hoặc đài thọ thuốc.
- Nộp đơn khiếu nại (đôi khi được gọi là “khiếu nại”) nếu quý vị qua ngại về chất lượng chăm sóc và các dịch vụ khác mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp Medicare.

- Làm việc với Cơ quan Khảo sát Bệnh suy thận thời kỳ cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) và Mạng lưới trong Tiểu bang để giúp quý vị giải quyết các khiếu nại (khiếu nại) về việc chạy thận hoặc chăm sóc cấy ghép thận của quý vị.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để tìm hiểu thêm về cách nộp đơn khiếu nại. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tôi có những quyền gì nếu chương trình của tôi ngừng tham gia Medicare?

Các chương trình sức khỏe và thuốc của Medicare có thể quyết định không tham gia Medicare trong năm tới. Trong những trường hợp này, bảo hiểm của quý vị theo chương trình sẽ kết thúc sau ngày 31 Tháng Mười Hai. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích về các lựa chọn cho quý vị. Nếu điều này xảy ra:

- Quý vị có thể chọn một chương trình khác từ Ngày 15 Tháng Mười – Ngày 7 Tháng Mười Hai. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một.
- **Quý vị cũng sẽ có quyền đặc biệt để tham gia vào một Chương trình Medicare khác cho đến ngày cuối cùng của Tháng Hai.**
- Quý vị có thể có quyền mua một số hợp đồng **Medigap** nhất định trong vòng 63 ngày sau khi bảo hiểm theo chương trình của quý vị kết thúc.

Kháng nghị là gì?

Kháng nghị là hành động quý vị có thể thực hiện nếu quý vị không đồng ý với một quyết định về chi trả hoặc đòi hỏi của Medicare hoặc chương trình Medicare của quý vị. Ví dụ: quý vị có thể kháng nghị nếu Medicare hoặc chương trình của quý vị từ chối:

- Yêu cầu về một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm, hoặc thuốc mà quý vị cho rằng Medicare cần phải đài thọ.
- Yêu cầu về việc chi trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm hoặc thuốc mà quý vị đã nhận được.
- Yêu cầu về thay đổi số tiền mà quý vị phải trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm hoặc thuốc.

Quý vị cũng có thể kháng nghị:

- Nếu Medicare hoặc chương trình của quý vị ngừng cung cấp hoặc chi trả cho tất cả hoặc một phần của một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm hoặc thuốc mà quý vị cho rằng mình vẫn cần đến.
- Một quyết định cho rằng bệnh nhân có nguy cơ gặp nguy hiểm (at-risk determination) do một chương trình quản lý thuốc đưa ra để hạn chế khả năng tiếp cận bảo hiểm đối với các loại thuốc thường xuyên bị lạm dụng, như opioid và benzodiazepine. Xem trang 86.
- Yêu cầu của quý vị sẽ bị từ chối nếu đó là hồ sơ tai nạn mở và yêu cầu không liên quan đến tai nạn.

Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng nghị, quý vị có thể hỏi bác sĩ, nhà cung cấp thiết bị, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để biết về bất kỳ thông tin nào có thể giúp ích cho trường hợp của mình. Điều này sẽ giúp cho đơn kháng nghị của quý vị thuyết phục hơn. Hãy giữ một bản sao của mọi giấy tờ có liên quan đến kháng nghị của quý vị, bao gồm cả những thứ quý vị gửi cho Medicare hoặc chương trình của mình.

Làm thế nào để nộp đơn kháng nghị?

Cách thức quý vị nộp đơn kháng nghị sẽ tùy thuộc vào loại hình bảo hiểm Medicare mà quý vị có.

Nếu quý vị có Original Medicare

- Quý vị cần có “Thông báo Tóm tắt của Medicare” (MSN) biết về vật phẩm hoặc dịch vụ mà quý vị đang kháng nghị. Xem trang 58-59 để biết thêm thông tin về MSN.
- Khoanh tròn (các) mục trên MSN mà quý vị không đồng ý. Viết ra nội dung giải thích lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định đó. Quý vị có thể viết lên MSN hoặc lên một mảnh giấy riêng và đính kèm nó vào MSN.
- Ghi kèm họ tên, số điện thoại, và Mã số Medicare lên MSN. Giữ một bản sao để quý vị lưu hồ sơ.
- Gửi MSN, hoặc một bản sao, cho công ty xử lý các hóa đơn cho Medicare (Nhà thầu Hành chính Medicare) được nêu trên MSN. Quý vị có thể gửi kèm bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị có về kháng nghị của mình, chẳng hạn như thông tin từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Hoặc, quý vị có thể sử dụng Biểu mẫu CMS-20027. Để nhận biểu mẫu này; hãy truy cập [CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu nhận được một bản sao qua đường bưu điện. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị phải nộp đơn kháng nghị trước ngày được ghi trong MSN. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị, quý vị vẫn có thể nộp đơn kháng nghị và nhận được quyết định nếu quý vị có thể đưa ra được lý do thỏa đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn (ví dụ: nếu quý vị bị ốm hoặc tai nạn khiến quý vị không thể gửi nó trước thời hạn).
- Quý vị thường sẽ nhận được quyết định từ Nhà thầu Hành chính Medicare trong vòng 60 ngày kể từ khi họ nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu Medicare đòi hỏi cho (các) vật phẩm hoặc (các) dịch vụ nào sau đó, thì chúng sẽ được liệt kê trong MSN tiếp theo của quý vị.
- Quý vị có thể có quyền kháng nghị nhanh nếu quý vị cho rằng các dịch vụ Medicare của mình do bệnh viện hoặc cơ sở điều trị khác cung cấp sắp kết thúc quá sớm. Xem trang 100.

Nếu quý vị đang tham gia Medicare Advantage hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác

Khung thời gian để nộp đơn kháng nghị có thể khác với Original Medicare. Tìm hiểu thêm bằng cách xem các tài liệu mà chương trình gửi cho quý vị, gọi cho chương trình của quý vị, hoặc truy cập [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal).

Trong một số trường hợp, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị nhanh. Hãy xem các tài liệu mà chương trình gửi cho quý vị và thông tin ở trang 100.

Nếu quý vị có một chương trình thuốc Medicare riêng

Ngay cả trước khi quý vị mua một loại thuốc nhất định, quý vị có quyền:

- Nhận giải thích bằng văn bản về các quyết định bảo hiểm thuốc (được gọi là “quyết định bảo hiểm - coverage determination”) từ chương trình thuốc Medicare của mình. Quyết định bảo hiểm là quyết định đầu tiên mà chương trình thuốc Medicare của quý vị (không phải nhà thuốc) đưa ra đối với các quyền lợi của quý vị. Đây có thể là quyết định về việc liệu chương trình có đòi hỏi cho thuốc của quý vị hay không, liệu quý vị có đáp ứng các yêu cầu của chương trình để được đòi hỏi thuốc hay không, hoặc quý vị phải trả bao nhiêu tiền cho thuốc. Quý vị cũng sẽ nhận được một quyết định bảo hiểm nếu quý vị yêu cầu chương trình của mình đưa ra một trường hợp ngoại lệ đối với các quy tắc của họ để đòi hỏi thuốc cho quý vị.
- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị (bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị được phép kê toa hợp pháp) cho rằng quý vị cần một loại thuốc không có trong danh sách các loại thuốc được đòi hỏi của chương trình (**danh mục thuốc**).
- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị cho rằng chương trình nên miễn trừ một quy tắc về bảo hiểm (chẳng hạn như ủy quyền trước).

- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu quý vị cho rằng quý vị nên được trả ít hơn cho một loại thuốc bậc cao hơn vì quý vị hoặc người kê toa của quý vị cho rằng quý vị không thể dùng bất kỳ loại thuốc bậc thấp hơn nào để điều trị cho cùng một bệnh lý.

Làm cách nào để tôi nhận trợ giúp trong việc nộp đơn kháng nghị?

Quý vị có thể chỉ định một người đại diện để trợ giúp. Người đại diện của quý vị có thể là một thành viên gia đình, bạn bè, người biện hộ, luật sư, cố vấn tài chính, bác sĩ, hoặc một ai đó khác sẽ hành động thay mặt cho quý vị. Để tìm hiểu thêm thông tin, truy cập [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp trong việc nộp đơn kháng nghị từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP). Xem các trang 115–118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

Làm cách nào để tôi yêu cầu họ đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trường hợp ngoại lệ?

Quý vị hoặc người kê toa của quý vị phải liên hệ với chương trình để yêu cầu họ đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trường hợp ngoại lệ. Nếu nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị không thể cấp một loại thuốc kê toa, dược sĩ sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo giải thích về cách để liên hệ với chương trình thuốc Medicare của quý vị, để quý vị có thể đưa ra yêu cầu của mình. Nếu dược sĩ không cung cấp cho quý vị thông báo này, hãy yêu cầu một bản sao.

Nếu quý vị đang yêu cầu đơn thuốc theo toa mà quý vị chưa nhận được, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể thực hiện yêu cầu tiêu chuẩn hoặc yêu cầu cấp tốc (nhanh) qua điện thoại hoặc bằng văn bản. Nếu quý vị đang yêu cầu được hoàn lại tiền cho các loại thuốc kê toa quý vị đã mua, chương trình của quý vị có thể đòi hỏi quý vị hoặc người kê toa của quý vị thực hiện yêu cầu tiêu chuẩn bằng văn bản.

Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể gọi điện hoặc viết thư gửi cho chương trình để thực hiện yêu cầu cấp tốc (nhanh). Yêu cầu của quý vị sẽ được giải quyết cấp tốc nếu quý vị chưa nhận được thuốc kê toa và chương trình của quý vị quyết định rằng, hoặc người kê toa báo cho chương trình rằng, tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị có thể gặp nguy hiểm do phải chờ đợi.

Quan trọng!

Nếu quý vị đang yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, thì người kê toa của quý vị phải đưa ra một tuyên bố giải thích lý do y tế tại sao chương trình của quý vị nên chấp thuận ngoại lệ đó.

Tôi có những quyền gì nếu tôi cho rằng các dịch vụ của mình sắp kết thúc quá sớm?

Nếu quý vị đang nhận các dịch vụ Medicare từ một bệnh viện, **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện, hoặc cơ sở chăm sóc cuối đời, và quý vị cho rằng các dịch vụ được Medicare đài thọ của mình sắp kết thúc quá sớm (hoặc quý vị sắp được xuất viện quá sớm), thì quý vị có thể yêu cầu thực hiện một kháng nghị nhanh (còn được gọi là “kháng nghị ngay lập tức” hoặc “kháng nghị cấp tốc”). Nhà cung cấp dịch vụ sẽ cung cấp một thông báo cho quý vị trước khi dịch vụ của quý vị kết thúc để cho quý vị biết cách thức yêu cầu một kháng nghị nhanh. Hãy đọc kỹ thông báo này. Nếu không nhận được thông báo này, quý vị hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ của mình cung cấp nó. Đối với kháng nghị nhanh, người xét duyệt độc lập, được gọi là Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình (BFCC-QIO), sẽ quyết định xem các dịch vụ được đài thọ của quý vị có nên tiếp tục hay không. Quý vị có thể liên hệ với BFCC-QIO của quý vị để được trợ giúp trong việc nộp đơn kháng nghị. Xem trang 113.

Kháng nghị nhanh chỉ bao gồm quyết định chấm dứt dịch vụ hoặc cho quý vị xuất viện. Quý vị có thể cần phải thực hiện một quy trình kháng nghị riêng biệt cho bất kỳ vật phẩm hoặc dịch vụ nào mà quý vị có thể đã nhận được sau quyết định chấm dứt dịch vụ. Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem cuốn sổ tay “Kháng nghị Medicare”.

“Thông báo trước cho Người thụ hưởng về Không Chi trả Bảo hiểm” (ABN) là gì?

Nếu quý vị có Original Medicare, bác sĩ của quý vị, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc nhà cung cấp có thể gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản nếu họ cho rằng Medicare sẽ không thanh toán cho các hạng mục hoặc dịch vụ mà quý vị sẽ nhận được. Thông báo này được gọi là “Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về Không Chi trả Bảo hiểm” hoặc ABN. ABN liệt kê các vật dụng hoặc dịch vụ mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cho rằng Medicare sẽ không thanh toán, cùng với ước tính chi phí cho các vật dụng và dịch vụ đó và lý do tại sao Medicare có thể không thanh toán.

Điều gì xảy ra nếu tôi nhận Lưu ý?

- Quý vị sẽ được đề nghị chọn xem có nhận các vật phẩm hoặc dịch vụ được nêu trên thông báo hay không.
- Nếu quý vị chọn nhận các vật phẩm hoặc dịch vụ được nêu trong thông báo, tức là quý vị đồng ý thanh toán khi Medicare không đài thọ.
- Quý vị sẽ được đề nghị ký vào thông báo để cho biết quý vị đã đọc và hiểu thông báo đó.
- Các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, và nhà cung cấp thiết bị không nhất thiết phải (nhưng vẫn có thể) cung cấp thông báo cho quý vị về các dịch vụ mà Medicare không bao giờ đài thọ. Xem trang 55.
- Thông báo ABN không phải là quyết định từ chối chính thức của Medicare. Nếu Medicare từ chối chi trả, quý vị vẫn có thể nộp đơn kháng nghị sau khi nhận được “Thông báo Tóm tắt của Medicare” (MSN) cho biết về vật phẩm hoặc dịch vụ đang được xem xét. Tuy nhiên, quý vị sẽ phải thanh toán cho các vật phẩm hoặc dịch vụ đó nếu Medicare quyết định rằng các vật phẩm hoặc dịch vụ đó không được đài thọ (và không có đơn vị bảo hiểm nào khác chịu trách nhiệm chi trả).

Tôi có thể nhận được thông báo như thế này vì những lý do khác không?

Quý vị có thể nhận được “ABN của Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn” khi cơ sở này cho rằng Medicare sẽ không còn đài thọ cho việc lưu trú hoặc các vật phẩm và dịch vụ khác của quý vị nữa.

Điều gì xảy ra nếu tôi không nhận Lưu ý?

Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông báo này nhưng không lại cung cấp, trong hầu hết các trường hợp, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải hoàn lại cho quý vị số tiền mà quý vị đã trả cho vật phẩm hoặc dịch vụ.

Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Truy cập [Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections](https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections) để tìm hiểu thêm về các loại ABN khác nhau và những việc cần làm nếu quý vị nhận được.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có quyền hỏi trước chương trình đó xem chương trình đó có chi trả cho một dịch vụ, thuốc hoặc vật tư nhất định hay không. Liên hệ với chương trình của quý vị để yêu cầu và gửi yêu cầu của tổ chức trước khi thực hiện dịch vụ. Phản hồi của chương trình sẽ bao gồm các hướng dẫn để gửi kháng nghị kịp thời, nếu quý vị muốn. Quý vị cũng có thể nhận dịch vụ chăm sóc tự chọn trong chương trình. Đây là khi một nhà cung cấp trong chương trình giới thiệu quý vị đến một dịch vụ hoặc một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới mà không có trước quyết định của tổ chức. Xem trang 65.

Quyền tiếp cận thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Theo luật, quý vị hoặc người đại diện hợp pháp của quý vị nói chung có quyền xem và/hoặc nhận bản sao các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều trị cho quý vị và lập hóa đơn Medicare cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị cũng có quyền lấy thông tin chung này từ các chương trình sức khỏe chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, bao gồm cả Medicare.

Những loại thông tin sức khỏe cá nhân này bao gồm:

- Khiếu nại và hồ sơ thanh toán
- Thông tin liên quan đến việc ghi danh của quý vị vào các chương trình sức khỏe, bao gồm cả Medicare
- Các hồ sơ y tế và quản lý ca bệnh
- Những hồ sơ khác mà các bác sĩ hoặc chương trình bảo hiểm y tế sử dụng để đưa ra quyết định về quý vị

Thông thường, quý vị có thể nhận thông tin của mình bằng bản giấy hoặc phiên bản điện tử. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ hoặc chương trình lưu trữ thông tin của quý vị dưới dạng điện tử, họ thường phải cung cấp cho quý vị các bản sao điện tử, nếu quý vị yêu cầu chúng. Quý vị có quyền nhận thông tin của mình một cách kịp thời, nhưng có thể mất đến 30 ngày để nhận được phản hồi. Nếu thông tin của quý vị là điện tử, quý vị cũng có thể yêu cầu gửi thông tin đó cho bên thứ ba quý vị lựa chọn, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều trị cho quý vị, thành viên gia đình hoặc nhà nghiên cứu.

Quý vị có thể phải điền vào biểu mẫu để yêu cầu bản sao thông tin của mình và trả phí. Phí này thường không được cao hơn tổng chi phí của:

- Người lao động sao chép thông tin được yêu cầu
- Cơ sở để tạo bản sao
- Bưu phí (nếu quý vị yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị gửi cho quý vị một bản sao)

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ không bị tính phí khi xem, tìm kiếm, tải xuống, hoặc gửi thông tin của mình qua cổng thông tin điện tử.

Để biết thêm thông tin, hãy truy cập

hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers.

Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc nhận và sử dụng hồ sơ y tế của mình, Văn phòng Điều phối viên Quốc gia cho Công nghệ Thông tin Y tế (ONC) tại Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) đã xây dựng tài liệu "Hướng dẫn Nhận & Sử dụng Hồ sơ Y tế của Quý vị". Hướng dẫn này có thể giúp quý vị trong suốt quá trình nhận hồ sơ y tế và chỉ cho quý vị cách để đảm bảo hồ sơ của quý vị là chính xác và đầy đủ, để quý vị có thể tận dụng tối đa dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Truy cập healthit.gov/how-to-get-your-health-record để xem hướng dẫn.

Medicare sử dụng thông tin cá nhân của tôi như thế nào?

Medicare luôn bảo vệ quyền riêng tư cho thông tin sức khỏe của quý vị. Hai trang tiếp theo sẽ trình bày về cách để Medicare có thể sử dụng và cung cấp các thông tin của quý vị đồng thời giải thích cách để quý vị có thể nhận được các thông tin này.

Thông báo về Biện pháp Bảo vệ Quyền riêng tư cho Original Medicare

Thông báo này trình bày về cách sử dụng và tiết lộ các thông tin y tế về quý vị, và cách để quý vị có thể tiếp cận các thông tin này. Vui lòng đọc kỹ.

Luật pháp yêu cầu Medicare bảo vệ quyền riêng tư cho các thông tin y tế cá nhân của quý vị. Luật pháp cũng yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông báo này để quý vị biết cách chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ (“tiết lộ”) các thông tin y tế cá nhân mà chúng tôi có về quý vị.

Chúng tôi phải cung cấp thông tin của quý vị cho:

- Quý vị, cho người mà quý vị nêu tên (“chỉ định”), hoặc người có quyền hợp pháp hành động thay mặt quý vị (người đại diện cá nhân của quý vị)
- Bộ trưởng Bộ Y tế & Dịch vụ Nhân sinh, nếu cần thiết;
- Bất kỳ người nào khác mà luật pháp yêu cầu

Chúng tôi có quyền sử dụng và cung cấp thông tin của quý vị để chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và vận hành Medicare. Ví dụ:

- Các Nhà thầu Hành chính của Medicare sử dụng thông tin của quý vị để chi trả hoặc từ chối các yêu cầu thanh toán của quý vị, thu **phí bảo hiểm**, của quý vị, chia sẻ khoản thanh toán quyền lợi của quý vị với (các) đơn vị bảo hiểm khác của quý vị, hoặc để chuẩn bị cho “Thông báo Tóm tắt của Medicare.”
- Chúng tôi có thể sử dụng thông tin của quý vị để cung cấp cho quý vị các dịch vụ khách hàng, giải quyết các khiếu nại mà quý vị có, liên hệ với quý vị để thông báo về các nghiên cứu, và đảm bảo rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc chất lượng.

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị trong những trường hợp hạn chế sau:

- Gửi đến các cơ quan liên bang và tiểu bang có quyền hợp pháp nhận dữ liệu của Medicare (chẳng hạn như để đảm bảo rằng Medicare đang thực hiện các khoản thanh toán phù hợp và để trợ giúp cho các chương trình **Medicaid** của liên bang/tiểu bang)
- Cho các hoạt động sức khỏe cộng đồng (chẳng hạn như báo cáo về bùng phát dịch bệnh)
- Cho các hoạt động giám sát chăm sóc sức khỏe của chính phủ (như điều tra về gian lận và lạm dụng)
- Cho các thủ tục tố tụng hành chính và tư pháp (chẳng hạn như trả lời lệnh của tòa án)
- Cho mục đích thực thi pháp luật (chẳng hạn như cung cấp thông tin hạn chế để tìm một người mất tích)
- Cho các nghiên cứu mà đáp ứng được tất cả các yêu cầu của luật quyền riêng tư (như nghiên cứu để phòng ngừa một căn bệnh hoặc khuyết tật)
- Để tránh một mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc an toàn
- Để liên hệ với quý vị nhằm thông báo về các quyền lợi Medicare mới hoặc được thay đổi
- Để xây dựng một tập hợp thông tin mà không ai có thể truy dấu quý vị
- Để gửi cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các đối tác kinh doanh của họ nhằm mục đích điều phối dịch vụ chăm sóc và cải tiến chất lượng, như tham gia vào **Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm (ACO)**

Chúng tôi không bán hoặc sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để quảng cáo cho quý vị về các sản phẩm hoặc dịch vụ sức khỏe (“tiếp thị”). Chúng tôi phải có sự cho phép bằng văn bản của quý vị (“ủy quyền”) để sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị cho bất kỳ mục đích nào không được trình bày trong thông báo này.

Quý vị có thể rút lại (“thu hồi”) ý kiến cho phép bằng văn bản của mình bất kỳ lúc nào, trừ khi chúng tôi đã chia sẻ thông tin vì quý vị đã cấp quyền cho chúng tôi.

Quý vị có quyền:

- Xem lại và nhận một bản sao các thông tin chúng tôi có về quý vị.
- Yêu cầu chúng tôi thay đổi thông tin của quý vị nếu quý vị cho rằng thông tin đó sai hoặc không đầy đủ, và chúng tôi đồng ý. Nếu chúng tôi không đồng ý, quý vị có thể bổ sung một tuyên bố về ý kiến không đồng ý của mình vào thông tin của quý vị.
- Nhận một danh sách những người lấy thông tin của quý vị từ chúng tôi. Danh sách này sẽ không bao gồm thông tin mà chúng tôi đã cung cấp cho quý vị, người đại diện cá nhân của quý vị, hoặc cơ quan thực thi pháp luật, hoặc thông tin mà chúng tôi đã sử dụng để chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc cho hoạt động của chúng tôi.
- Yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một phương thức khác hoặc theo một địa chỉ khác (ví dụ: bằng cách gửi tài liệu đến Hộp thư PO Box thay vì địa chỉ nhà riêng của quý vị).
- Yêu cầu chúng tôi hạn chế cách mà chúng tôi sử dụng thông tin của quý vị và cách mà chúng tôi cung cấp thông tin đó để chi trả cho các yêu cầu thanh toán và vận hành Medicare. Chúng tôi có thể không đồng ý với yêu cầu của quý vị.
- Nhận thư thông báo cho quý vị biết về nguy cơ có thể xảy ra đối với quyền riêng tư của thông tin của quý vị (“thông báo vi phạm”).
- Nhận một bản sao giấy riêng cho thông báo này.
- Nói chuyện với Đại diện Dịch vụ Khách hàng về thông báo quyền riêng tư của chúng tôi. Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800- 633- 4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về quyền riêng tư đến:

- Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS). Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE.
- Văn phòng Dân Quyền (OCR), Bộ Y tế & Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS). Truy cập [hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint).

Việc nộp đơn khiếu nại sẽ không ảnh hưởng đến bảo hiểm Medicare của quý vị.

Luật pháp yêu cầu chúng tôi phải tuân theo các điều khoản trong thông báo này. Chúng tôi có quyền thay đổi cách chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị qua thư trong vòng 60 ngày kể từ ngày thay đổi.

Thông báo về Biện pháp Bảo vệ Quyền riêng tư cho Original Medicare có hiệu lực từ ngày 23 Tháng Chín, 2013.

Làm thế nào để tôi có thể tự bảo vệ mình khỏi các hành vi gian lận và đánh cắp danh tính y tế?

Đánh cắp danh tính y tế là khi ai đó lấy cắp hoặc sử dụng thông tin cá nhân của quý vị (như họ tên, Mã số An sinh Xã hội, hoặc mã số Medicare của quý vị) để gửi các yêu cầu thanh toán gian lận cho Medicare và các công ty bảo hiểm sức khỏe khác mà không có sự cho phép của quý vị. Khi quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy ghi lại các ngày đó trên lịch và lưu lại các biên lai và bảng sao kê mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ để có thể kiểm tra các sai sót. Nếu quý vị cho rằng có sai sót hoặc nhà cung cấp dịch vụ đã lập hóa đơn cho các dịch vụ mà quý vị không nhận được, hãy thực hiện các bước sau để tìm hiểu xem những dịch vụ nào đã được lập hóa đơn:

- Kiểm tra “Thông báo Tóm tắt của Medicare” (MSN) của quý vị nếu quý vị có Original Medicare để xem liệu dịch vụ có được lập hóa đơn cho Medicare hay không. Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình bảo hiểm y tế Medicare**, hãy kiểm tra các bản sao kê mà quý vị nhận được từ chương trình của mình.
- Đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để xem các yêu cầu thanh toán Medicare của mình nếu quý vị có Original Medicare. Các yêu cầu thanh toán của quý vị thường có sẵn trực tuyến trong vòng 24 giờ sau khi xử lý. Quý vị cũng có thể sử dụng Blue Button® (Nút Xanh) của Medicare để tải xuống các thông tin yêu cầu thanh toán của mình. Xem trang 109. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.
- Nếu quý vị biết nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp thiết bị đó, hãy gọi và yêu cầu cung cấp một bản sao kê theo từng khoản mục. Họ sẽ cung cấp cho quý vị bản sao kê này trong vòng 30 ngày.

Nếu quý vị đã liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ và nghi ngờ rằng Medicare đang bị tính phí cho một dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị không nhận, hoặc quý vị không biết nhà cung cấp dịch vụ có tên trong yêu cầu thanh toán, hãy gọi số 1-800-MEDICARE.

Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE nếu quý vị cho rằng số Medicare của quý vị đã bị sử dụng gian lận.

Chỉ cung cấp thông tin cá nhân, như mã số Medicare của quý vị, cho các bác sĩ, công ty bảo hiểm (và các đại lý hoặc nhà môi giới được cấp phép của họ), hoặc chương trình đang hành động thay mặt quý vị, hoặc những người đáng tin cậy trong cộng đồng làm việc với Medicare như Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Không chia sẻ mã số Medicare hoặc thông tin cá nhân khác của quý vị với bất kỳ ai không được chào đón liên hệ với quý vị qua điện thoại, email hoặc gặp trực tiếp. Medicare, hoặc đại diện **Chương trình Medicare** của quý vị, sẽ chỉ gọi cho quý vị trong một số trường hợp hạn chế:

- Một chương trình Medicare có thể gọi cho quý vị nếu quý vị đã là hội viên của chương trình. Đại lý đã giúp quý vị tham gia cũng có thể gọi cho quý vị.
- Người đại diện dịch vụ khách hàng từ số 1-800-MEDICARE có thể gọi cho quý vị nếu quý vị đã để lại tin nhắn, hoặc người đại diện cho biết sẽ có người gọi lại cho quý vị.
- Nếu quý vị đã nộp báo cáo về nghi ngờ hành vi gian lận, quý vị có thể nhận được cuộc gọi từ người đại diện cho Medicare để theo dõi cuộc điều tra của quý vị.

Để biết thêm thông tin về hành vi gian lận Medicare, hãy truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) hoặc liên hệ với Chương trình Tuần tra Medicare Người Cao niên tại địa phương của quý vị. Để biết thêm thông tin về Senior Medicare Patrol hoặc để tìm kiếm trợ giúp tại tiểu bang của quý vị, hãy truy cập [smpresource.org](https://www.smpresource.org) hoặc gọi 1-877-808-2468.

Các chương trình phải tuân theo các quy tắc tiếp thị

Chương trình Medicare và các đại lý phải tuân theo các quy tắc nhất định khi tiếp thị các chương trình của họ và nhận thông tin ghi danh của quý vị. Các chương trình không cần thông tin cá nhân của quý vị để cung cấp bảo giá. Các chương trình Medicare không thể đăng ký quý vị vào một chương trình qua điện thoại trừ khi quý vị gọi cho họ và yêu cầu được đăng ký, hoặc quý vị đã cho phép họ liên hệ với quý vị.

Quan trọng!

Gọi số 1-800-MEDICARE để báo cáo bất kỳ chương trình hoặc đại lý nào:

- Yêu cầu thông tin cá nhân của quý vị qua điện thoại hoặc email
- Gọi điện để ghi danh quý vị vào một chương trình
- Thăm khám quý vị bất ngờ
- Sử dụng thông tin sai lệch khiến quý vị nhầm lẫn

Quý vị cũng có thể gọi cho Medicare Drug Integrity Contractor (MEDIC) theo số 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). MEDIC hoạt động nhằm chống các hành vi gian lận, lãng phí, và lạm dụng trong các **Chương trình Medicare Advantage Plans** và chương trình thuốc của Medicare.

Việc điều tra gian lận cần có thời gian

Mọi báo cáo đều có giá trị. Medicare xem xét tất cả các báo cáo nghi ngờ gian lận một cách nghiêm túc. Khi báo cáo gian lận, quý vị có thể không nhận được kết quả ngay lập tức. Cần có thời gian để điều tra báo cáo của quý vị và xây dựng hồ sơ, nhưng hãy yên tâm rằng thông tin của quý vị đang giúp chúng tôi bảo vệ Medicare.

Thanh tra viên về Người thụ hưởng Medicare có thể trợ giúp quý vị như thế nào

Thanh tra Người thụ hưởng Medicare giúp quý vị và đại diện cho quý vị giải đáp các thắc mắc và khiếu nại, đồng thời đảm bảo thông tin về Medicare luôn sẵn có cho quý vị. Quý vị cũng có thể cung cấp phản hồi cho Ombudsman để giúp cải thiện những trải nghiệm của quý vị với Medicare. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tìm hiểu thêm.

MỤC 9

Nhận thêm thông tin

Nhận hỗ trợ được cá nhân hóa

1. Gọi cho chúng tôi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048
2. Trò chuyện trực tiếp với chúng tôi tại [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone)
3. Gửi thư cho chúng tôi theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Nhận thông tin 24 giờ mỗi ngày, kể cả cuối tuần

- Hãy nói rõ ràng và làm theo lời nhắc bằng giọng nói để chọn danh mục đáp ứng tốt nhất nhu cầu của quý vị.
- Để thẻ Medicare trước mặt, và sẵn sàng cung cấp mã số Medicare của quý vị.
- Khi được yêu cầu cung cấp Mã số Medicare, quý vị hãy đọc rõ ràng từng con số và chữ cái một.
- Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ khác không phải Tiếng Anh hoặc Tiếng Tây Ban Nha, hoặc cần yêu cầu tài liệu Medicare ở định dạng dễ tiếp cận (như bản in khổ chữ lớn hoặc chữ nổi Braille), hãy nói cho đại diện dịch vụ khách hàng biết.

Quan trọng!

Nếu quý vị cần người nào đó thay mặt cho quý vị để gọi 1-800-MEDICARE

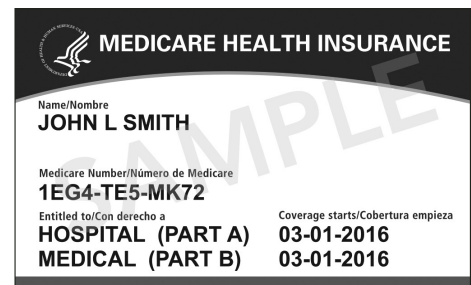
Quý vị có thể hoàn thành mẫu đơn “Ủy quyền Tiết lộ Thông tin Sức khỏe Cá nhân” để cho phép Medicare cung cấp thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị cho những người khác không phải quý vị. Để nhận biểu mẫu này, hãy truy cập [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other](https://www.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE. Quý vị cũng có thể gửi biểu mẫu này tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) bằng tài khoản Medicare của quý vị. Medicare phải xử lý biểu mẫu trước khi việc ủy quyền có hiệu lực.

Nếu hộ gia đình của quý vị nhận được nhiều hơn một bản của cuốn sổ tay “Medicare & Quý vị”

Chỉ nhận một bản của cuốn sổ tay này trong thời gian tới, hãy gọi số 1-800-MEDICARE. Nếu quý vị muốn ngừng nhận các bản giấy qua đường bưu điện, quý vị có thể yêu cầu điều này bằng cách đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare của mình tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Nếu quý vị cần một bản sao mới của thẻ Medicare của mình

Nếu quý vị cần thay thế thẻ của mình vì thẻ bị hỏng hoặc bị mất, hãy truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị để in hoặc đặt hàng một bản sao chính thức của thẻ Medicare của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE và yêu cầu gửi thẻ thay thế qua đường bưu điện.



Nếu quý vị cần thay thế thẻ của mình vì quý vị cho rằng người khác đang sử dụng mã số Medicare của quý vị, hãy gọi số 1-800-MEDICARE.

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

SHIP là các chương trình của tiểu bang nhận tài trợ từ chính phủ liên bang để tư vấn bảo hiểm y tế tại địa phương miễn phí cho những người có Medicare. Các chương trình SHIP không được kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Họ cung cấp tư vấn miễn phí, cá nhân hóa để phù hợp với quý vị và gia đình quý vị để giúp giải quyết những câu hỏi này và các câu hỏi khác của Medicare:

- Các quyền Medicare của quý vị
- Các vấn đề về thanh toán
- Các khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc điều trị của quý vị
- So sánh các chương trình và ghi danh vào chương trình
- Cách thức hoạt động của Medicare cùng với các chương trình bảo hiểm khác
- Tìm kiếm trợ giúp để thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe

Hãy gọi cho chương trình SHIP tại tiểu bang của quý vị để nhận trợ giúp cá nhân miễn phí cho các thắc mắc về Medicare, hoặc để tìm hiểu cách trở thành một tư vấn viên tình nguyện của SHIP. Xem các các trang 115–118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

Tìm thông tin chung về Medicare trực tuyến

Truy cập Medicare.gov

- Nhận thông tin về các chương trình sức khỏe và thuốc Medicare trong khu vực của quý vị, bao gồm chi phí của chương trình và những dịch vụ mà chương trình cung cấp.
- Tìm các bác sĩ hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà cung cấp thiết bị tham gia Medicare.
- Tìm hiểu xem Medicare đài thọ những gì, bao gồm các **dịch vụ phòng ngừa** (như sàng lọc, tiêm phòng hoặc vắc-xin, và các buổi thăm khám “Sức khỏe” hàng năm).
- Nhận thông tin và mẫu đơn kháng nghị của Medicare.
- Nhận thông tin về chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, cơ sở chăm sóc cuối đời, **cơ sở phục hồi chức năng nội trú**, và **bệnh viện chăm sóc dài hạn**.
- Tra cứu các trang web và số điện thoại hữu ích.

Quý vị có thể nhận cuốn sổ tay này bằng các ngôn ngữ khác, như tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Hàn hoặc tiếng Việt. Truy cập [Medicare.gov/about-us/information-in-other-languages](https://www.medicare.gov/about-us/information-in-other-languages).

Nhận thông tin Medicare của cá nhân trực tuyến

Lập một tài khoản Medicare của riêng quý vị

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Quý vị cũng có thể:

- Thêm các loại thuốc kê toa và nhà thuốc của mình để giúp quý vị so sánh tốt hơn các chương trình sức khỏe và thuốc của Medicare trong khu vực của quý vị.
- Đăng ký để sử dụng phiên bản điện tử—nhận cuốn sổ tay hàng năm “Medicare & Quý vị” và các sao kê thanh toán, được gọi là “Thông báo Tóm tắt của Medicare,” bằng phiên bản điện tử.
- Xem xét các yêu cầu thanh toán Original Medicare của quý vị ngay sau khi chúng được xử lý.
- In bản sao thẻ Medicare chính thức của quý vị.
- Tìm kiếm danh sách các **dịch vụ phòng ngừa** mà quý vị đủ điều kiện nhận trong Original Medicare.
- Tìm hiểu về chi **phí bảo hiểm** Medicare của quý vị, và thanh toán phí này trực tuyến nếu quý vị nhận được hóa đơn từ Medicare.

Medicare’s Blue Button® & Blue Button 2.0®

Blue Button của Medicare giúp quý vị dễ dàng tải xuống thông tin sức khỏe cá nhân của mình (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường Phần A, Phần B và Phần D của quý vị) vào một tệp trên máy tính của quý vị hoặc thiết bị khác. Bằng cách lấy thông tin của bản thân thông qua Blue Button, quý vị có thể:

- In hoặc gửi thông tin qua email để chia sẻ với những người khác.
- Nhập tệp đã lưu của quý vị vào các công cụ quản lý sức khỏe cá nhân khác trên máy vi tính.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) à đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị để sử dụng Blue Button ngay hôm nay.

Blue Button 2.0 là dịch vụ dữ liệu mới giúp quý vị dễ dàng chia sẻ thông tin yêu cầu thanh toán Phần A, Phần B và Phần D đến các ứng dụng, dịch vụ và chương trình nghiên cứu được ủy quyền. Quý vị sẽ cấp quyền cho từng ứng dụng một và có thể quay lại tài khoản Medicare bảo mật của mình trực tuyến tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) bất kỳ lúc nào để thay đổi cách thức ứng dụng sử dụng thông tin của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị đã ghi danh vào **Chương trình Medicare Advantage**, sẽ chỉ có sẵn thông tin Phần D thông qua Blue Button 2.0. Kiểm tra với chương trình của quý vị để tìm hiểu xem liệu họ có cung cấp dịch vụ dữ liệu tương tự như Blue Button 2.0 hay không.

Hãy nhớ: Quản lý thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị giống như cách quý vị quản lý các thông tin bảo mật khác.

Để tìm hiểu về cách sử dụng Blue Button (Nút xanh) để lưu thông tin yêu cầu thanh toán của quý vị, hãy truy cập:

- [Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims-medicares-blue-button](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims-medicares-blue-button)
- [Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps).

Tìm kiếm & so sánh các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Truy cập [Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare) để tìm và so sánh chất lượng các dịch vụ chăm sóc mà các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe như viện dưỡng lão, bệnh viện và bác sĩ cung cấp cho bệnh nhân của họ. Quý vị có thể tìm thông tin về các nhà cung cấp và cơ sở dựa trên nhu cầu cá nhân của mình, đồng thời nhận được các nguồn trợ giúp hữu ích để đưa ra quyết định sáng suốt hơn về nơi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Trao đổi với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác khi chọn nhà cung cấp dịch vụ mới. Quý vị cũng có thể hỏi họ nghĩ gì về chất lượng chăm sóc của các nhà cung cấp dịch vụ khác.

Tìm kiếm & so sánh các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để tìm và so sánh các chương trình bảo hiểm sức khỏe và thuốc, bao gồm cả chương trình hiện tại của quý vị, nếu quý vị đã từng tham gia một chương trình. Quý vị có thể so sánh giá dựa trên các loại thuốc quý vị đang sử dụng và các hiệu thuốc quý vị lựa chọn sử dụng, bao gồm chi phí thuốc ước tính hàng tháng và hàng năm. Xếp hạng sao tổng thể cho từng chương trình cung cấp thông tin chi tiết về chất lượng và hiệu suất của chương trình đối với các loại dịch vụ mà chương trình đó cung cấp.

Quý vị có biết rằng quý vị có thể so sánh chất lượng của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và dịch vụ **chương trình Medicare** trên toàn quốc không? Gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 115–118 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

Medicare đang làm việc để điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị

Medicare liên tục tìm cách để điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị được tốt hơn và đảm bảo rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất có thể.

Dưới đây là các ví dụ về cách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị tốt hơn:

Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm

Một **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)** là một nhóm các bác sĩ, bệnh viện và hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đã hợp tác để phối hợp chăm sóc sức khỏe của quý vị

Làm việc với tư cách là một phần của ACO giúp bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị hiểu được tiền sử sức khỏe của quý vị và thảo luận với nhau về việc chăm sóc và các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị tiết kiệm thời gian, tiền bạc và giảm sự thất vọng bằng cách tránh các cuộc kiểm tra và cuộc hẹn lặp đi lặp lại. Phối hợp nhiều hơn cũng giúp ngăn ngừa các sai sót y khoa và tương tác thuốc không mong muốn có thể xảy ra nếu một nhà cung cấp không biết những gì người khác đã kê cho quý vị.

Quan trọng!

ACO không được giới hạn quý vị lựa chọn các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị là một phần của ACO, quý vị vẫn có quyền đến tham khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp nào khác chấp nhận Medicare bất cứ lúc nào.

Ngoài ra, nếu **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị tham gia vào **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)**, quý vị có thể nhận được các quyền lợi mở rộng. Ví dụ: trong một số ACO, nhà cung cấp của quý vị có thể cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa hơn. Điều này có nghĩa là quý vị có thể nhận được một số dịch vụ tại nhà bằng cách sử dụng công nghệ, chẳng hạn như điện thoại hoặc máy tính, để liên lạc trong thời gian thực với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Ngoài ra, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác là thành viên của ACO có thể gửi bệnh nhân của họ đến các **Cơ sở điều dưỡng chuyên môn** hoặc các dịch vụ phục hồi ngay cả khi họ không nằm viện trong 3 ngày đầu tiên, đây thường là một yêu cầu trong Medicare. Để quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi này, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị phải quyết định rằng quý vị cần được chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và đáp ứng một số yêu cầu về điều kiện hội đủ khác.

Nếu bác sĩ chăm sóc chính của quý vị tham gia ACO và quý vị có Original Medicare, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản và tìm thấy một tấm áp phích trong văn phòng của họ về việc họ tham gia ACO. Hiện có hàng trăm ACO trên cả nước. Đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại **Medicare.gov** và chọn một bác sĩ chăm sóc chính, người sẽ giúp quản lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị trong ACO.

Chia sẻ thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị với ACO

Một trong những quyền lợi quan trọng nhất của ACO là các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ khác có thể giao tiếp và điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Để giải quyết vấn đề đó, Medicare cho phép ACO của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị yêu cầu một số thông tin nhất định về việc chăm sóc của quý vị. Việc yêu cầu Medicare chia sẻ dữ liệu của quý vị theo cách này giúp đảm bảo tất cả những người tham gia chăm sóc cho quý vị đều có quyền truy cập vào thông tin sức khỏe của quý vị khi họ cần để giúp quý vị.

Nếu quý vị không muốn Medicare chia sẻ thông tin chăm sóc sức khỏe của mình với bác sĩ của quý vị để phối hợp chăm sóc, hãy gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và cho người đại diện biết điều này. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Medicare vẫn có thể chia sẻ thông tin chung để đánh giá chất lượng của nhà cung cấp.

Để tìm hiểu thêm thông tin về ACO, truy cập **Medicare.gov/manage-your-health/**
coordinating-your-care/accountable-care-organizations hoặc gọi 1-800-MEDICARE.

Hồ sơ Sức khỏe Điện tử

Hồ sơ sức khỏe điện tử là tiền sử về các tình trạng bệnh lý, điều trị và chăm sóc sức khỏe của quý vị mà bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, nhân viên văn phòng y tế, hoặc bệnh viện của quý vị lưu giữ trên máy tính.

- Các hồ sơ này có thể giúp giảm nguy cơ mắc các sai sót y tế, loại bỏ việc thực hiện các xét nghiệm trùng lặp, và có thể giúp cải thiện chất lượng chăm sóc tổng thể của quý vị.
- Hồ sơ sức khỏe điện tử do bác sĩ của quý vị lưu giữ có thể liên kết với một bệnh viện, phòng thí nghiệm, nhà thuốc, các bác sĩ khác, hoặc hệ thống thông tin y tế chung (cơ quan lưu trữ dữ liệu), vì vậy những người chăm sóc cho quý vị có thể có được cái nhìn tổng quan hơn về sức khỏe của quý vị.

Kê toa thuốc điện tử

Đây là cách thức điện tử để người kê toa của quý vị (bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được phép kê toa hợp pháp) gửi toa thuốc của quý vị trực tiếp đến nhà thuốc của quý vị. Kê toa thuốc điện tử có thể giúp quý vị tiết kiệm tiền bạc và thời gian, đồng thời giúp quý vị được an toàn.

Các cách khác để nhận thông tin về Medicare

Email từ Medicare

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tạo tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Gửi kèm địa chỉ email của quý vị để nhận được những lời nhắc và thông tin quan trọng về Medicare.

Ấn phẩm

Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem, in, hoặc tải xuống bản sao của các ấn phẩm về các chủ đề Medicare khác nhau. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Xem trang 123 để biết thông tin về việc nhận các ấn phẩm ở các định dạng dễ dàng tiếp cận miễn phí.

Mạng xã hội

Liên tục cập nhật và kết nối với những người khác có Medicare bằng cách theo dõi chúng tôi trên Facebook ([facebook.com/Medicare](https://www.facebook.com/Medicare)) và Twitter (twitter.com/MedicareGov).

Video

Tìm kiếm video về Medicare và các chủ đề chăm sóc sức khỏe khác tại [YouTube.com/cmsfhsgov](https://www.youtube.com/cmsfhsgov).

Các liên hệ hữu ích khác

An sinh Xã hội

Truy cập [SSA.gov](https://www.ssa.gov) để nộp đơn đăng ký và ghi danh vào Original Medicare, và tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện nhận **Extra Help** giúp thanh toán chi phí thuốc Medicare hay không. Ngoài ra, khi quý vị mở một tài khoản “my Social Security” cá nhân, quý vị có thể xem lại Sao kê An sinh Xã hội, xác minh thu nhập của mình, thay đổi thông tin ký gửi trực tiếp, yêu cầu thay thế thẻ Medicare thay thế, cập nhật địa chỉ của quý vị, v.v. Truy cập [SSA.gov/myaccount](https://www.ssa.gov/myaccount) để mở tài khoản cá nhân của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0778.

Trung tâm Điều phối & Phục hồi Quyền lợi

Liên hệ với Trung tâm Điều phối & Phục hồi Quyền lợi theo số 1-855-798-2627 để báo cáo những thay đổi trong thông tin bảo hiểm của quý vị hoặc cho Medicare biết nếu quý vị có bảo hiểm khác. Người dùng TTY có thể gọi 1-855-797-2627.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình

Hãy liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình (BFCC-QIO) của mình nếu quý vị cho rằng bảo hiểm Medicare cho dịch vụ của quý vị sắp kết thúc quá sớm (chẳng hạn như nếu bệnh viện của quý vị nói rằng quý vị sẽ phải xuất viện nhưng quý vị không đồng ý). Quý vị có thể có quyền kháng cáo nhanh. Quý vị cũng có thể liên hệ với BFCC-QIO hoặc cơ quan khảo sát của tiểu bang của mình để đặt câu hỏi, báo cáo khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà quý vị hoặc người thân nhận được đối với dịch vụ được Medicare đài thọ hoặc nếu quý vị không hài lòng với phản hồi của nhà cung cấp đối với mối quan ngại của quý vị. Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại của BFCC-QIO hoặc cơ quan khảo sát trong tiểu bang của quý vị. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Để tìm hiểu thêm thông tin, truy cập [Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care).

Bộ Quốc Phòng

Nhận thông tin về TRICARE For Life (TFL) và Chương trình Dược phẩm TRICARE.

TFL:

1-866-773-0404, TTY: 1-866-773-0405

[tricare.mil/tfl](https://www.tricare.mil/tfl)

[tricare4u.com](https://www.tricare4u.com)

Chương trình Dược phẩm TRICARE:

1-877-363-1303, TTY: 1-877-540-6261

[tricare.mil/pharmacy](https://www.tricare.mil/pharmacy)

[militaryrx.express-scripts.com](https://www.militaryrx.express-scripts.com)

Bộ Cựu chiến binh (VA)

Hãy liên hệ với VA nếu quý vị là một cựu chiến binh hoặc đã từng phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ và quý vị có thắc mắc về các quyền lợi cựu chiến binh.

1-800-827-1000, TTY: 711

va.gov

eBenefits.va.gov

Văn phòng Quản lý Nhân sự

Nhận thông tin về Chương trình Quyền lợi Sức khỏe Nhân viên Liên bang dành cho các nhân viên hiện tại và đã nghỉ hưu của liên bang.

Chi tiêu liên bang

1-888-767-6738, TTY: 711

opm.gov/healthcare-insurance/Guide-Me/Retirees-Survivors

Nhân viên liên bang đương nhiệm:

Liên hệ với Cán bộ Quyền lợi của mình. Truy cập apps.opm.gov/abo để biết danh sách các Cán bộ Quyền lợi.

Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB)

Nếu quý vị nhận được trợ cấp từ RRB, hãy gọi cho họ để thay đổi địa chỉ hoặc họ tên của quý vị, kiểm tra điều kiện hội đủ, đăng ký vào Medicare, thay thế thẻ Medicare, hoặc bảo tử.

1-877-772-5772, TTY: 1-312-751-4701

rrb.gov

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

Để nhận trợ giúp cá nhân miễn phí cho các câu hỏi về kháng nghị, mua bảo hiểm khác, chọn chương trình sức khỏe, mua hợp đồng Medigap, cũng như các quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare.

Alabama

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-243-5463

Alaska

Văn phòng Thông tin Medicare
1-800-478-6065
TTY: 1-800-770-8973

Arizona

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang tại Arizona (SHIP)
1-800-432-4040

Arkansas

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm Y tế cho Người cao tuổi (SHIP)
1-800-224-6330

California

Chương trình Tư vấn và Trợ giúp Thông tin Y tế tại California (HICAP)
1-800-434-0222

Colorado

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-888-696-7213

Connecticut

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế, Tiếp cận Cộng đồng, Thông tin và Giới thiệu, Tư vấn, Sàng lọc Điều kiện Hội đủ (CHOICES)
1-800-994-9422

Delaware

Văn phòng Hỗ trợ Medicare tại Delaware
1-800-336-9500

Florida

Phục vụ Nhu cầu Bảo hiểm Y tế của Người cao tuổi (SHINE)
1-800-963-5337
TTY: 1-800-955-8770

Georgia

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang tại Georgia (SHIP)
1-866-552-4464 (option 4)

Guam

Chương trình Hỗ trợ của Tiểu bang tại Guam (GUAM MAP)
1-671-735-7415

Hawaii

Hawaii SHIP
1-888-875-9229
TTY: 1-866-810-4379

Idaho

Cố vấn Quyền lợi Bảo hiểm
Y tế Cao cấp (SHIBA)
1-800-247-4422

Illinois

Chương trình Bảo hiểm
Y tế cho Người cao tuổi (SHIP)
1-800-252-8966
TTY: 1-888-206-1327

Indiana

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

Iowa

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm
Y tế cho Người cao tuổi (SHIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

Kansas

Tư vấn Bảo hiểm Y tế Cao
cấp cho Kansas (SHICK)
1-800-860-5260

Kentucky

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-877-293-7447

Louisiana

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm
Y tế cho Người cao tuổi (SHIP)
1-800-259-5300

Maine

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của
Tiểu bang tại Maine (SHIP)
1-800-262-2232

Maryland

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-243-3425

Massachusetts

Phục vụ Nhu cầu Bảo hiểm
Y Tế cho Tất cả mọi người (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

Michigan

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

Minnesota

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang Minnesota/
Senior LinkAge Line
1-800-333-2433

Mississippi

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của
Tiểu bang tại MS (SHIP)
844-822-4622

Missouri

Missouri SHIP
1-800-390-3330

Montana

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của
Tiểu bang tại Montana (SHIP)
1-800-551-3191

Nebraska

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

Nevada

Chương trình Hỗ trợ của
Medicare tại Nevada (MAP)
1-800-307-4444

New Hampshire

NH SHIP – Trung tâm
Nguồn trợ giúp ServiceLink
1-866-634-9412

New Jersey

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-792-8820

New Mexico

New Mexico ADRC-SHIP
1-800-432-2080

New York

Chương trình Tư vấn và Trợ giúp
Bảo hiểm Y tế (HIICAP)
1-800-701-0501

Bắc Carolina

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm
Y tế cho Người cao tuổi (SHIIP)
1-855-408-1212

Bắc Dakota

Chương trình Tư vấn Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

Ohio

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm
Y tế cho Người cao tuổi tại Ohio (OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

Oklahoma

Chương trình Hỗ trợ của
Medicare tại Oklahoma (MAP)
1-800-763-2828

Oregon

Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế cho
Người cao tuổi (SHIBA)
1-800-722-4134

Pennsylvania

Giáo dục về Medicare và Thông
tin Chi tiết về Quyết định
Pennsylvania (PA MEDI)
1-800-783-7067

Puerto Rico

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-878-919-7291

Rhode Island

Chương trình Bảo hiểm
Y tế cho Người cao tuổi (SHIP)
1-888-884-8721
TTY: 401-462-0740

Nam Carolina

(I-CARE) Hỗ trợ Tư vấn và Giới thiệu
Bảo hiểm cho Người cao niên
1-800-868-9095

Nam Dakota

Giáo dục Bảo hiểm Y tế & Thông
tin Sức khỏe Cho Người cao tuổi (SHINE)
1-800-536-8197

Tennessee

TN SHIP
1-877-801-0044
TTY: 1-800-848-0299

Texas

Chương trình Tư vấn và Trợ giúp
Thông tin Y tế (HICAP)
1-800-252-9240

Utah

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm
Y tế cho Người cao tuổi (SHIP)
1-800-541-7735

Vermont

Vermont Chương trình Hỗ trợ Bảo
hiểm Y tế của Tiểu bang
1-800-642-5119

Quần đảo Virgin

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang tại Quần
đảo Virgin (VISHIP)
1-340-772-7368 St. Croix area;
1-340-714-4354 St. Thomas area

Virginia

Chương trình Tư vấn và Trợ giúp Bảo
hiểm Y tế tại Virginia (VICAP)
1-800-552-3402

Washington

Chương trình Bảo hiểm Y tế cho Người
cao tuổi trên Toàn tiểu bang (SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

Washington D.C.

DC SHIP
202-727-8370

Tây Virginia

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang tại West Virginia
(WV SHIP)
1-877-987-4463

Wisconsin

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang tại WI (SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

Wyoming

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang tại Wyoming (WSHIP)
1-800-856-4398

MỤC 10

Các định nghĩa

Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm (ACO)

Nhóm các bác sĩ, bệnh viện và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác hợp tác cùng nhau để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe phối hợp và chất lượng cao.

Thỏa thuận chi trả trực tiếp

Một thỏa thuận của bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ, hoặc nhà cung cấp thiết bị của quý vị để được thanh toán trực tiếp bởi Medicare, để chấp nhận số tiền thanh toán mà Medicare phê duyệt cho dịch vụ, và không lập hóa đơn cho quý vị bất kỳ khoản nào ngoài khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm Medicare.

Giai đoạn Quyền lợi

Cách mà Original Medicare đo lường việc quý vị sử dụng các dịch vụ tại bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Một giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị được tiếp nhận vào làm bệnh nhân nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không còn nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện (hoặc chăm sóc chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn) nào nữa trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản khấu trừ bệnh viện nội trú cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Không có giới hạn về số lượng giai đoạn quyền lợi.

Đồng Bảo hiểm

Số tiền mà quý vị có thể phải trả như là phần chia sẻ chi phí của mình cho các phúc lợi sau khi đã trả hết khoản khấu trừ. Đồng bảo hiểm thường là một tỷ lệ phần trăm nhất định (ví dụ: 20%).

Đồng thanh toán

Số tiền mà quý vị có thể phải trả như là phần chia sẻ chi phí của mình cho các phúc lợi sau khi đã trả hết khoản khấu trừ. Đồng thanh toán thường là một số tiền cố định, ví dụ \$30.

Bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín

Bảo hiểm thuốc kê toa mà được dự kiến sẽ trả, trung bình, một khoản ít nhất bằng bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Điều này có thể bao gồm bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc công đoàn hiện tại hoặc trước đây, TRICARE, Chương trình Sức khỏe Thổ dân (Indian Health Service), Bộ Cựu chiến binh (Department of Veterans Affairs, VA), hoặc bảo hiểm y tế cá nhân.

Bệnh viện tiếp cận nhanh

Một cơ sở nhỏ nằm ở một khu vực nông thôn cách hơn 35 dặm (hoặc 15 dặm nếu ở vùng địa hình đồi núi hoặc ở những khu vực chỉ có đường phụ) so với một bệnh viện hoặc một bệnh viện tiếp cận nhanh khác. Cơ sở này cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu 24/7, có từ 25 giường bệnh nội trú trở xuống, và duy trì thời gian lưu trú trung bình là từ 96 giờ trở xuống cho các bệnh nhân chăm sóc cấp tính.

Khoản khấu trừ

Là số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa trước khi Original Medicare, Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc của Medicare, hoặc chương trình bảo hiểm khác của quý vị bắt đầu chi trả.

Thử nghiệm

Các dự án đặc biệt, đôi khi được gọi là các “chương trình thí điểm” hoặc “nghiên cứu”, nhằm thử kiểm tra những cải tiến về bảo hiểm, thanh toán, và chất lượng chăm sóc của Medicare. Chúng thường chỉ hoạt động trong một thời gian giới hạn, dành cho một nhóm người cụ thể, và trong các khu vực cụ thể.

Extra Help

Một chương trình của Medicare để hỗ trợ những người có thu nhập và tài sản hạn chế thanh toán các chi phí trong chương trình thuốc kê toa của Medicare, như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, và đồng bảo hiểm.

Danh mục thuốc

Danh sách các loại thuốc kê toa được đài thọ bởi một chương trình thuốc kê toa hoặc một chương trình bảo hiểm khác cung cấp các quyền lợi về thuốc kê toa. Còn được gọi là danh sách thuốc.

Cơ sở phục hồi chức năng nội trú

Một bệnh viện, hoặc một phần của bệnh viện, cung cấp một chương trình phục hồi chức năng chuyên sâu cho các bệnh nhân nội trú.

Ngày còn lại suốt đời

Trong Original Medicare, đây là những ngày bổ sung mà Medicare sẽ chi trả khi quý vị nằm viện trong hơn 90 ngày. Quý vị có tổng cộng 60 ngày dự phòng có thể được sử dụng trong suốt cuộc đời của quý vị. Đối với mỗi ngày tích lũy trong suốt cuộc đời, Medicare sẽ thanh toán tất cả các chi phí được đài thọ ngoại trừ khoản đồng bảo hiểm hàng ngày.

Bệnh viện chăm sóc dài hạn

Các bệnh viện chăm sóc cấp tính cung cấp dịch vụ điều trị cho những bệnh nhân nằm viện trung bình hơn 25 ngày. Hầu hết các bệnh nhân được chuyển đến từ một đơn vị chăm sóc đặc biệt hoặc đơn vị chăm sóc tích cực.

Medicaid

Medicaid là một chương trình liên kết của liên bang và tiểu bang để giúp đỡ về chi phí y tế cho những người có giới hạn về thu nhập và (trong một số trường hợp) tài sản. Các chương trình của Medicaid thay đổi tùy theo từng tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận cả Medicare và Medicaid.

Cần thiết về mặt y tế

Các dịch vụ hoặc vật tư chăm sóc sức khỏe cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị ốm đau, chấn thương, tình trạng, bệnh tật hoặc các triệu chứng kèm theo và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong y khoa.

Chương trình Medicare Advantage (Phần C)

Một loại hình chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare. Các Chương trình Medicare Advantage cung cấp tất cả các quyền lợi Phần A và Phần B của quý vị, với một số loại trừ, ví dụ, một số khía cạnh nhất định của thử nghiệm lâm sàng mà được Original Medicare, đòi hỏi ngay cả khi quý vị vẫn tham gia chương trình. Các Chương trình Medicare Advantage bao gồm:

- Tổ chức Duy trì Sức khỏe
- Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên
- Chương trình Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân
- Chương trình Nhu cầu Đặc biệt
- Chương trình Tài khoản Y tế Tiết kiệm Medicare

Nếu quý vị đã ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage:

- Hầu hết các dịch vụ Medicare sẽ đều được đòi hỏi thông qua chương trình này
- Hầu hết các dịch vụ Medicare không được thanh toán theo Original Medicare
- Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage đều cung cấp bảo hiểm thuốc kê toa

Số tiền được Medicare phê duyệt

Số tiền thanh toán mà Original Medicare quy định cho một dịch vụ hoặc vật dụng được đòi hỏi. Khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp, Medicare sẽ thanh toán phần của họ và quý vị trả phần của mình cho số tiền đó.

Chương trình bảo hiểm y tế Medicare

Chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B và Phần D trong nhiều trường hợp. Bao gồm các chương trình Medicare Advantage và các loại bảo hiểm khác (chẳng hạn như Chương trình Chi phí Medicare, chương trình PACE, và chương trình thử nghiệm/thí điểm).

Chương trình Medicare

Là bất kỳ cách thức nào khác với Original Medicare để quý vị có thể nhận được bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc Medicare. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare và các chương trình thuốc Medicare.

Medigap

Bảo hiểm Bổ sung Medicare được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để lấp đầy “khoảng trống” trong bảo hiểm Original Medicare.

Phí bảo hiểm

Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe để được hưởng bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc kê toa.

Dịch vụ phòng ngừa

Là dịch vụ chăm sóc sức khỏe để phòng ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi việc điều trị có khả năng đạt hiệu quả tốt (nhất ví dụ: các dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, tiêm phòng cúm, và chụp X-quang tuyến vú).

Bác sĩ chăm sóc chính

Bác sĩ mà quý vị thăm khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về dịch vụ chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị với họ.

Giới thiệu

Một yêu cầu bằng văn bản từ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để quý vị tham khám bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận một số dịch vụ y tế nhất định. Nếu không có giấy giới thiệu, chương trình của quý vị có thể không thanh toán cho các dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa.

Khu vực dịch vụ

Quý vị phải sống trong khu vực dịch vụ để chương trình chấp nhận quý vị là thành viên của chương trình đó. Đối với các chương trình giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, thì chương trình đó nói chung cũng giới hạn khu vực nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không cấp cứu). Các chương trình có thể, và phải hủy đăng ký của quý vị trong một số trường hợp, nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực kinh doanh của họ.

Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF)

Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và các dịch vụ y tế liên quan khác trong hầu hết các trường hợp.

Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)

Các dịch vụ trị liệu và chăm sóc điều dưỡng chuyên môn được cung cấp hàng ngày tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm trị liệu vật lý hoặc tiêm tĩnh mạch mà chỉ có thể được thực hiện bởi một y tá chuẩn định hoặc một bác sĩ vật lý trị liệu.

Các Thông báo Dễ dàng Truy cập

Medicare cung cấp các dịch vụ và trợ giúp phụ trợ miễn phí, bao gồm các thông tin ở định dạng dễ tiếp cận được như chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn các tệp dữ liệu hoặc âm thanh, dịch vụ tiếp âm và thông tin liên lạc qua thiết bị TTY. Nếu quý vị yêu cầu thông tin ở định dạng dễ tiếp cận, quý vị sẽ không phải chịu thiệt thòi bởi bất kỳ thời gian bổ sung nào cần có để cung cấp thông tin đó. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ có thêm thời gian để thực hiện bất kỳ hành động nào nếu có sự chậm trễ trong việc thực hiện yêu cầu của quý vị.

Để yêu cầu thông tin về Medicare hoặc Marketplace ở định dạng dễ tiếp cận, quý vị có thể:

1. Gọi cho chúng tôi:

Dành cho Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Đối với Thị trường: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. Email: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Gửi fax cho chúng tôi: 1-844-530-3676

4. Gửi thư cho chúng tôi:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Yêu cầu của quý vị nên bao gồm họ tên, số điện thoại, loại thông tin mà quý vị cần (nếu biết), và địa chỉ gửi thư mà chúng tôi sẽ gửi tài liệu đến đó. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị để hỏi thêm thông tin.

Lưu ý: Nếu quý vị đã ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình thuốc Medicare, hãy liên hệ với chương trình của quý vị để yêu cầu thông tin ở định dạng dễ tiếp cận. Đối với Trợ cấp y tế Medicaid, hãy liên hệ với Văn phòng Hỗ trợ Medicaid Tiểu bang (Medicaid).

Thông báo Không Phân biệt Đối xử

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) không loại trừ, từ chối quyền lợi, hoặc phân biệt đối xử với bất kỳ người nào dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, quốc gia xuất xứ, tình trạng khuyết tật, giới tính (bao gồm xu hướng tính dục và bản dạng giới), hoặc độ tuổi trong việc tiếp nhận, tham gia hoặc nhận các dịch vụ và quyền lợi theo bất kỳ chương trình và hoạt động nào của CMS, bất kể được thực hiện trực tiếp bởi CMS hoặc thông qua một nhà thầu hoặc bất kỳ tổ chức nào khác mà CMS sắp xếp để thực hiện các chương trình và hoạt động của mình.

Quý vị có thể liên hệ với CMS theo bất kỳ cách nào có trong thông báo này nếu có bất kỳ quan ngại nào đối với việc nhận thông tin ở định dạng mà quý vị có thể sử dụng.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại nếu cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử trong một chương trình hoặc hoạt động của CMS, bao gồm việc gặp phải vấn đề với việc nhận thông tin ở định dạng để tiếp cận từ bất kỳ Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc Medicare, văn phòng Medicaid của Tiểu bang hoặc địa phương, hoặc các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Đủ tiêu chuẩn Marketplace nào. Có 3 cách để nộp đơn khiếu nại lên Văn phòng Dân Quyền, Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ:

1. Trực tuyến:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

2. Qua điện thoại:

Gọi số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-537-7697.

3. Bằng văn bản: Gửi thông tin về khiếu nại của quý vị đến:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Tìm kiếm trợ giúp bằng một ngôn ngữ khác?

Nếu quý vị, hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, thì quý vị có quyền được nhận các trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک می‌رسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, volete chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulongan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lengguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Health Insurance Marketplace® là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Bộ Y tế & Các Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ.

“Medicare & Quý vị” không phải là một tài liệu pháp lý. Hướng dẫn pháp lý chính thức của Chương trình Medicare có trong các quy chế, quy định và phán quyết có liên quan.

Đây là sản phẩm được sản xuất bằng tiền của người trả thuế Hoa Kỳ.

Các bản sao của sản phẩm này được cung cấp miễn phí tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) hoặc bằng cách gọi điện 1-800-MEDICARE.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Cơ quan Chính phủ

Tiền phạt đối với Việc sử dụng Thông tin cho Mục đích Cá nhân, \$300

CMS Product No. 10050-V (Vietnamese)
September 2023

Sổ tay Medicare Toàn quốc

Quý vị chuyển nhà?

Truy cập [SSA.gov](https://www.ssa.gov), hoặc gọi đến Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0778. Nếu quý vị đang nhận trợ cấp RRB, hãy liên hệ với RRB theo số 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi số 1-312-751-4701.

