



Medicare & Quý vị 2027

Sổ tay Medicare chính thức của
chính phủ Hoa Kỳ

**Hãy chuyển
sang kỹ thuật số!**

Chuyển sang Sổ tay điện tử
tại **Medicare.gov/go-digital**
và biến đây thành bản
giấy cuối cùng của
quý vị.



Medicare

Những nội dung mới và quan trọng

Xem những điểm mới trong Medicare năm 2027 và thông tin quan trọng giúp quý vị quản lý sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của mình.



Thêm nhiều tùy chọn để đăng nhập vào tài khoản Medicare.gov của quý vị
Medicare.gov hiện cung cấp [ID.me](#), [CLEARme.com](#) và [Login.gov](#) để giúp ngăn ngừa gian lận và đảm bảo thông tin sức khỏe của quý vị được bảo mật. Các dịch vụ miễn phí này xác minh danh tính của quý vị trực tuyến hoặc trực tiếp và cung cấp cho quý vị những cách khác để đăng nhập vào tài khoản Medicare ngoài việc sử dụng tên người dùng và mật khẩu (trang 14).

Các chương trình Medicare cho sức khỏe của quý vị

Medicare khuyến khích quý vị tham gia một mô hình chăm sóc mới có thể giúp nâng cao chất lượng chăm sóc và tiết kiệm chi phí. Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia ACCESS, một mô hình có thể giúp giảm tổng chi phí và cho phép quý vị tiếp cận dịch vụ chăm sóc thuận tiện, được hỗ trợ bằng công nghệ (trang 78). Medicare hiện cũng cho phép quý vị tiếp cận một số loại thuốc GLP-1 nhất định để hỗ trợ quý vị giảm cân nếu quý vị đáp ứng một số yêu cầu nhất định (trang 92).

Medicare đang tăng cường cuộc chiến chống gian lận

Quý vị có nghe nói về việc Medicare đang đẩy lùi gian lận không? Chúng tôi đang cải thiện phương pháp tiếp cận, bao gồm cả việc sử dụng các công cụ AI, để phát hiện sớm hành vi gian lận và ngăn chặn các khoản thanh toán không đúng quy định. Nhưng chúng tôi vẫn cần sự giúp đỡ của quý vị. Hãy nhớ kiểm tra các Thông báo Tóm tắt Medicare (MSN), biên lai và bảng sao kê của quý vị để phát hiện lỗi hoặc các dịch vụ mà quý vị đã không nhận được. Hãy bảo vệ thẻ Medicare và Số Medicare của quý vị và báo cáo gian lận nếu quý vị nghi ngờ điều đó (trang 109).

Thay đổi đối với các yêu cầu về điều kiện hội đủ tham gia Medicare

Quý vị hiện phải đáp ứng một số yêu cầu về tư cách công dân, quốc tịch hoặc tình trạng nhập cư để đăng ký Medicare (trang 9).

Kết nối với Medicare bằng các ứng dụng của bên thứ ba

Quý vị có thể tìm thấy các ứng dụng kỹ thuật số trên [Medicare.gov](#) được phát triển bởi các công ty tư nhân và ưu tiên quyền riêng tư của quý vị. Họ kết nối với Medicare để giúp cá nhân hóa trải nghiệm chăm sóc sức khỏe của quý vị trong khi vẫn giữ bảo mật thông tin của quý vị. Truy cập [Medicare.gov/health-apps](#) để tìm hiểu thêm.

Cải thiện sức khỏe ở khu vực nông thôn

Quý vị có sống ở một cộng đồng nông thôn không? Chương trình Chuyển đổi Y tế Nông thôn mới hỗ trợ các tiểu bang trong việc giúp quý vị dễ dàng tiếp cận dịch vụ chăm sóc quý vị cần ngay gần nhà. Medicare đang đầu tư để củng cố các hệ thống y tế nông thôn trên toàn quốc—hỗ trợ các tiểu bang cải thiện cơ sở vật chất, nâng cấp công nghệ y tế và mở rộng các lựa chọn chăm sóc đáng tin cậy (trang 52).

Thay đổi về dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa

Medicare đã gia hạn các chính sách linh hoạt về dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2027. Điều này có nghĩa là quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bất kể quý vị đang ở đâu (trang 53). Nếu quý vị tham gia Chương trình Phòng ngừa Bệnh tiểu đường của Medicare, giờ đây quý vị sẽ có thể tiếp cận các nhà cung cấp chỉ cung cấp dịch vụ trực tuyến, các buổi sinh hoạt theo thời gian thực và các buổi sinh hoạt theo tiến độ riêng (trang 48).

Nội dung

Những nội dung mới và quan trọng.....	2
Mục lục các chủ đề	4
Các phần của Medicare là gì?	9
Các lựa chọn Medicare của quý vị.....	10
Tổng quan: Original Medicare so với chương trình Medicare Advantage	11
Bắt đầu với Medicare	13
Phần 1: Cách thức hoạt động của Medicare	15
Phần 2: Tìm hiểu Medicare chi trả những gì	27
Phần 3: Original Medicare	61
Phần 4: Các chương trình Medicare Advantage và các lựa chọn khác	65
Phần 5: Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)	79
Phần 6: Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)	83
Phần 7: Nhận trợ giúp thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe và thuốc của quý vị	95
Phần 8: Quyền và các biện pháp bảo vệ của quý vị theo Medicare	101
Phần 9: Tìm các liên hệ hữu ích	111
Phần 10: Định nghĩa	119

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

Đi tới trang 124–126.

Chú giải ký hiệu

Hãy chú ý đến các ký hiệu này để giúp quý vị hiểu rõ bảo hiểm Medicare của mình.



Định nghĩa: Các từ màu xanh được định nghĩa trên trang 119–122.



So sánh: Cho biết các đặc điểm chính khác nhau như thế nào giữa **Original Medicare** và **các chương trình Medicare Advantage**.



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



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

Quan trọng!

Quan trọng: Nêu bật thông tin quan trọng.

Mới!

Mới: Đánh dấu thông tin đã được thêm hoặc thay đổi.



Tìm hiểu: Giúp quý vị tìm thông tin cần thiết về **Medicare.gov**.



Xem xét: Lời nhắc xem xét các lựa chọn Medicare của quý vị trên trang 10–12.

Mục lục các chủ đề

A

Sàng lọc phình động mạch chủ bụng 33
 Trao đổi Liên lạc Dễ tiếp cận 124
 Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO) **25–26**, 32, 54, 78, 108, 119
 Chăm cứu **33**, 91
 Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về việc Không được Bảo hiểm Chi trả (ABN) 105–106
 Lập kế hoạch chăm sóc trước **33**, 38, 57
 Dịch vụ Quản lý Chăm sóc Ban đầu Nâng cao 34
 Sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu 34
 Dịch vụ xe cứu thương **34**, 55
 Các trung tâm phẫu thuật ngoại trú 35
 Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS) 15
 Kháng nghị 30, 31, 62, 65, 70, 78, 91, **101–106**, 112
 Mất giả & chi giả. *Đi đến* Các thiết bị phục hình.
 Thỏa thuận chi trả trực tiếp 11, 32–48, 51, 53, 57–58, 62, **63–64**, 69, 119

B

Kiểm tra thăng bằng 45
 Dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi **35**, 91
 Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình 104, **112**
 Giai đoạn quyền lợi 30–31, 119
 Điều phối Quyền lợi 22, 112
 Hóa đơn **24–25**, 62–63, 86–87, 93, 95–99, 103, 106, 109
 Máu **28**, 35, 36, 39, 41, 45–46, 80
 Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu 39
 Nếp chĩnh hình (tay, chân, lưng và cổ) 52

C

Phục hồi chức năng tim mạch 36
 Các nguồn trợ giúp dành cho người chăm sóc 30, **36–38**, 42, 47, 54, 111, 112
 Hóa trị **37**, 69
 Dịch vụ nắn chỉnh cột sống 37
 Dịch vụ quản lý chăm sóc bệnh mạn tính 37, 78
 Dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính 38

Yêu cầu thanh toán 43, 62, **63**, 78, 103–109
 Các nghiên cứu nghiên cứu lâm sàng **38**, 65, 78
 COBRA 18–19, **93**
 Đánh giá nhận thức **38**, 57
 Nội soi đại tràng 39
 Chụp cắt lớp vi tính (CT) đại tràng 39
 Ứng dụng được kết nối 63, **78**
 Thiết bị & phụ kiện tạo Áp lực Đường thở Dương Liên tục (CPAP) 40
 Phẫu thuật thẩm mỹ 58
 Kế hoạch Chi phí. *Đi đến* Các Kế hoạch Chi phí Medicare.
 Tiết kiệm Chi phí. *Đi đến* Chương trình Tiết kiệm Medicare.
 Chi phí (đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ và phí bảo hiểm)
 Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) để thanh toán cho Phần D 96–98
 Các Chương trình Medicare Advantage 69
 Original Medicare 62–63
 Phần A **22**, 28–32
 Phần B **23–24**, 32–57
 Phạt ghi danh trễ Phần D 87–89
 Quyết định về phạm vi bảo hiểm (Phần D) 103–104
 Các dịch vụ được đài thọ (Phần A và Phần B) 27–57
 Bảo hiểm thuốc kê đơn đủ điều kiện 68, 83, 85, 87–89, 93, 97, **119**

D

Máy khử rung tim 40
 Sa sút trí tuệ 38–39, 57, 74, 78
 Các chương trình trình diễn 78, **120**, 121
 Chăm sóc nha khoa và răng giả 58, 66, 71, 79, 98
 Bộ Quốc phòng 113
 Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh. *Đi đến* Văn phòng Dân quyền.
 Bộ Cựu chiến binh (VA) 88, 94, **113**
 Trầm cảm 35, 38, **40**, 49, 57, 78, 89, 91
 Tiểu đường 37, 40–41, 44, 74, 78
 Lọc máu (lọc máu thận/lọc thận) 16, 34, 42, 47, 58, 69, 101

Tình trạng khuyết tật **15–19**, 33, 57, 95, 99, 107, 123
 Bảo hiểm thuốc (Phần D) 83–94
 Kháng nghị 101–105
 Bảo hiểm theo Phần A 28–29
 Phạm vi bảo hiểm theo Phần B 42–43
 Tham gia, chuyển đổi, hoặc rút khỏi 84–85
 Các chương trình Medicare Advantage 65–69
 Kế hoạch thuốc
 Chi phí 85–89
 Ghi danh 84–85
 Các loại chương trình 83
 Những gì được đài thọ 89–92
 Thuốc (ngoại trú) 42–43
 SNP Đủ điều kiện Kép 73
 Thiết bị Y tế Lâu bền 9, 28, 32, 42, **43**, 46, 47, 92

E

EKG/ECG **43**, 54
 Sổ tay điện tử 67
 Hồ sơ Sức khỏe Điện tử 120
 Thông báo Tóm tắt Medicare Điện tử 63
 Kê đơn điện tử 120
 Dịch vụ khoa cấp cứu 43
 Phạm vi bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ lao động 19
 Chi phí cho Phần A có thể khác nhau 28
 Bảo hiểm thuốc 88, 92
 Giai đoạn Ghi danh Mở Medigap 81
 Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) 16, 17, 21, 34, 47, 55, 58, 68, 73, 78, 101
 Ghi danh
 Các chương trình Medicare Advantage (Phần C) 67–68
 Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) 84–85
 Thăm khám điện tử (E-visit) 43
 Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) (hỗ trợ thanh toán chi phí thuốc Medicare) 83, 85, 87, 92, **96–98**, 99, 112, 120
 Kính mắt **44**, 58, 79

F

Xét nghiệm máu ẩn trong phân 39
 Chương trình Quyền lợi Sức khỏe dành cho Nhân viên Liên bang (FEHB) 93

Dịch vụ của Trung tâm Y tế Đủ điều kiện Liên bang 44, 49
 Nội soi đại tràng sigma mềm 39
 Vắc-xin cúm 56, 122
 Chăm sóc bàn chân 44
 Danh mục thuốc 85, 89–90, 92, 103, **120**
 Gian lận 14, 90, 107, **109–110**

G

Thời gian Ghi danh Chung **18**, 23, 74, 84
 Sàng lọc bệnh tăng nhãn áp 44

H

Thị trường Bảo hiểm Y tế Marketplace (Health Insurance Marketplace®) 19, **20**
 Chương trình của Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) 65, 68, **70**
 Đánh giá nguy cơ sức khỏe 57
 Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe (HSAs) 20
 Máy trợ thính 45, **58**, 79
 Vắc-xin viêm gan B 45
 Chăm sóc/dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà 9, 28, 32, **46**, 104
 Dịch vụ, thiết bị và vật dụng điều trị truyền dịch tại nhà 42, **47**
 Chăm sóc cuối đời 9, **28–29**, 80, 91, 104
 HSA. *Đi tới* Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe (HSAs).

I

Tiêm chủng. *Đi đến* Vắc-xin.
 Thuốc ức chế miễn dịch 54–55, 95
 Khoản Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) 23, 86
 Dịch vụ Y tế dành cho Người bản địa (IHS) 88, **94**, 119
 Giai đoạn Ghi danh Ban đầu 17, 18, 20, 23, 84, 87, 88
 Chăm sóc nội trú tại bệnh viện 29–30
 Tổ chức 31, 97
 Insulin 40, 61, 92

J

Tham gia
 Chương trình thuốc Medicare 83–84
 Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare 67–68

K

Giáo dục về bệnh thận 47
 Lọc máu thận (lọc thận). *Đi đến* Lọc máu.
 Ghép thận 47, 48, 54–55, 68, 101

L

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm 47, 54
 Phạt ghi danh trễ. *Đi đến* Khoản phạt.
 Ngày dự trữ trọn đời 120
 Chăm sóc dài hạn 31, 58–59, 79, 91, 120
 Mất thẻ Medicare. *Đi đến* Thẻ Medicare thay thế.
 Sàng lọc ung thư phổi 47
 Các vật dụng điều trị phù bạch huyết bằng liệu pháp nén 48

M

Chụp quang tuyến vú 48, 70, 73
 Thị trường. *Đi tới* Thị trường Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Marketplace®).
 Medicaid 10, 11, 18, 19, 32, 37, 55, 58–62, 69, 73, 77, 92, 95–97, 98, 99, 107, 121
 Đánh cắp danh tính y tế 109
 Liệu pháp dinh dưỡng y khoa 41, 48
 Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA) 20, 69, 71, 83
 Medicare
 Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) 28–32
 Phần B (Bảo hiểm Y tế) 32–58
 Phần C (Các Chương trình Medicare Advantage) 65–78
 Phần D (bảo hiểm thuốc Medicare) 83–94
 Tài khoản Medicare 14, 24, 27, 63, 95, 109, 111
 Nhà thầu Hành chính Medicare 103, 107
 Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage 13, 66, 75–76, 84
 Chương trình Medicare Advantage 65–78, 121
 Cách các chương trình phối hợp với các bảo hiểm khác 68–69
 Các loại chương trình 70–74
 Ứng dụng Medicare 63, 78
 Thanh tra Quyền lợi Người thụ hưởng Medicare 59, 110
 Thẻ Medicare 14, 15, 27, 65, 109, 111, 113

Các Chương trình Chi phí Medicare 58, 77, 83, 121
 Chương trình thuốc Medicare 83–94
 Kế hoạch Thanh toán Thuốc theo toa Medicare 87
 Chương trình Tiết kiệm Medicare 95–96
 Thông báo Tóm tắt Medicare (MSN) 62–63, 95, 103, 105, 109
 Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) 10–12, 28, 32, 58, 61–62, 68, 79–82, 93, 121
 Dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc 92
 Medigap. *Đi đến* Bảo hiểm Bổ sung Medicare.
 Chăm sóc sức khỏe tâm thần 40, 49
 MSN. *Đi tới* Thông báo Tóm tắt Medicare.

N

Thông báo 25, 30, 62, 66, 73, 85, 90, 101, 104
 Trao đổi Liên lạc Dễ tiếp cận 124
 Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO) 25
 Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về việc Không được Bảo hiểm Chi trả (ABN) 105–106
 Thông báo Thay đổi Hàng năm 67, 73, 85
 Thông báo Theo dõi Ngoại trú của Medicare (còn được gọi là “MOON”) 30
 Thông báo Tóm tắt Medicare (MSN) 62–63
 Thông báo Không phân biệt Đối xử 123
 Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư 107–108
 Y tá hành nghề 41, 43, 46, 49, 51
 Viện dưỡng lão 29, 58–59, 77, 79, 97–99
 Dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng. *Đi đến* liệu pháp dinh dưỡng y tế.

O

Theo dõi 30, 102, 105
 Dịch vụ trị liệu vận động 46, 49
 Văn phòng Dân quyền 108, 123
 Văn phòng Quản lý Nhân sự 24, 93, 113
 Giai đoạn Ghi danh mở 13, 66, 75–77, 81, 84, 88
 Điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid 49, 50, 57, 89
 OPM. *Đi đến* Văn phòng Quản lý Nhân sự.
 Từ chối tham gia (bác sĩ) 64
 Original Medicare 10–13, 14–15, 61–69, 79, 82–84, 95, 98, 102–103, 105, 107, 109, 122
 Các vật dụng chỉnh hình 52
 Dịch vụ bệnh viện ngoại trú 50
 Oxy 43

P

PACE. *Đi đến* Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi.

Tùy chọn thanh toán (bảo hiểm thuốc). *Đi tới* Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa Medicare.

Các lựa chọn thanh toán (phí bảo hiểm) 24–25

Khám vùng chậu và xét nghiệm Pap 37

Khoản phạt (ghi danh trễ)

Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) 17–18, **23**

Phần B (Bảo hiểm Y tế) 15–18, **23**

Phần D (bảo hiểm thuốc Medicare) 68, 83, 85, **87–89**, 92–93

Các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm. *Đi tới* Các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang.

Dịch vụ vật lý trị liệu 51

Trợ lý bác sĩ 41, 43, 49, 51

Các chương trình thí điểm. *Đi đến* Các chương trình trình diễn.

Vắc-xin phế cầu 51, 56

Dự phòng trước phơi nhiễm để phòng ngừa HIV 42

Chương trình của Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO) 65, 68–69, **72**, 121

Kế hoạch Thanh toán Thuốc theo toa *Đi tới* Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa Medicare.

Dịch vụ phòng ngừa 9, **32–58**, 94, 122

Bác sĩ chăm sóc chính 34, 36, 45, 49, 53, 61, 70–73, **122**

Dịch vụ quản lý chăm sóc chính 51–52

Dịch vụ hướng dẫn chăm sóc bệnh lý chính 52

Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư 107–109

Kế hoạch Trả phí theo Dịch vụ Tư nhân (PFFS) 65, 68, **72**, 121

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE) **77**, 99

Sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt 52

Các thiết bị phục hình 52

Chăm sóc tâm thần 29, 35, 49

Tâm lý trị liệu 49, 50, 91

Puerto Rico 11, 15–16, 55, 96, 99

Các chương trình phục hồi chức năng phổi 52

R

Ban Quản lý Hưu trí ngành Đường sắt (RRB) 15–16, 20, 24, 27, 62, 86, **113**

Giới thiệu 122

Các chương trình Medicare Advantage 11, **65–78**

Original Medicare 11–13, **61–64**, 67

Các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần B 33–58

Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo 31

Thẻ Medicare thay thế 27

Bảo hiểm y tế cho người nghỉ hưu (phạm vi bảo hiểm) 18–19, 32, 61, 68, 92–94

RRB. *Đi đến* Hội đồng Hưu trí ngành Đường sắt.

Bệnh viện cấp cứu nông thôn 34

Dịch vụ của Phòng khám Sức khỏe Nông thôn 49, **52**

S

Sàng lọc. *Đi đến* Dịch vụ phòng ngừa.

Chương trình Giám sát Medicare dành cho Người cao tuổi 109

Khu vực dịch vụ 11, 67, 77, 83, 85, **122**

SHIP. *Đi đến* Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang.

Tiêm chủng. *Đi đến* Vắc-xin.

Nội soi đại tràng sigma 39

Đăng ký

Phần A và Phần B 15–19

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) 9, 25, 28, **31–32**, 80, 104, 105, 122

SNF. *Đi đến* Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF).

SNP. *Đi tới* Chương trình Nhu cầu Đặc biệt.

An sinh Xã hội

Thay đổi địa chỉ trên MSN 62

Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) để thanh toán chi phí Phần D 96–98

Các liên hệ hữu ích khác 112–113

Phí bảo hiểm Phần A và Phần B 22–24

Phí bảo hiểm Phần D 86

Đăng ký Phần A và Phần B 15–19

Các quyền lợi Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) 97, **99**

SPAP. *Đi đến* Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang.

Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Phần A và Phần B 17–18, 23

Phần C (Các Chương trình Medicare Advantage) 74–76

Phần D (các chương trình thuốc Medicare) 84, 93, 97

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) **73**, 121

Bệnh lý học ngôn ngữ và lời nói 41, 43, 46, **53**

SSI. *Đi đến* Thu nhập An sinh Bổ sung.

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) 14, 16, 64, 77, 81, 82, 87, 104, 112, **114–117**

Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid). *Đi đến* Medicaid.

Văn phòng Trợ giúp Y tế của Tiểu bang (Medicaid) 59, 61, 98–99

Các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang 98

Điều trị rối loạn sử dụng chất 42, 50, 57, 90–91

Bảo hiểm bổ sung (Medigap)

Bảo hiểm thuốc 93

Ghi danh Mở 81

Original Medicare 61

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) 97, **99**

Vật tư (y tế) 29, 31, 40, 46, 51, 52, 62, 79, 92, 94, 121

Dịch vụ băng bó phẫu thuật 53

T

Các mẫu thuốc 23

Chăm sóc sức khỏe từ xa 25, **53**

Các xét nghiệm (không phải xét nghiệm trong phòng thí nghiệm) 54

Các bậc (danh mục thuốc) 86, **89–90**, 103–104

Dịch vụ quản lý chăm sóc chuyển tiếp 54

Dịch vụ ghép tạng 16, 36, 47, 48, **54–55**, 68, 89, 101

Du lịch **55**, 79–80

TRICARE 19, 55, 88, **94**, 113, 119

U

Liên minh

Bảo hiểm thuốc 83–84, 88, 92, 97

Chương trình Medicare Advantage 68

Đăng ký Phần B 19

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp 12, 37, **55**

V

VA. *Đi đến* Bộ Cựu chiến binh (VA).

Vắc-xin 44, 45, 56, 122

Quyền lợi của cựu chiến binh 94

Thị lực (chăm sóc mắt) 44, 58

W

Khung tập đi 9, 43

Buổi khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” 43, **57**

Khám sức khỏe định kỳ 9, 38, **57–58**

Xe lăn 9, 43

X

X-quang 30, 51, 54

Các phần của Medicare là gì?



Phần A – Bảo hiểm bệnh viện

Giúp chi trả cho:

- 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

Đi tới trang 27–32.



Phần B – Bảo hiểm Y tế

Giúp chi trả cho:

- Dịch vụ từ bác sĩ và các 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 **dịch vụ phòng ngừa** (như khám sàng lọc, vắc-xin và các buổi khám “Sức khỏe” hàng năm)

Đi tới trang 32–58.



Phần D – Bảo hiểm Thuốc

Giúp chi trả chi phí thuốc theo toa.

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

Đi tới trang 83–94.

Mới!

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc quốc dân Hoa Kỳ, thường trú nhân hợp pháp (người có thẻ xanh), người nhập cảnh Cuba-Haiti, hoặc người đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ với tư cách là người di cư theo Hiệp ước Liên kết Tự do (COFA) để nhận quyền lợi Phần A và Phần B hoặc tham gia một chương trình sức khỏe hoặc thuốc Medicare.



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

Các lựa chọn Medicare của quý vị

Khi quý vị đăng ký Medicare lần đầu và vào một số thời điểm nhất định trong năm, quý vị có thể lựa chọn cách nhận bảo hiểm Medicare của mình. **Có 2 cách chính để nhận Medicare:**

Original Medicare

- Bao gồm Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế).
- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào tại Hoa Kỳ chấp nhận Medicare.
- Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt để có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).
- Quý vị cũng có thể mua bảo hiểm bổ sung giúp thanh toán các chi phí tự trả của quý vị (như 20% **đồng bảo hiểm** của quý vị).

☒ **Phần A**



☒ **Phần B**



Quý vị có thể thêm:

☐ **Phần D**



Quý vị có thể có thể thêm:

☐ **Bảo hiểm bổ sung**



Điều này bao gồm Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**). Bảo hiểm có thể giúp thanh toán một số chi phí mà **Original Medicare** không chi trả. Truy cập trang 79 để tìm hiểu thêm về Medigap. Hoặc quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ một chủ lao động hiện tại hoặc trước đây, hoặc **Medicaid** (nếu quý vị có).

Truy cập trang 61 để tìm hiểu thêm về Original Medicare.

Medicare Advantage (còn được gọi là Phần C)

- Một chương trình được Medicare chấp thuận từ một công ty tư nhân cung cấp một lựa chọn thay thế cho Original Medicare đối với bảo hiểm sức khỏe và thuốc của quý vị. Các chương trình này gộp chung Phần A, Phần B và thường là Phần D của quý vị.
- Quý vị có thể cần sử dụng các bác sĩ trong mạng lưới của chương trình và xin phê duyệt (cho phép trước) đối với một số thuốc hoặc dịch vụ nhất định.
- Thường có chi phí tự trả khác với Original Medicare, bao gồm giới hạn hàng năm đối với chi phí tự trả.
- Hầu hết các chương trình đều cung cấp các quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không chi trả—như thị lực, thính lực, nha khoa và nhiều quyền lợi khác.

☒ **Phần A**



☒ **Phần B**



Hầu hết các chương trình bao gồm:

☒ **Phần D**



☒ **Quyền lợi bổ sung**

Truy cập trang 65 để tìm hiểu thêm về Medicare Advantage.

Tổng quan: Original Medicare so với chương trình Medicare Advantage



Lựa chọn bác sĩ & bệnh viện

Original Medicare (Phần A và Phần B)	Medicare Advantage (Phần C)
Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào chấp nhận Medicare, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ.* Quý vị có thể phải trả nhiều hơn nếu bác sĩ của quý vị không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp. *Bao gồm 50 tiểu bang, Đặc khu Columbia, Puerto Rico, Hoa Kỳ. Quần đảo Virgin, Guam, Quần đảo Bắc Mariana và Samoa thuộc Mỹ.	Quý vị có thể cần sử dụng các bác sĩ và các nhà cung cấp khác thuộc mạng lưới của chương trình và khu vực phục vụ (đối với chăm sóc không khẩn cấp). Một số chương trình cung cấp bảo hiểm ngoài mạng lưới cho các dịch vụ không khẩn cấp, nhưng có thể tốn nhiều chi phí hơn.
Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không cần giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa.	Quý vị có thể cần có một giấy giới thiệu để sử dụng dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa.



Chi phí

Original Medicare (Phần A và Phần B)	Medicare Advantage (Phần C)
Đối với các dịch vụ được Phần B chi trả, quý vị thường phải trả 20% của số tiền Được Medicare phê duyệt đó sau khi quý vị đáp ứng khấu trừ của mình. Số tiền này được gọi là đồng bảo hiểm.	Chi phí tự trả thay đổi. Các chương trình có thể có các chi phí tự trả khác nhau đối với một số dịch vụ nhất định.
Quý vị trả phí Phần B hàng tháng phí bảo hiểm. Nếu quý vị chọn tham gia một chương trình thuốc Medicare để có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị sẽ phải trả một khoản phí bảo hiểm Phần D riêng biệt.	Quý vị trả phí bảo hiểm hàng tháng Phần B và cũng có thể trả phí bảo hiểm của chương trình. Một số chương trình có thể có phí bảo hiểm \$0 và có thể giúp thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Hầu hết các chương trình đều bao gồm bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), vì vậy quý vị không phải trả phí bảo hiểm Phần D riêng.
Không có giới hạn hàng năm đối với số tiền quý vị phải tự trả, trừ khi quý vị có bảo hiểm bổ sung (như Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)), hoặc bảo hiểm khác (như bảo hiểm của chủ lao động, của người nghỉ hưu, hoặc của công đoàn, hoặc Medicaid).	Các chương trình có giới hạn hàng năm đối với số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ Medicare được đài thọ (có thể bao gồm các giới hạn khác nhau cho các dịch vụ trong mạng lưới và ngoài mạng lưới). Khi quý vị đạt đến giới hạn của chương trình' mình, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được đài thọ trong phần còn lại của năm.
Quý vị có thể chọn mua Medigap để giúp thanh toán các chi phí tự trả mà Medicare không chi trả, như 20% đồng bảo hiểm của quý vị (trang 81). Hoặc, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ một chủ lao động hiện tại hoặc trước đây hoặc công đoàn, hoặc Medicaid (nếu quý vị có).	Quý vị không thể mua Medigap để chi trả các chi phí tự trả của mình. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ một chủ lao động hiện tại hoặc trước đây hoặc từ công đoàn, hoặc Medicaid (nếu quý vị có).



Bảo hiểm

Original Medicare (Phần A và Phần B)	Medicare Advantage (Phần C)
Bao gồm hầu hết các dịch vụ và vật dụng cần thiết về mặt y tế trong bệnh viện, phòng khám của bác sĩ và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác. Original Medicare không đài thọ một số dịch vụ, như khám sức khỏe định kỳ, khám mắt và hầu hết dịch vụ chăm sóc nha khoa (trang 58).	Các chương trình phải đài thọ tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà Original Medicare đài thọ. Các chương trình cũng có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không chi trả—chẳng hạn như một số dịch vụ về thị lực, thính lực và nha khoa.
Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không cần phê duyệt (cho phép trước) để Original Medicare chi trả cho các dịch vụ hoặc vật dụng của quý vị.	Quý vị có thể cần phải xin phê duyệt (cho phép trước) từ chương trình của mình trước khi chương trình đó chi trả cho một số dịch vụ hoặc vật dụng nhất định.
Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt để nhận bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).	Hầu hết các chương trình bao gồm Phần D và quý vị không cần tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.



Phạm vi bảo hiểm ngoài Hoa Kỳ.

Original Medicare (Phần A và Phần B)	Medicare Advantage (Phần C)
Original Medicare nhìn chung không chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế ngoài Hoa Kỳ . Quý vị có thể mua một hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) chi trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.	Các chương trình bảo hiểm nói chung không đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế ngoài Hoa Kỳ . Một số chương trình có thể cung cấp một quyền lợi bổ sung đài thọ các dịch vụ khẩn cấp và cần được chăm sóc ngay khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ.

Số tiền **phí bảo hiểm** năm 2027, chi phí thuốc và giới hạn thu nhập chưa có sẵn tại thời điểm in. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để nhận thông tin cập nhật nhất hiện có.

Bắt đầu với Medicare

- **Hiểu các lựa chọn bảo hiểm Medicare của quý vị.** Truy cập trang 10–12 để tìm hiểu thêm về 2 cách chính để nhận bảo hiểm Medicare và so sánh.
- **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 đến trang 15. Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), hãy đi đến trang 83.
- **Biết cách Medicare phối hợp với các bảo hiểm khác, nếu quý vị có bảo hiểm đó.** Truy cập trang 19–22 để tìm hiểu thêm.
- **Xem xét bảo hiểm y tế và bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị mỗi năm.** Hãy bảo đảm rằng bảo hiểm vẫn đáp ứng nhu cầu của quý vị, và quyết định xem quý vị có muốn thay đổi hay không.

Quan trọng! Quý vị có thể phải trả nhiều hơn nếu quý vị không đăng ký Medicare khi quý vị lần đầu đủ điều kiện. Truy cập trang 22–23 (Phần A và Phần B) và trang 87–89 (Phần D) để biết thêm về các khoản phạt ghi danh trễ.



Hãy ghi chú những ngày quan trọng này vào lịch của quý vị!

Ngày 1 tháng 10 năm 2026	Bắt đầu so sánh bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc Medicare hiện tại của quý vị với các lựa chọn cho năm 2027 trước khi Giai đoạn Ghi danh Mở bắt đầu. Quý vị có thể tiết kiệm tiền hoặc nhận thêm quyền lợi.  Medicare.gov/plan-compare
Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 năm 2026	Đây là Giai đoạn Ghi danh Mở. Quý vị có thể thay đổi bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc Medicare của mình cho năm 2027, nếu quý vị quyết định như vậy. Quý vị có thể tham gia, chuyển đổi hoặc rời khỏi một chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình thuốc Medicare, hoặc chuyển sang Original Medicare.
Ngày 1 tháng 1 năm 2027	Bảo hiểm mới bắt đầu nếu quý vị đã thực hiện thay đổi. Nếu quý vị giữ nguyên phạm vi bảo hiểm hiện có của mình và chi phí hoặc quyền lợi của chương trình của quý vị thay đổi, thì những thay đổi đó cũng bắt đầu. (Liên hệ với chương trình của quý vị nếu những thay đổi này không xuất hiện trong tài khoản của quý vị trong vòng 10 ngày kể từ khi thực hiện thay đổi.)
Ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 năm 2027	Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage, 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) trong Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage này. Mọi thay đổi 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 (trang 67). Trong thời gian này, quý vị không thể chuyển từ Original Medicare sang một Chương trình Medicare Advantage, tham gia một chương trình thuốc Medicare nếu quý vị đang tham gia Original Medicare, hoặc chuyển từ một chương trình thuốc Medicare sang một chương trình thuốc Medicare khác nếu quý vị đang tham gia Original Medicare.

Khám phá các lựa chọn bảo hiểm của quý vị

- Tìm và so sánh các chương trình bảo hiểm sức khỏe và thuốc.



[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.
- Liên hệ với Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị để được tư vấn về bảo hiểm y tế. Truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP địa phương của quý vị, hoặc truy cập [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).
- Tìm bác sĩ hoặc các nhà cung cấp và nhà cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tham gia Medicare tại [Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare). Quý vị cũng có thể tìm hiểu về chất lượng chăm sóc do các chương trình và nhà cung cấp dịch vụ cung cấp.
- Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể giúp đỡ. Truy cập [Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules) để tìm hiểu thêm.

Nhận trợ giúp thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe

Có nhiều chương trình sẵn có để hỗ trợ chi phí. Nhiều người có Medicare đủ điều kiện (trang 95–99).

Chuyển sang kỹ thuật số

Hãy để đây là bản in giấy cuối cùng của cuốn sổ tay này mà quý vị nhận! Quý vị có thể ngừng nhận bản giấy qua thư và chuyển sang tài liệu PDF kỹ thuật số. Tìm hiểu cách chuyển đổi tại [Medicare.gov/go-digital](https://www.medicare.gov/go-digital). Khi quý vị chuyển đổi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị qua email một liên kết đến tài liệu PDF vào mỗi mùa thu. Nếu quý vị có điện thoại thông minh hoặc máy đọc sách điện tử, quý vị sẽ có thể mang theo sổ tay này đến bất cứ nơi nào quý vị đi.

Nhận thông tin Medicare cá nhân trực tuyến

Tạo tài khoản Medicare của quý vị

Mới!

Truy cập [Medicare.gov/account](https://www.medicare.gov/account) để đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare an toàn của quý vị, hoặc sử dụng một trong các tùy chọn miễn phí sau: [ID.me](https://www.id.me), [CLEARme.com](https://www.clearme.com), hoặc [Login.gov](https://www.login.gov).

Các dịch vụ này xác minh danh tính của quý vị để giúp bảo vệ thông tin của quý vị tốt hơn và ngăn chặn gian lận. Sau khi quý vị liên kết tài khoản Medicare hiện có của mình với một trong các dịch vụ xác minh danh tính này, quý vị sẽ không thể đăng nhập vào tài khoản Medicare của mình bằng tên người dùng hoặc mật khẩu Medicare hiện có nữa. Truy cập [Medicare.gov/account/login/help](https://www.medicare.gov/account/login/help) để tìm hiểu thêm.

Quý vị cũng có thể sử dụng tài khoản Medicare của mình để:

- Thêm các đơn thuốc và nhà thuốc của quý vị để giúp quý vị so sánh tốt hơn các chương trình bảo hiểm sức khỏe và thuốc Medicare trong khu vực của quý vị.
- Xem xét các yêu cầu thanh toán **Original Medicare** của quý vị ngay khi chúng được xử lý.
- In một bản sao thẻ Medicare chính thức của quý vị.
- Tìm hiểu xem quý vị **dịch vụ phòng ngừa** đủ điều kiện nhận được những gì theo Original Medicare.
- Tìm hiểu về Medicare của quý vị **phí bảo hiểm**. Truy cập [Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums](https://www.medicare.gov/basics/costs/pay-premiums).

Phần 1:

Cách thức hoạt động của Medicare

Đăng ký Medicare

Nếu quý vị đã nhận quyền lợi từ An sinh Xã hội hoặc Ban Hưu trí ngành Đường sắt (RRB), quý vị sẽ tự động nhận Phần A và Phần B bắt đầu từ ngày đầu tiên của tháng quý vị tròn 65 tuổi. Nếu ngày sinh của quý vị là vào ngày đầu tiên của tháng, thì Phần A và Phần B của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng trước đó.

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

Nếu quý vị sống ở Puerto Rico và nhận trợ cấp từ An sinh Xã hội hoặc RRB, quý vị không nhận được Phần B tự động. Quý vị phải đăng ký tham gia ([trang 16](#)).

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

Lưu ý: Quý vị phải đáp ứng một số yêu cầu đủ điều kiện nhất định để nhận quyền lợi Medicare ([trang 9](#)).

Nếu quý vị tự động được hưởng 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 hoặc trước tháng thứ 25 nhận quyền lợi khuyết tật, và quý vị không phải trả cho **phí bảo hiểm** Phần A (đôi khi được gọi là “Phần A không có phí bảo hiểm”). Hầu hết mọi người chọn duy trì Phần B. Nếu quý vị không muốn Phần B, hãy cho chúng tôi biết trước ngày bắt đầu bảo hiểm trên thẻ Medicare của quý vị. Nếu quý vị không thực hiện bất kỳ hành động nào, quý vị sẽ tiếp tục được hưởng Phần B và thanh toán phí bảo hiểm Phần B từ quyền lợi An sinh Xã hội hoặc RRB của quý vị. Nếu quý vị có bảo hiểm khác và cần trợ giúp quyết định xem có nên duy trì Phần B hay không, hãy truy cập [trang 19](#). **Nếu quý vị không duy trì Phần B nhưng sau này quyết định muốn tham gia, quý vị có thể bị chậm trễ trong việc nhận bảo hiểm Phần B vì quý vị chỉ có thể đăng ký vào những thời điểm nhất định. Quý vị cũng có thể phải trả khoản phạt ghi danh trễ (khoản phạt này được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị) trong suốt thời gian quý vị hưởng Phần B** ([trang 23](#)).

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

Nếu quý vị sắp đủ 65 tuổi, nhưng KHÔNG nhận trợ cấp An sinh Xã hội hoặc RRB, quý vị sẽ cần đăng ký Medicare. Truy cập [SSA.gov/medicare/sign-up](https://ssa.gov/medicare/sign-up) để đăng ký Phần A và Phần B. Quý vị cũng có thể liên hệ với An sinh Xã hội 3 tháng trước khi quý vị tròn 65 tuổi để đặt lịch hẹn. Nếu quý vị đã làm việc cho ngành đường sắt, hãy truy cập [RRB.gov](https://rrb.gov), hoặc gọi RRB theo số 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi 1-312-751-4701.

Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị không đăng ký Phần B khi lần đầu đủ điều kiện, quý vị có thể bị chậm 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 khoản phạt ghi danh trễ (khoản phạt này được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị) trong suốt thời gian quý vị có Phần B** ([trang 23](#)).



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên [trang 119–122](#).

Nếu quý vị mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) và muốn có Medicare, quý vị sẽ cần đăng ký tham gia. Cơ sở lọc máu của quý vị sẽ hoàn thành “Báo cáo Bằng chứng Y tế về Bệnh thận Giai đoạn cuối” (Mẫu CMS-2728) trong Hệ thống Báo cáo Chất lượng ESRD và yêu cầu quý vị ký vào báo cáo. Sau khi mẫu đơn được hoàn tất, cơ sở sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao của mẫu đơn và nộp mẫu đơn đó cho Sở An sinh Xã hội. Liên hệ với Sở An sinh Xã hội để biết thêm thông tin về việc đăng ký Phần A và Phần B. Quý vị cũng có thể tìm hiểu thêm bằng cách truy cập [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) hoặc [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để tham khảo tập sách “Bảo hiểm Medicare dành cho Dịch vụ Lọc máu Thận & Ghép thận.”

Quan trọng! Nếu quý vị sống tại Puerto Rico và nhận quyền lợi từ Sở An sinh Xã hội hoặc Ủy ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB), quý vị sẽ tự động được hưởng Phần A kể từ ngày đầu tiên của tháng quý vị tròn 65 tuổi hoặc sau khi quý vị nhận quyền lợi khuyết tật trong 24 tháng, nếu quý vị đáp ứng một số điều kiện nhất định. Tuy nhiên, nếu muốn tham gia Phần B, quý vị cần đăng ký bằng cách điền “Yêu cầu Ghi danh vào Medicare Phần B” (Mẫu CMS-40B). Để nhận mẫu đơn này, 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 lần đầu đủ điều kiện, việc bắt đầu được hưởng bảo hiểm Phần B trong tương lai có thể bị trì hoãn vì quý vị chỉ có thể đăng ký vào những thời điểm nhất định. **Quý vị cũng có thể phải trả khoản phạt ghi danh trễ (khoản phạt này được cộng vào khoản tiền phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị) trong suốt thời gian quý vị hưởng Phần B** (trang 23).

Tôi có thể tìm thêm thông tin ở đâu?

Truy cập [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up) để biết thêm thông tin về điều kiện đủ điều kiện tham gia Medicare của quý vị và để đăng ký Phần A và/hoặc Phần B nếu quý vị không nhận được thông tin tự động. Nếu quý vị đã làm việc cho ngành đường sắt hoặc nhận trợ cấp RRB, hãy truy cập [RRB.gov](https://www.rrb.gov) hoặc gọi RRB theo số 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi 1-312-751-4701.

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) cũng có thể giúp quý vị. Truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP của quý vị, hoặc truy cập [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).

Sau khi quý vị đăng ký Medicare Phần A và/hoặc Phần B, đã đến lúc xem xét các lựa chọn bảo hiểm của quý vị. Mọi người nhận được bảo hiểm Medicare theo những cách khác nhau. Để tận dụng tối đa quyền lợi bảo hiểm của quý vị, hãy xem xét các lựa chọn của quý vị và quyết định phương án nào đáp ứng tốt nhất nhu cầu của quý vị (trang 11–14).

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

Nếu quý vị không được tự động nhận **Phần A miễn phí phí bảo hiểm** (ví dụ, vì quý vị vẫn đang làm việc và chưa nhận quyền lợi An sinh Xã hội hoặc RRB) nhưng quý vị đủ điều kiện, quý vị có thể đăng ký bất kỳ lúc nào sau khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare (trang 22).

Bảo hiểm Phần A của quý vị sẽ có hiệu lực lùi lại (hồi tố) 6 tháng tính từ thời điểm quý vị đăng ký Phần A hoặc nộp đơn xin nhận quyền lợi An sinh Xã hội hoặc RRB, nhưng không sớm hơn tháng đầu tiên quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare. Tùy vào cách quý vị đủ điều kiện hưởng Phần A, thời gian hồi tố có thể khác nhau.

Quý vị chỉ có thể đăng ký Phần B trong các giai đoạn ghi danh vào trang 17–18.

Quan trọng! Hãy nhớ rằng, trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị không đăng ký Phần A (nếu quý vị phải mua Phần A) và Phần B khi quý vị lần đầu đủ điều kiện, việc ghi danh của quý vị có thể bị trì hoãn và quý vị có thể phải trả khoản phạt ghi danh trễ được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị **phí bảo hiểm** trong suốt thời gian quý vị có Phần B (trang 22–23).

Các giai đoạn ghi danh Phần A và Phần B là gì?

Quý vị chỉ có thể đăng ký Phần B (và/hoặc Phần A nếu quý vị phải mua) trong các giai đoạn ghi danh này.

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu

Thông thường, quý vị có thể đăng ký lần đầu cho Phần A và/hoặc Phần B trong khoảng thời gian 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng quý vị tròn 65 tuổi và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị tròn 65 tuổi. Nếu ngày sinh của quý vị rơi vào ngày đầu tiên của tháng, thì thời gian 7 tháng của quý vị bắt đầu 4 tháng trước tháng quý vị tròn 65 tuổi, bao gồm tháng sinh nhật của quý vị, và kết thúc 2 tháng sau tháng quý vị tròn 65 tuổi.

Ví dụ: Nếu quý vị tròn 65 tuổi vào ngày 2 tháng 6, thời gian 7 tháng của quý vị sẽ bắt đầu vào tháng 3 và kết thúc vào tháng 9. Nếu quý vị tròn 65 tuổi vào ngày 1 tháng 6, thời gian 7 tháng của quý vị sẽ bắt đầu vào tháng 2 và kết thúc vào tháng 8.

Nếu quý vị đăng ký Phần A và/hoặc Phần B trong 3 tháng đầu của Giai đoạn Ghi danh Ban đầu, thì trong hầu hết các trường hợp, phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sinh nhật của quý vị. Tuy nhiên, nếu ngày sinh của quý vị là vào ngày đầu tiên của tháng, phạm vi 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 tròn 65 tuổi hoặc trong 3 tháng cuối của Giai đoạn Ghi danh ký Ban đầu, phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.

Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Sau khi Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị kết thúc, quý vị có thể có cơ hội đăng ký Medicare trong một Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt. Ví dụ, nếu quý vị đã không đăng ký Phần B (hoặc Phần A nếu quý vị phải mua phần này) khi quý vị lần đầu đủ điều kiện **vì quý vị có bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa trên việc làm hiện tại** (của chính quý vị, của vợ/chồng quý vị, hoặc của một thành viên gia đình nếu quý vị bị khuyết tật), quý vị có thể đăng ký Phần A và/hoặc Phần B:

- Bất kỳ lúc nào quý vị vẫn còn được bảo hiểm theo 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 khi phạm vi bảo hiểm kết thúc, tùy điều nào xảy ra trước

Thông thường, phạm vi bảo hiểm của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký. Nếu quý vị đăng ký Phần B trong khi quý vị (hoặc vợ/chồng của quý vị) vẫn đang làm việc và quý vị có bảo hiểm, hoặc trong vòng tháng trọn đầu tiên sau khi bảo hiểm do chủ lao động chấm dứt, quý vị có thể yêu cầu trì hoãn ngày bắt đầu Phần B của mình tối đa 3 tháng. Thông thường, quý vị sẽ không phải trả khoản phạt ghi danh muộn nếu quý vị đăng ký trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt. Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt này không áp dụng nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare dựa trên Bệnh thận Giai đoạn cuối (ESRD), hoặc quý vị vẫn đang trong Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của mình.

Để đăng ký Phần A và/hoặc Phần B, hãy truy cập [SSA.gov/medicare/sign-up](https://ssa.gov/medicare/sign-up).

Quan trọng! COBRA (Bảo hiểm COBRA (Đạo luật Hòa giải Ngân sách Tổng hợp Hợp nhất) không được xem là bảo hiểm dựa trên công việc hiện tại và không được tính là bảo hiểm do chủ lao động hiện tại cung cấp để quý vị đủ điều kiện tham gia Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt này. Điều này có nghĩa là quý vị nhìn chung không đủ điều kiện để được hưởng Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt để đăng ký Medicare khi bảo hiểm COBRA kết thúc. Điều tương tự cũng đúng đối với các chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho người nghỉ hưu và phạm vi bảo hiểm VA. Nếu quý vị đang cân nhắc COBRA, có thể có những lý do khiến quý vị nên tham gia Phần B thay cho hoặc cùng với bảo hiểm COBRA. Sau khi bảo hiểm dựa trên **việc làm hiện tại** kết thúc, quý vị có 8 tháng để đăng ký Phần B mà không bị phạt, bất kể quý vị có chọn COBRA hay không. Tuy nhiên, nếu quý vị có COBRA và đủ điều kiện tham gia Medicare, **COBRA có thể chỉ thanh toán một phần nhỏ chi phí y tế của quý vị.** Truy cập trang 93 để biết thêm thông tin về bảo hiểm COBRA. Để tránh phải trả tiền phạt, hãy bảo đảm quý vị đăng ký Medicare khi quý vị lần đầu đủ điều kiện.

Nếu quý vị có bảo hiểm dành cho người đã nghỉ hưu, bảo hiểm đó **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 đặc biệt cho Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Có những trường hợp khác mà quý vị có thể đăng ký Medicare trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt. Quý vị có thể đủ điều kiện nếu bỏ lỡ một giai đoạn ghi danh do một số trường hợp nhất định, chẳng hạn như bị ảnh hưởng bởi thiên tai hoặc tình trạng khẩn cấp, bị giam giữ, sai sót của chủ lao động hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe, mất **Medicaid** bảo hiểm, hoặc các trường hợp khác nằm ngoài tầm kiểm soát của quý vị mà Medicare xác định là trường hợp đặc biệt. 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! Gần đây quý vị đã mất Medicaid? Nếu quý vị hiện đủ điều kiện tham gia Medicare, nhưng đã không đăng ký khi lần đầu đủ điều kiện, quý vị có thể đăng ký Phần A và Phần B mà không phải trả khoản phạt ghi danh trễ. Nếu quý vị đã có Medicare nhưng đã mất Medicaid, quý vị cũng có các lựa chọn bảo hiểm. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem tờ thông tin “Mất Medicaid?” tại [Medicare.gov/publications/12177-losing-medicaid-medicare-could-be-an-option.pdf](https://www.medicare.gov/publications/12177-losing-medicaid-medicare-could-be-an-option.pdf).

Giai đoạn Ghi danh Chung

Quý vị có thể đăng ký Phần B trong Giai đoạn Ghi danh Chung (1 tháng 1–31 tháng 3 hằng năm) nếu quý vị đã bỏ lỡ Giai đoạn Ghi danh Ban đầu và không đủ điều kiện cho Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt. Quý vị cũng có thể mua Phần A trong thời gian này nếu quý vị không đủ điều kiện để được Phần A miễn phí phí bảo hiểm và đã bỏ lỡ Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của mình. **Quý vị có thể phải trả mức phí bảo hiểm Phần A và/hoặc Phần B cao hơn phí bảo hiểm do ghi danh trễ** (trang 22–23).

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

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

Tôi có bảo hiểm y tế khác. Tôi có nên đăng ký Phần B không?

Thông tin này có thể giúp quý vị quyết định liệu quý vị có nên tham gia Phần B hay không, dựa trên loại bảo hiểm y tế mà quý vị có thể đang 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 có bảo hiểm y tế thông qua chủ lao động hoặc công đoàn đó, hãy truy cập trang 21 để tìm hiểu cách bảo hiểm của quý vị phối hợp với Medicare. Quý vị cũng có thể liên hệ với quản trị viên quyền lợi của chủ lao động hoặc công đoàn để biết thêm thông tin. Điều này bao gồm việc làm cho chính quyền liên bang hoặc tiểu bang và phục vụ tại ngũ trong quân đội. **Quý vị có thể có lợi nếu trì hoãn việc ghi danh Phần B trong khi quý vị vẫn còn có bảo hiểm y tế dựa trên việc làm hiện tại của quý vị hoặc của vợ/chồng quý vị.**

Bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn đang hoạt động không bao gồm:

- COBRA (hoặc hình thức tiếp tục bảo hiểm tương tự sau khi việc làm chấm dứt)
- Bảo hiểm dành cho người nghỉ hưu
- Bảo hiểm VA
- Bảo hiểm sức khỏe cá nhân (như thông qua Thị trường Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Marketplace®))
- Bảo hiểm quý vị nhận được từ chủ lao động cũ theo gói trợ cấp thôi việc hoặc do bị cắt giảm nhân sự

TRICARE

Nếu quý vị có TRICARE (chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho quân nhân tại ngũ và đã nghỉ hưu cùng gia đình của họ), **quý vị thường phải đăng ký Phần A và Phần B khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare để duy trì TRICARE.** Tuy nhiên, nếu quý vị là quân nhân đang tại ngũ hoặc là thành viên gia đình của quân nhân đang tại ngũ, quý vị không cần đăng ký Phần B để duy trì bảo hiểm TRICARE của mình. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ nhà thầu TRICARE của quý vị (trang 94).

Nếu quý vị có bảo hiểm CHAMPVA, quý vị phải đăng ký Phần A và Phần B để duy trì bảo hiểm đó. Gọi 1-800-733-8387 để biết thêm thông tin về CHAMPVA.

Medicaid

Trong nhiều trường hợp, chương trình **Medicaid** của tiểu bang quý vị sẽ thanh toán Phần B của quý vị **phí bảo hiểm**. Nếu chương trình Medicaid của quý vị không thanh toán phí bảo hiểm Phần B của quý vị, quý vị có thể đủ điều kiện nhận trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần A và Phần B thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare (trang 95–96). Nếu quý vị có Medicaid và hiện nay đủ điều kiện tham gia Phần B, Medicare sẽ chỉ thanh toán cho các dịch vụ được Phần A chi trả. Để tìm hiểu thêm về việc đăng ký Phần B, hãy truy cập trang 15.

Để biết thêm thông tin về Medicaid và để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện hay không, hãy truy cập [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại của văn phòng Medicaid của tiểu bang quý vị. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

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

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 nên đăng ký Medicare khi lần đầu đủ điều kiện để tránh nguy cơ chậm được hưởng bảo hiểm Medicare và khả năng phải chịu khoản phạt ghi danh trễ của Medicare.

Nếu quý vị có bảo hiểm Marketplace:

- Quý vị nên chấm dứt bảo hiểm đó trước khi bảo hiểm Medicare của quý vị bắt đầu có hiệu lực để tránh trùng lặp bảo hiểm.
- Khi quý vị được xem là đủ điều kiện hưởng Phần A miễn phí phí bảo hiểm, hoặc đã có Phần A với một **phí bảo hiểm**, quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Marketplace để thanh toán phí bảo hiểm của chương trình Marketplace hoặc các chi phí y tế khác. Nếu quý vị tiếp tục nhận được hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình Marketplace của mình, quý vị có thể sẽ phải hoàn trả một phần hoặc toàn bộ khoản hỗ trợ mà quý vị đã nhận khi nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang.

Truy cập [HealthCare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare](https://www.healthcare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare) để tìm hiểu cách chấm dứt chương trình Marketplace hoặc khoản tiết kiệm Marketplace của quý vị khi bảo hiểm Medicare của quý vị bắt đầu. Quý vị cũng có thể gọi Tổng đài của Marketplace theo số 1-800-318-2596. Người dùng TTY có thể gọi 1-855-889-4325.

Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe (HSA)

Quý vị không đủ điều kiện để thực hiện các khoản đóng góp vào HSA sau khi quý vị đã có Medicare. Hãy cân nhắc thực hiện khoản đóng góp cuối cùng vào HSA trong tháng ngay trước khi bảo hiểm Phần A của quý vị bắt đầu có hiệu lực—điều này có thể giúp quý vị tránh bị phạt thuế. Bảo hiểm Phần A không có phí bảo hiểm sẽ có hiệu lực lùi lại (hồi tố) 6 tháng tính từ thời điểm quý vị đăng ký Phần A hoặc nộp đơn xin nhận quyền lợi từ Sở An sinh Xã hội hoặc Ủy ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB), nhưng không sớm hơn tháng đầu tiên quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare. Tùy vào cách quý vị đủ điều kiện hưởng Phần A, thời gian hồi tố có thể khác nhau. Hãy xem bảng dưới đây để giúp quý vị quyết định thời điểm thích hợp nhất để ngừng đóng góp vào HSA.

Nếu quý vị đăng ký Medicare:	Trong Giai đoạn Ghi danh Ban đầu (trang 17) 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 tròn 65 tuổi.
	2 tháng sau khi Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị kết thúc	
	Và ngày sinh của quý vị là vào ngày 1 của tháng	Thông thường, phạm vi bảo hiểm Medicare của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng trước khi quý vị tròn 65 tuổi. Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách thực hiện khoản đóng góp HSA cuối cùng của mình 2 tháng trước khi quý vị tròn 65 tuổi.
Nếu quý vị chờ để đăng ký Medicare:	Ít hơn 6 tháng sau khi quý vị tròn 65 tuổi	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách ngừng đóng góp vào HSA vào tháng trước khi quý vị tròn 65 tuổi.
	6 tháng hoặc hơn sau khi quý vị tròn 65 tuổi	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách ngừng đóng góp vào HSA 6 tháng trước tháng quý vị nộp đơn xin Medicare.

Lưu ý: Một chương trình Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe (MSA) tương tự như HSA (trang 71).

Bảo hiểm khác của tôi phối hợp với Medicare như thế nào?

Khi quý vị có Medicare và bảo hiểm khác (như chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm, bảo hiểm sức khỏe dành cho người nghỉ hưu, hoặc **Medicaid**), có những quy định về việc Medicare hay bảo hiểm khác của quý vị sẽ thanh toán trước. Sử dụng bảng dưới đây để tìm hiểu loại bảo hiểm nào của quý vị nên thanh toán trước, dựa trên tình huống của quý vị.

Tình huống của quý vị	Medicare thanh toán trước	Bảo hiểm khác thanh toán trước
Quý vị có Medicaid	✓	
Quý vị có bảo hiểm dành cho người nghỉ hưu từ chủ lao động trước đây của quý vị hoặc của vợ/chồng quý vị	✓	
Quý vị có TRICARE và quý vị không phục vụ tại ngũ và quý vị không sử dụng cơ sở quân sự hoặc liên bang	✓	
Quý vị đã từ 65 tuổi trở lên và có bảo hiểm từ nơi làm việc hiện tại của quý vị hoặc của vợ/chồng quý vị:		
Nếu chủ lao động của quý vị có ít hơn 20 nhân viên	✓	
Nếu chủ lao động của quý vị có ít hơn 20 nhân viên, nhưng tham gia một chương trình dành cho nhiều chủ lao động có tổng cộng 20 nhân viên trở lên		✓
Nếu chủ lao động của quý vị có 20 nhân viên trở lên		✓
Quý vị dưới 65 tuổi mắc một tình trạng khuyết tật và có bảo hiểm từ nơi làm việc hiện tại của quý vị hoặc của thành viên gia đình quý vị:		
Nếu chủ lao động của quý vị có ít hơn 100 nhân viên	✓	
Nếu chủ lao động của quý vị có ít hơn 100 nhân viên, nhưng đang tham gia một dành cho nhiều chủ lao động có tổng cộng 100 nhân viên trở lên		✓
Nếu chủ lao động của quý vị có 100 nhân viên trở lên		✓
Quý vị mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) và có bảo hiểm theo chương trình sức khỏe theo nhóm từ việc làm hiện tại hoặc trước đây của quý vị hoặc của thành viên gia đình quý vị:		
30 tháng đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare		✓
Sau 30 tháng đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare	✓	

Quan trọng! Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đang làm việc và có bảo hiểm của chủ lao động thông qua việc làm, hãy liên hệ với chủ lao động của quý vị để tìm hiểu cách bảo hiểm của quý vị phối hợp với Medicare.

Hãy nhớ:

- Bảo hiểm thanh toán trước (bên thanh toán chính) sẽ thanh toán trong phạm vi giới hạn bảo hiểm của mình.
- Bảo hiểm thanh toán sau (bên thanh toán phụ) chỉ thanh toán nếu có những chi phí mà bên thanh toán chính không chi trả.
- Bên thanh toán phụ (có thể là Medicare) có thể không thanh toán toàn bộ các chi phí chưa được chi trả.
- Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe nhóm hoặc bảo hiểm sức khỏe dành cho người về hưu của quý vị là bên thanh toán phụ, nhiều khả năng quý vị sẽ cần đăng ký Phần B trước khi bảo hiểm của quý vị thanh toán.

Truy cập [Medicare.gov/health-drug-plans/coordination](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/coordination) hoặc [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để tham khảo tập sách “Cách Medicare Phối hợp với các Bảo hiểm Khác” hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để tìm hiểu thêm. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Quan trọng! Nếu bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của quý vị chấm dứt, hãy gọi 1-800-MEDICARE để cập nhật hồ sơ của quý vị. Nếu quý vị có những thay đổi khác đối với bảo hiểm của mình, quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Điều phối & Thu hồi Quyền lợi của Medicare theo số 1-855-798-2627. Người dùng TTY có thể gọi 1-855-797-2627. Nếu quý vị sắp nghỉ hưu, hãy gọi 1-800-MEDICARE để bảo đảm thông tin bảo hiểm chính của quý vị là chính xác.

Nếu quý vị có Phần A, quý vị có thể nhận được mẫu “Bảo hiểm Sức khỏe” (Mẫu IRS 1095-B) từ Medicare. Biểu mẫu này xác nhận rằng quý vị đã có bảo hiểm y tế trong năm qua. Nếu quý vị nhận được mẫu này, hãy giữ lại để lưu hồ sơ của quý vị. Không phải ai cũng sẽ nhận được mẫu này. Nếu quý vị không nhận được Mẫu 1095-B, đừng lo lắng. Quý vị có thể yêu cầu một bản sao từ Medicare.

Tôi có phải trả phí cho Phần A không?

Thông thường quý vị không phải trả **phí bảo hiểm** hàng tháng cho bảo hiểm Phần A nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đã nộp thuế Medicare trong khi làm việc trong một khoảng thời gian nhất định. Đôi khi điều này được gọi là Phần A miễn phí phí bảo hiểm. Nếu quý vị không đủ điều kiện để được hưởng Phần A miễn phí phí bảo hiểm, quý vị có thể mua phần này. Truy cập trang 24 để biết thêm thông tin về cách thanh toán phí bảo hiểm Phần A của quý vị.

Nếu quý vị mua Phần A, thì quý vị sẽ phải trả phí bảo hiểm là \$311 hoặc \$565 mỗi tháng trong năm 2026, tùy thuộc vào thời gian quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đã làm việc và nộp thuế Medicare. Nếu quý vị cần trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần A của mình, hãy truy cập trang 95–96. Nếu quý vị có câu hỏi 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. 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) để biết mức phí bảo hiểm Phần A mới nhất.

Mức phạt ghi danh trễ của Phần A là gì?

Nếu quý vị không đủ điều kiện hưởng Phần A miễn phí bảo hiểm, và quý vị không mua phần này khi lần đầu đủ điều kiện, phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị **phí bảo hiểm** có thể tăng 10%. Quý vị sẽ phải trả mức phí bảo hiểm cao hơn trong số năm gấp đôi số năm quý vị có thể đã có Phần A nhưng đã không đăng ký. Ví dụ, nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Phần A trong 2 năm nhưng đã không đăng ký, quý vị sẽ phải trả phí bảo hiểm cao hơn 10% trong 4 năm. Nếu quý vị được phép đăng ký Phần A trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt, quý vị có thể không phải trả khoản phạt ghi danh trễ (trang 17–18).

Chi phí bảo hiểm Phần B là bao nhiêu?

Số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn của Phần B trong năm 2026 là \$202.90. Hầu hết mọi người đều trả mức phí bảo hiểm tiêu chuẩn của Phần B mỗi tháng.

Medicare sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh đã sửa đổi được khai báo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước để xác định liệu quý vị có phải trả thêm một khoản phí, gọi là Khoản Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA), hay không.

Đối với năm 2026, nếu thu nhập gộp đã điều chỉnh sửa đổi của quý vị cho năm 2024 cao hơn \$109,000 nếu quý vị khai thuế riêng lẻ hoặc \$218,000 nếu quý vị đã kết hôn và khai thuế chung, thì quý vị có thể phải trả IRMAA. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tìm hiểu thêm về IRMAA. Nếu quý vị có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế và cần trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm của mình, hãy truy cập trang 95–96 để biết thông tin về các chương trình có thể giúp thanh toán chi phí của quý vị.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết mức phí bảo hiểm Phần B mới nhất và các giới hạn thu nhập.

Lưu ý: Quý vị cũng có thể phải trả thêm một khoản cho phí bảo hiểm chương trình bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị (Phần D) nếu thu nhập gộp đã điều chỉnh sau khi sửa đổi của quý vị cao hơn một mức nhất định (trang 86).

Nếu quý vị phải trả thêm một khoản tiền và quý vị không đồng ý (ví dụ, thu nhập của quý vị thấp hơn do một sự kiện cuộc sống đủ điều kiện), hãy truy cập [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://ssa.gov/medicare/lower-irmaa).

Mức phạt ghi danh trễ của Phần B là gì?

Quan trọng! Nếu quý vị không đăng ký Phần B khi lần đầu đủ điều kiện, quý vị có thể phải trả khoản phạt ghi danh trễ trong suốt thời gian quý vị hưởng Phần B. Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho Phần B có thể tăng 10% cho mỗi đủ 12 tháng trong khoảng thời gian quý vị có thể đã hưởng Phần B, nhưng đã không đăng ký. Nếu quý vị được phép đăng ký Phần B trong một Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt, hoặc quý vị ghi danh vào một Chương trình Tiết kiệm Medicare, quý vị có thể không phải trả khoản phạt ghi danh trễ.

Ví dụ: Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của ông Smith đã kết thúc vào tháng 12 năm 2021. Ông đã đợi đến tháng 3 năm 2024 (trong Giai đoạn Ghi danh Chung) để đăng ký Phần B. Mức phạt phí bảo hiểm Phần B của ông là 20%, và ông sẽ phải trả khoản phạt này ngoài phí bảo hiểm Phần B tiêu chuẩn của mình trong suốt thời gian ông được hưởng Phần B. (Mặc dù ông Smith đã không có Phần B trong 27 tháng, khoảng thời gian này chỉ bao gồm 2 giai đoạn trọn vẹn 12 tháng.)



Chi phí & phạm vi bảo hiểm: Để tìm hiểu cách nhận hỗ trợ chi phí Medicare, hãy truy cập trang 95.

Tôi có thể thanh toán phí bảo hiểm Phần B của mình như thế nào?

Nếu quý vị nhận trợ cấp An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí ngành Đường sắt (RRB), phí bảo hiểm Phần B **phí bảo hiểm** sẽ được khấu trừ từ khoản thanh toán trợ cấp hàng tháng của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị nhận được hóa đơn từ RRB, 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 câu hỏi về các hóa đơn quý vị nhận được từ RRB, hãy gọi 1-877-772-5772.

Người dùng TTY có thể gọi 1-312-751-4701.

Nếu quý vị là người nghỉ hưu liên bang có khoản niên kim từ Văn phòng Quản lý Nhân sự (OPM) và quý vị không đủ điều kiện nhận các quyền lợi An sinh Xã hội hoặc của Hội đồng Hưu trí ngành Đường sắt (RRB), quý vị phải yêu cầu khấu trừ phí bảo hiểm Phần B từ khoản niên kim của quý vị. Liên hệ văn phòng An sinh Xã hội địa phương của quý vị để thực hiện yêu cầu của quý vị. Truy cập [SSA.gov/locator](https://ssa.gov/locator) để tìm văn phòng địa phương của quý vị.

Nếu quý vị không nhận trợ cấp An sinh Xã hội hoặc RRB (hoặc không bị khấu trừ phí bảo hiểm từ niên kim OPM), 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 theo quý (mỗi 3 tháng). Nếu quý vị cũng phải trả IRMAA của 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 (trang 24 và 86). Đi tới [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/mailings/costs-and-coverage/medicare-premium-bill](https://medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/mailings/costs-and-coverage/medicare-premium-bill).

Có 4 cách để thanh toán hóa đơn phí bảo hiểm của quý vị:

- **Trực tuyến thông qua tài khoản Medicare bảo mật của quý vị:** Truy cập [Medicare.gov/account](https://medicare.gov/account) để đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare của quý vị **Medicare account**. Sau đó, chọn “Thanh toán phí bảo hiểm của tôi” (Pay my premium) để thực hiện thanh toán bằng thẻ tín dụng, thẻ ghi nợ, thẻ Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe (HSA) hoặc từ tài khoản séc hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị. Quý vị sẽ nhận được một mã số xác nhận khi thực hiện thanh toán. **Dịch vụ miễn phí này là cách nhanh nhất để thanh toán phí bảo hiểm của quý vị.**
- **Medicare Easy Pay:** Dịch vụ miễn phí này tự động khấu trừ khoản thanh toán của quý vị từ tài khoản tiết kiệm hoặc tài khoản thanh toán mỗi tháng. Truy cập [Medicare.gov/medicare-easy-pay](https://medicare.gov/medicare-easy-pay), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để tìm hiểu cách đăng ký. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- **Ngân hàng của quý vị:** Liên hệ với ngân hàng của quý vị để thiết lập một khoản thanh toán một lần hoặc định kỳ từ tài khoản thanh toán hoặc tài khoản tiết kiệm của quý vị. Không phải tất cả các ngân hàng đều cung cấp dịch vụ này, và một số ngân hàng tính phí. Nhập thông tin của quý vị một cách cẩn thận để bảo đảm khoản thanh toán của quý vị được xử lý đúng hạn. Cung cấp cho ngân hàng thông tin này:
 - **Số Medicare gồm 11 ký tự của quý vị:** Nhập các số và chữ cái mà không có dấu gạch ngang, khoảng trắng hoặc ký tự bổ sung.
 - **Tên bên nhận thanh toán:** CMS Medicare Insurance
 - **Địa chỉ bên nhận thanh toán:** Medicare Premium Collection Center, PO Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355
 - Số tiền thanh toán của quý vị
- **Thư:** Quý vị có thể thanh toán bằng séc, lệnh chuyển tiền, thẻ tín dụng, thẻ ghi nợ hoặc thẻ HSA. Điền phiếu thanh toán ở cuối hóa đơn của quý vị và gửi kèm cùng với khoản thanh toán của quý vị. Sử dụng phong bì trả lại kèm theo hóa đơn của quý vị, và gửi phiếu thanh toán Medicare cùng khoản thanh toán của quý vị đến Medicare Premium Collection Center, PO Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355. Nếu quý vị không có phiếu thanh toán ở cuối hóa đơn của mình, hãy bảo đảm rằng toàn bộ Số Medicare của quý vị được ghi trên khoản thanh toán của quý vị. Các khoản thanh toán được thực hiện qua thư sẽ mất nhiều thời gian hơn để xử lý so với các khoản thanh toán được thực hiện nhanh chóng và an toàn thông qua tài khoản Medicare trực tuyến của quý vị.

Nếu quý vị có câu hỏi về phí bảo hiểm của mình, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums](https://www.medicare.gov/basics/costs/pay-premiums).

Nếu quý vị cần thay đổi địa chỉ trên hóa đơn của mình, hãy truy cập [SSA.gov/personal-record/update-contact-information](https://www.ssa.gov/personal-record/update-contact-information).

Quan trọng! Nếu quý vị nhận được thông báo từ Sở An sinh Xã hội về các khoản thanh toán quyền lợi hồi tố, quý vị có thể cần điều chỉnh cách thanh toán Medicare của mình **phí bảo hiểm**. Truy cập [Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums](https://www.medicare.gov/basics/costs/pay-premiums) để tìm hiểu thêm.

Medicare đang nỗ lực phối hợp tốt hơn việc chăm sóc của quý vị

Medicare tiếp tục tìm kiếm các cách để phối hợp chăm sóc của quý vị tốt hơn và bảo đảm rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất có thể.

Các Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm

Một **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)** là một nhóm bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **Original Medicare** và phối hợp làm việc với nhau để cung cấp cho bệnh nhân dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao, được điều phối.

ACO có thể cung cấp cho quý vị thêm nhiều quyền lợi

Trong một số ACO, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể cung cấp thêm nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa hơn. Điều này có nghĩa là quý vị có thể tiếp cận một số dịch vụ từ nhà bằng cách sử dụng công nghệ, như điện thoại hoặc máy tính, để giao tiếp theo thời gian thực với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị (trang 54). Ngoài ra, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác thuộc một ACO có thể giới thiệu quý vị sử dụng **chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn** hoặc các dịch vụ phục hồi chức năng ngay cả khi trước đó quý vị chưa nằm viện đủ 3 ngày, vốn thường là một yêu cầu của Medicare. Để đủ điều kiện, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác phải quyết định rằng quý vị cần chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và đáp ứng một số yêu cầu đủ điều kiện khác.

Nếu bác sĩ chăm sóc chính của quý vị là thành viên của một ACO

Các nghiên cứu cho thấy rằng bệnh nhân có bác sĩ là thành viên của một ACO thường có trải nghiệm chăm sóc tốt hơn. Nếu bác sĩ của quý vị là thành viên của một ACO, quý vị có thể được đặt lịch hẹn nhanh hơn, nhận câu trả lời cho các câu hỏi y tế nhanh hơn và cập nhật kịp thời hơn về chăm sóc phòng ngừa (như sàng lọc và khám kiểm tra), điều này có thể giúp tiết kiệm thời gian và tiền bạc. Bệnh nhân trong các ACO cũng có xu hướng được quản lý tốt hơn các bệnh lý đang diễn tiến như huyết áp cao và tiểu đường. Các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác phối hợp với nhau để hiểu tiền sử sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Điều này có thể giúp ngăn ngừa các sai sót y khoa và các tương tác thuốc không mong muốn có thể xảy ra nếu một nhà cung cấp không biết nhà cung cấp khác đã kê đơn cho quý vị. Nếu **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị tham gia một ACO và quý vị có Original Medicare, họ sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản và quý vị sẽ thấy một tấm áp phích trong văn phòng của họ về việc họ tham gia ACO. Hiện nay, trên khắp cả nước có hàng trăm ACO.

Quan trọng! Việc đến khám tại một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thuộc một **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)** hoặc xác định họ là **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị sẽ không giới hạn lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác là thành viên của một ACO, quý vị vẫn có quyền đến khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ nào khác chấp nhận Medicare vào bất kỳ lúc nào.

Mối quan hệ chăm sóc có trách nhiệm là gì?

Đây là mối quan hệ trong đó các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác phối hợp với nhau và với quý vị để quản lý sức khỏe tổng thể của quý vị, đồng thời lưu tâm đến các mục tiêu sức khỏe cá nhân và giá trị của quý vị. Những mối quan hệ này có thể cải thiện chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được và giúp tránh việc lặp lại các xét nghiệm y tế và/hoặc sử dụng các dịch vụ y tế không cần thiết. Các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác trong mối quan hệ chăm sóc có trách nhiệm có thể xem xét toàn bộ bệnh sử của quý vị khi xây dựng kế hoạch điều trị, cũng như cách kế hoạch này phối hợp với các kế hoạch điều trị khác do các bác sĩ khác đưa ra cho những vấn đề sức khỏe khác nhau. Họ có thể phối hợp với nhau để cải thiện sức khỏe lâu dài của quý vị và ngăn ngừa các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hoặc việc phải nhập viện.

ACO hỗ trợ phối hợp chăm sóc như thế nào?

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể đồng ý làm việc cùng nhau như một nhóm để thành lập một ACO nhằm giúp phối hợp việc chăm sóc của quý vị. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tham gia vào một ACO, quý vị có thể nhận được nhiều hỗ trợ hơn trong việc quản lý các bệnh mạn tính, nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa hơn, chăm sóc phục hồi, và các dịch vụ khác. Truy cập [Medicare.gov/providers-services/coordinating-care](https://www.medicare.gov/providers-services/coordinating-care) để biết thêm về phối hợp chăm sóc và để xem danh sách các dịch vụ mà ACO hỗ trợ.

Mới!

Bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2027, Medicare sẽ tìm hiểu các cách mới để cải thiện ACO, chẳng hạn như khuyến khích sự tham gia rộng rãi hơn của nhà cung cấp dịch vụ và cung cấp quyền tiếp cận công nghệ y tế mới (như đồng hồ thông minh và các thiết bị đeo khác để giúp theo dõi sức khỏe của quý vị).

Mối quan hệ giữa ACO và Original Medicare là gì?

ACO không phải là một chương trình bảo hiểm. Những người có **Original Medicare** trong một ACO vẫn giữ nguyên các quyền và đặc quyền của họ theo Original Medicare và có quyền tự do đến khám bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào chấp nhận Medicare (ngay cả khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó không thuộc một ACO). Quý vị có thể từ chối việc Medicare chia sẻ một số thông tin sức khỏe nhất định với ACO bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Chia sẻ thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị với ACOs

Một trong những quyền lợi quan trọng nhất của ACO là các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị có thể trao đổi liên lạc và phối hợp chăm sóc cho quý vị. Để hỗ trợ việc đó, ACO của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được Medicare cho phép yêu cầu một số thông tin nhất định về việc chăm sóc của quý vị. Việc để Medicare chia sẻ dữ liệu của quý vị theo cách này giúp bảo đảm rằng tất cả các nhà cung cấp tham gia vào việc chăm sóc quý vị đều có thể truy cập thông tin sức khỏe của quý vị khi họ cần để hỗ trợ quý vị.

Nếu quý vị không muốn Medicare chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với ACO để phối hợp chăm sóc, hãy gọi 1-800-MEDICARE và cho nhân viên đại diện biết. Medicare vẫn có thể chia sẻ thông tin chung với một ACO để đo lường chất lượng của nhà cung cấp dịch vụ.

Để tìm hiểu thêm về ACO, hãy truy cập [Medicare.gov/providers-services/coordinating-care](https://www.medicare.gov/providers-services/coordinating-care) hoặc gọi 1-800-MEDICARE.

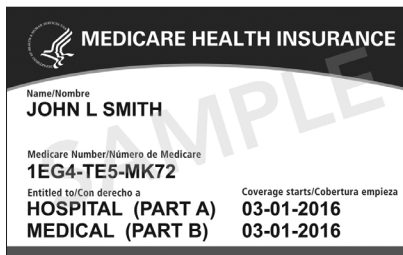
Phần 2:

Tìm hiểu Medicare chi trả những gì

Medicare đài thọ những dịch vụ nào?

Trong phần này, quý vị sẽ tìm thấy thông tin về các vật dụng, xét nghiệm và dịch vụ **Original Medicare** (Phần A và Phần B) bao gồm tại bệnh viện, phòng khám của bác sĩ và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong phần 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 của mình để nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ. Thẻ Medicare của quý vị cho biết quý vị được hưởng Phần A (được ghi là HOSPITAL (BỆNH VIỆN)), Phần B (được ghi là MEDICAL (Y TẾ)), hoặc cả hai, và ngày bảo hiểm của quý vị bắt đầu.



Quan trọng! Nếu quý vị tham gia một **chương trình Medicare Advantage** hoặc một **Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare** khác, hãy nhớ đưa thẻ của chương trình của quý vị cho nhà cung cấp để nhận các dịch vụ được Medicare chi trả.

Nếu quý vị cần một bản sao mới của thẻ Medicare của mình

Để in hoặc đặt mua bản sao chính thức của thẻ Medicare của quý vị 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. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu gửi thẻ thay thế qua đường bưu điện. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị nhận trợ cấp từ Ban Hưu trí ngành Đường sắt (RRB), quý vị có thể gọi 1-877-772-5772 để nhận thẻ thay thế. Người dùng TTY có thể gọi 1-312-751-4701.

Nếu quý vị cần thay thế thẻ của mình vì quý vị cho rằng có người khác đang sử dụng Số Medicare của quý vị, hãy gọi 1-800-MEDICARE.

Tất cả các lựa chọn này để thay thế thẻ Medicare của quý vị đều miễn phí.



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

Phần A đài thọ những gì?

Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) giúp chi trả:

- 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

Các trang 28–32 liệt kê các dịch vụ phổ biến mà Phần A chi trả và các mô tả chung.

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

Tôi phải trả bao nhiêu cho các dịch vụ được Phần A đài thọ?

Số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ được Part A chi trả phụ thuộc vào nơi quý vị nhận chăm sóc, thời gian quý vị nhận chăm sóc và việc quý vị có bảo hiểm khác hay không (ngoài Medicare).

Số tiền quý vị phải trả có thể khác nếu quý vị tham gia một **chương trình Medicare Advantage hoặc có bảo hiểm khác (như **Medigap**, **Medicaid**, hoặc bảo hiểm thông qua chủ lao động, công đoàn, hoặc bảo hiểm dành cho người nghỉ hưu).** Liên hệ với chương trình của quý vị nếu quý vị có thắc mắc.

Truy cập [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs) để biết thêm thông tin về chi phí của Phần A. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Các dịch vụ được đài thọ theo Phần A

Máu

Nếu bệnh viện nhận máu miễn phí từ ngân hàng máu, quý vị sẽ không phải trả tiền hoặc hoàn trả lượng máu đó. Nếu bệnh viện phải mua máu cho quý vị, quý vị phải thanh toán chi phí bệnh viện cho 3 đơn vị máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong một năm dương lịch, hoặc quý vị hay người khác có thể hiến lượng máu đó.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Phần A và/hoặc Phần B chi trả các quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà (trang 46).

Chăm sóc cuối đời

Để đủ điều kiện nhận chăm sóc cuối đời, bác sĩ chăm sóc cuối đời và **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị (nếu quý vị có) phải xác nhận rằng quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối, nghĩa là quý vị được dự đoán chỉ còn sống không quá 6 tháng. Khi quyết định nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, quý vị chấp nhận (hoặc đồng ý nhận) dịch vụ chăm sóc nhằm mang lại sự thoải mái (chăm sóc giảm nhẹ) thay vì dịch vụ chăm sóc nhằm chữa khỏi căn bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị cũng phải ký một văn bản xác nhận lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời thay cho các phương pháp điều trị khác được Medicare chi trả đối với căn bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan của quý vị.

Bảo hiểm bao gồm:

- Tất cả các vật dụng và dịch vụ quý vị cần để giảm đau và kiểm soát triệu chứng
- Dịch vụ y tế, điều dưỡng và xã hội
- Thuốc để kiểm soát đau và triệu chứng
- Thiết bị y tế lâu bền để giảm đau và kiểm soát triệu chứng
- Dịch vụ trợ giúp và giúp việc gia đình
- Các dịch vụ được bảo hiểm khác mà quý vị cần để kiểm soát cơn đau và các triệu chứng khác của mình, cũng như tư vấn tinh thần và tư vấn về đau buồn cho quý vị và gia đình quý vị

Quý vị thường có thể nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận ngay tại nhà của mình hoặc tại cơ sở khác nơi quý vị sinh sống, như cơ sở hỗ trợ sinh hoạt hoặc viện dưỡng lão. **Original Medicare** vẫn sẽ chi trả các quyền lợi được đài thọ cho bất kỳ vấn đề sức khỏe nào không thuộc bệnh giai đoạn cuối của quý vị và các tình trạng liên quan, nhưng dịch vụ chăm sóc cuối đời nên chi trả hầu hết dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Medicare sẽ không thanh toán chi phí phòng ở và ăn uống cho việc chăm sóc quý vị tại một cơ sở, trừ khi nhóm y tế chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị cần được chăm sóc nội trú ngắn hạn để kiểm soát cơn đau và các triệu chứng khác. Việc chăm sóc này phải được thực hiện tại một cơ sở được Medicare phê duyệt, như cơ sở chăm sóc cuối đời, bệnh viện hoặc **cơ sở điều dưỡng chuyên môn** có hợp đồng với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Hỗ trợ và giúp người chăm sóc tạm nghỉ

Medicare cũng chi trả dịch vụ chăm sóc thay thế nội trú, tức là dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được tại một cơ sở được Medicare phê duyệt để người chăm sóc quý vị (thành viên gia đình hoặc bạn bè) có thể nghỉ ngơi. Mỗi lần nhận dịch vụ chăm sóc thay thế, quý vị có thể lưu trú tối đa 5 ngày. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ sắp xếp dịch vụ này cho quý vị.

Quý vị thanh toán:

- Không phải trả gì cho dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Một khoản **đồng thanh toán** tối đa \$5 cho mỗi đơn thuốc đối với thuốc ngoại trú để kiểm soát đau và triệu chứng.
- 5% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho dịch vụ chăm sóc tạm thời nội trú.

Dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ được lập hóa đơn cho Original Medicare, ngay cả khi quý vị đang tham gia một **chương trình Medicare Advantage** (và quý vị không bắt buộc phải chuyển trở lại Original Medicare để chương trình này chi trả dịch vụ chăm sóc cuối đời). Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, Chương trình Medicare Advantage của quý vị vẫn có thể chi trả các dịch vụ không liên quan đến căn bệnh giai đoạn cuối hoặc bất kỳ tình trạng nào liên quan đến căn bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Để biết thêm về dịch vụ chăm sóc cuối đời, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage/hospice-care](https://www.medicare.gov/coverage/hospice-care). Để tìm các nhà cung cấp được Medicare phê duyệt, 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 chi trả cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại các bệnh viện chăm sóc cấp tính, các **bệnh viện tiếp cận thiết yếu**, **cơ sở phục hồi chức năng nội trú**, **các bệnh viện chăm sóc dài hạn**, chăm sóc tâm thần tại các cơ sở tâm thần nội trú, và chăm sóc nội trú cho một nghiên cứu lâm sàng đủ điều kiện.

Medicare cũng chi trả cho các dịch vụ bệnh viện nội trú, chẳng hạn như phòng bệnh ở ghép, bữa ăn, dịch vụ điều dưỡng tổng quát, một số loại thuốc nhất định và vật dụng khác thuộc quá trình điều trị nội trú của quý vị. Medicare không chi trả dịch vụ điều dưỡng riêng, tivi hoặc điện thoại trong phòng của quý vị (nếu các hạng mục này được tính phí riêng), các vật dụng chăm sóc cá nhân (như dao cạo râu hoặc tắt đi trong nhà), hoặc phòng riêng, trừ khi cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật, thương tích, tình trạng sức khỏe hoặc bệnh lý của quý vị.

Nếu quý vị cũng có Phần B, chương trình này thường chi trả 80% số tiền được Medicare phê duyệt cho các dịch vụ của bác sĩ mà quý vị nhận được trong thời gian nằm viện.

Quan trọng! Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện, thời gian chăm sóc của quý vị được tính theo các **giai đoạn quyền lợi**, có liên quan đến số ngày liên tiếp quý vị được chăm sóc. Mỗi khi bắt đầu một giai đoạn quyền lợi mới, quý vị phải trả \$1,736 (vào năm 2026) trước khi Medicare bắt đầu chi trả. Trong một giai đoạn quyền lợi, số tiền quý vị phải trả phụ thuộc vào thời gian quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện:

- **Ngày 1–60:** Sau khi quý vị thanh toán \$1,736 cho Phần A **khấu trừ**, quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày.
- **Ngày 61–90:** Quý vị phải trả \$434 mỗi ngày.
- **Ngày 91–150:** Quý vị phải trả \$868 mỗi ngày khi sử dụng 60 **ngày dự trữ trọn đời**. Đây là những ngày bổ sung mà Medicare sẽ chi trả khi quý vị nằm viện hơn 90 ngày. Quý vị có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể được sử dụng một lần trong suốt cuộc đời của quý vị.
- **Sau Ngày 150:** Quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí.

Giai đoạn quyền lợi của quý vị kết thúc sau khi quý vị không nằm viện trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị nhập viện trở lại sau 60 ngày đó, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản khấu trừ Phần A mỗi khi bắt đầu một giai đoạn quyền lợi mới. Điều này có thể xảy ra nhiều lần trong một năm dương lịch (tháng 1–tháng 12).

Truy cập [Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care](https://www.medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care) để tìm hiểu thêm về các giai đoạn quyền lợi và cách chúng có thể áp dụng trong tình huống của quý vị.

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 quý vị phải trả cho các dịch vụ bệnh viện và việc quý vị có đủ điều kiện tham gia Phần A **chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn** hay không.

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

Quan trọng! Mỗi ngày phải lưu lại bệnh viện, quý vị hoặc người chăm sóc của quý vị nên **hỏi bệnh viện và/hoặc bác sĩ của quý vị, nhân viên công tác xã hội của bệnh viện hoặc người đại diện bảo vệ quyền lợi bệnh nhân xem quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú.**

Đôi khi, bác sĩ sẽ tiếp tục để quý vị ở trạng thái bệnh nhân ngoại trú và nhận các dịch vụ theo dõi trong khi quyết định có cho quý vị nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú hay cho quý vị về (xuất viện). Nếu quý vị được theo dõi trong hơn 24 giờ, bệnh viện phải cung cấp cho quý vị “Thông báo Theo dõi Ngoại trú của Medicare” (còn gọi là “MOON”). Thông báo này giải thích lý do quý vị là bệnh nhân ngoại trú (tại bệnh viện hoặc **bệnh viện tiếp cận thiết yếu**) đang nhận các dịch vụ theo dõi, cũng như điều này ảnh hưởng như thế nào đến số tiền quý vị phải trả tại bệnh viện và cho dịch vụ chăm sóc sau khi rời bệnh viện.

Quý vị có quyền kháng nghị khi bệnh viện thay đổi tình trạng của quý vị từ nội trú sang ngoại trú nếu quý vị đáp ứng một số điều kiện nhất định. Truy cập trang 105 để biết thêm thông tin, hoặc truy cập [Medicare.gov/statuschange](https://www.medicare.gov/statuschange).

Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế theo tôn giáo (chăm sóc nội trú)

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn ở các cơ sở này, Medicare sẽ chỉ chi trả các hạng mục và dịch vụ nội trú không mang tính tôn giáo và không mang tính y tế, chẳng hạn như chi phí phòng ở và ăn uống, cũng như các hạng mục hoặc dịch vụ không cần chỉ định hoặc toa thuốc của bác sĩ (như băng vết thương không tẩm thuốc hoặc việc sử dụng khung tập đi đơn giản). Medicare không chi trả phần chăm sóc mang tính tôn giáo của loại hình chăm sóc này.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn

Medicare chi trả trong thời gian ngắn chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn khi quý vị có một đợt nằm viện nội trú đáp ứng điều kiện. Điều này có nghĩa là quý vị đã có một đợt nằm viện nội trú trước đó **cần thiết về mặt y tế** kéo dài 3 ngày liên tiếp trở lên, bắt đầu từ ngày bệnh viện tiếp nhận quý vị với tư cách là bệnh nhân nội trú, nhưng không bao gồm ngày quý vị xuất viện. Medicare chi trả chi phí phòng ở ghép, bữa ăn, dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trị liệu, cùng các dịch vụ và vật dụng cần thiết về mặt y tế khác trong một **cơ sở điều dưỡng chuyên môn** cho một thời gian giới hạn.

Để đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, bác sĩ của quý vị phải xác nhận rằng quý vị cần được chăm sóc chuyên môn hằng ngày (như truyền dịch/thuốc qua đường tĩnh mạch hoặc trị liệu) mà trên thực tế, quý vị chỉ có thể nhận được khi là bệnh nhân nội trú tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. **Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn phi y tế** (trang 58).

Quý vị có thể nhận được chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc liệu pháp nếu điều đó cần thiết để cải thiện hoặc duy trì tình trạng 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 bị xuất viện chỉ vì quý vị không tiến triển, nhưng vẫn cần chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc liệu pháp để ngăn tình trạng của quý vị trở nên tồi tệ hơn, quý vị có thể kháng nghị (trang 102–105).

Quan trọng! Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, thời gian chăm sóc của quý vị được tính theo các **giai đoạn quyền lợi, dựa trên số ngày liên tiếp quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Mỗi khi bắt đầu một giai đoạn quyền lợi mới, quý vị phải thanh toán \$1,736 (vào năm 2026) trước khi Medicare bắt đầu chi trả.** Tuy nhiên, quý vị không phải trả khoản khấu trừ Phần A **khấu trừ** cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn nếu quý vị đã thanh toán khoản này cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện trong cùng giai đoạn quyền lợi. Trong một giai đoạn quyền lợi, số tiền quý vị phải trả phụ thuộc vào thời gian quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn:

- **Ngày 1–20:** Quý vị trả \$0 mỗi ngày sau khi quý vị trả số tiền \$1,736.
- **Ngày 21–100:** Quý vị phải trả \$217 mỗi ngày.
- **Ngày 101 trở đi:** Quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí.

Giai đoạn quyền lợi của quý vị kết thúc khi quý vị ngừng nhận chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị được nhập viện vào SNF một lần nữa sau 60 ngày đó, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản khấu trừ Phần A mỗi khi bắt đầu một giai đoạn quyền lợi mới. Điều này có thể xảy ra nhiều lần trong một năm dương lịch (tháng 1–tháng 12).

Truy cập [Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-care](https://www.medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-care) để tìm hiểu thêm về các giai đoạn quyền lợi và cách chúng có thể áp dụng trong tình huống của quý vị.

Lưu ý: Quý vị có thể không cần 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)** được phê duyệt áp dụng Chương trình Miễn yêu cầu 3 Ngày đối với Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn. Nếu nhà cung cấp của quý vị tham gia vào ACO (trang 25–26), hãy hỏi về các quyền lợi có thể được áp dụng. **Các chương trình Medicare Advantage** cũng có thể miễn yêu cầu thời gian nằm viện tối thiểu 3 ngày. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Phần B bao gồm những gì?

Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế) giúp chi trả **cần thiết về mặt y tế** dịch vụ của bác sĩ, chăm sóc ngoại trú, một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, thiết bị y tế lâu bền, dịch vụ sức khỏe tâm thần, một số thuốc theo toa ngoại trú hạn chế, và các dịch vụ y tế khác. Phần B cũng đài thọ nhiều **dịch vụ phòng ngừa**. Đi đến trang 33–58 để xem danh sách các dịch vụ được Phần B chi trả phổ biến. Medicare có thể chi trả một số dịch vụ và xét nghiệm thường xuyên hơn so với mô tả nếu bác sĩ của quý vị cần các dịch vụ đó để chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng của quý vị.

Tìm hiểu xem Medicare có chi trả cho một dịch vụ không có trong danh sách này hay không:



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

Tôi phải trả bao nhiêu cho các dịch vụ mà Phần B đài thọ?

Danh sách các dịch vụ được đài thọ được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái trên các trang sau. Danh sách này cung cấp thông tin chung về số tiền quý vị phải trả nếu quý vị có **Original Medicare** và sử dụng bác sĩ hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**, đây là một thỏa thuận được Medicare chi trả (trang 63–64). Quý vị sẽ phải trả nhiều hơn nếu sử dụng bác sĩ hoặc nhà cung cấp 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, bảo hiểm của chủ lao động, người nghỉ hưu, hoặc của công đoàn), chi phí tự trả của quý vị như đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, hoặc các khoản khấu trừ có thể khác nhau.** Liên hệ với chương trình của quý vị để biết chi tiết.

Theo Original Medicare, nếu khoản khấu trừ Phần B được áp dụng, quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí (tối đa đến **số tiền được Medicare chấp thuận**) cho đến khi đáp ứng khoản khấu trừ Phần B hằng năm (\$283 vào năm 2026). Sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình, Medicare sẽ thanh toán phần của mình và quý vị thường trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận (nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp). Truy cập trang 63 để biết thông tin về các nhà cung cấp không chấp nhận thanh toán theo mức quy định. **Không có giới hạn hằng năm đối với số tiền quý vị phải tự trả nếu quý vị có Original Medicare.** Có thể có giới hạn đối với số tiền quý vị phải trả nếu quý vị có bảo hiểm bổ sung như Medigap, Medicaid, bảo hiểm của chủ lao động, bảo hiểm hưu trí, hoặc bảo hiểm công đoàn.

Quý vị không phải trả gì cho hầu hết các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ nếu quý vị nhận các dịch vụ đó từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác 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. Quý vị có thể phải trả đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ của Phần B nếu nhà cung cấp của quý vị thực hiện thêm các xét nghiệm hoặc dịch vụ trong lần khám của quý vị mà không được chi trả theo một dịch vụ phòng ngừa.

Các dịch vụ được Medicare Phần B chi trả

Biểu tượng quả táo 🍏 xuất hiện bên cạnh **dịch vụ phòng ngừa** trên các trang 33–57.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc phình động mạch chủ bụng

Medicare chi trả một lần siêu âm sàng lọc phình động mạch chủ bụng trong suốt cuộc đời của quý vị, nếu quý vị có nguy cơ và nhận được **giới thiệu** từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Quý vị được xem là có nguy cơ nếu quý vị có tiền sử gia đình mắc phình động mạch chủ bụng, hoặc quý vị là nam giới trong độ tuổi từ 65–75 và đã hút ít nhất 100 điếu thuốc trong suốt cuộc đời. Quý vị không phải trả gì cho việc sàng lọc nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Châm cứu

Medicare chỉ chi trả cho dịch vụ châm cứu (bao gồm châm kim khô) để điều trị chứng đau thắt lưng mạn tính. Medicare chi trả tối đa 12 lần khám châm cứu trong 90 ngày đối với đau lưng dưới mạn tính được định nghĩa là:

- Kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn
- Không có nguyên nhân đã biết (ví dụ, không liên quan đến ung thư đã di căn, hoặc một bệnh truyền nhiễm hay viêm)
- Đau không liên quan đến phẫu thuật hoặc thai kỳ

Nếu quý vị có tiền triển, Medicare chi trả thêm 8 buổi (tối đa 20 lần châm cứu trong thời gian 12 tháng). Phần B **khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** áp dụng. Nếu quý vị không cho thấy sự cải thiện, Medicare sẽ không chi trả cho các phương pháp điều trị bổ sung.

Không phải tất cả nhà cung cấp đều có thể cung cấp dịch vụ châm cứu. Medicare không thể thanh toán trực tiếp cho các chuyên viên châm cứu được cấp phép cho các dịch vụ của họ.

Lập kế hoạch chăm sóc trước

Medicare chi trả cho việc lập kế hoạch chăm sóc trước tự nguyện như một phần của các lần khám “Chào mừng đến với Medicare” và “Sức khỏe” hằng năm của quý vị (trang 56–58). Đây là việc lập kế hoạch cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị sẽ nhận được khi quý vị cần được hỗ trợ 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. Tài liệu pháp lý quan trọng này ghi lại mong muốn của quý vị về việc điều trị y tế trong tương lai, nếu quý vị không thể đưa ra quyết định về việc 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 bắt đầu làm giấy tờ và điền các mẫu đơn của mình, nếu quý vị muốn.

Hãy cân nhắc cẩn thận xem quý vị muốn ai đại diện cho mình và muốn đưa ra những chỉ dẫn gì. Quý vị có quyền thực hiện các kế hoạch của mình theo cách quý vị lựa chọn mà không bị phân biệt đối xử dựa trên tuổi tác hoặc khuyết tật, hoặc các yếu tố khác. Quý vị có thể cập nhật chỉ thị trước của mình bất kỳ lúc nào.

Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào nếu dịch vụ này được cung cấp trong khuôn khổ buổi khám “Chào mừng đến với Medicare” và buổi khám “Sức khỏe” hằng năm, đồng thời bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Medicare cũng có thể chi trả cho dịch vụ đó như một phần trong quá trình điều trị y tế của quý vị. Khi lập kế hoạch chăm sóc trước không phải là một phần trong buổi khám “Chào mừng đến với Medicare” hoặc buổi khám “Sức khỏe” hằng năm của quý vị, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm của Phần B sẽ được áp dụng.

Quý vị cần trợ giúp với chỉ thị trước của mình? Truy cập Công cụ Dịch vụ Chăm sóc cho Người cao tuổi (Eldercare Locator) tại eldercare.acl.gov để tìm kiếm sự hỗ trợ trong cộng đồng của quý vị.

Dịch vụ Quản lý Chăm sóc Ban đầu Nâng cao

Medicare chi trả cho các dịch vụ Quản lý Chăm sóc Ban đầu Nâng cao mỗi tháng khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác phối hợp và điều chỉnh việc chăm sóc theo nhu cầu của quý vị. Các nhà cung cấp cung cấp các dịch vụ này phải cho quý vị quyền tiếp cận 24/7 với nhóm chăm sóc hoặc nhà cung cấp của quý vị, quản lý chăm sóc toàn diện, quản lý chuyển tiếp chăm sóc, và các dịch vụ khác. Hãy kiểm tra với nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị để biết liệu họ có cung cấp các dịch vụ này hay không. Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/coverage/advanced-primary-care-management-services](https://www.medicare.gov/coverage/advanced-primary-care-management-services) để tìm hiểu thêm.

Quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các dịch vụ này. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Nếu quý vị có **chương trình Medicare Advantage**, chi phí của quý vị cho các dịch vụ này có thể khác nhau. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết thông tin chi phí cụ thể.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu

Medicare chi trả cho dịch vụ sàng lọc tình trạng lạm dụng rượu dành cho người lớn có sử dụng rượu nhưng không đáp ứng các tiêu chí y khoa về tình trạng lệ thuộc rượu. Nếu **bác sĩ chăm sóc chính** hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị xác định rằng quý vị đang lạm dụng rượu, quý vị có thể được nhận tối đa 4 buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm. Quý vị phải được tư vấn trong một cơ sở chăm sóc ban đầu, như phòng khám của bác sĩ. Quý vị không phải 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 vận chuyển bằng xe cứu thương đường bộ đến bệnh viện, **bệnh viện tiếp cận thiết yếu**, **bệnh viện cấp cứu nông thôn** hoặc **cơ sở điều dưỡng chuyên môn** để nhận dịch vụ **cần thiết về mặt y tế** khi việc 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 cấp cứu bằng máy bay hoặc trực thăng nếu quý vị cần được vận chuyển cấp cứu ngay lập tức và nhanh chóng mà phương tiện vận chuyển đường bộ không thể đáp ứng.

Trong một số trường hợp, Medicare có thể thanh toán cho dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương không khẩn cấp cần thiết về mặt y tế nếu quý vị có chỉ định bằng văn bản từ bác sĩ của mình nêu rõ rằng việc vận chuyển bằng xe cứu thương là cần thiết về mặt y tế. Ví dụ, một người mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD) có thể cần được vận chuyển bằng xe cứu thương đến cơ sở lọc máu và trở về vì lý do cần thiết về mặt y tế.

Medicare chỉ chi trả cho việc vận chuyển bằng xe cứu thương đến cơ sở y tế phù hợp gần nhất có khả năng cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Quý vị thanh toán 20% của số tiền được Medicare phê duyệt. Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Các trung tâm phẫu thuật ngoại trú

Medicare chi trả các khoản phí dịch vụ cơ sở liên quan đến các thủ thuật phẫu thuật được phê duyệt được thực hiện tại một trung tâm phẫu thuật ngoại trú (cơ sở ngoại trú thực hiện các thủ thuật phẫu thuật), và quý vị được dự kiến sẽ được xuất viện trong vòng 24 giờ. Ngoại trừ một số **dịch vụ phòng ngừa** (đối với những dịch vụ này, quý vị không phải trả gì nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**), quý vị phải trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho cả trung tâm phẫu thuật ngoại trú và bác sĩ điều trị cho quý vị. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng. Quý vị phải thanh toán toàn bộ phí dịch vụ cơ sở cho các thủ thuật mà Medicare không chi trả tại các trung tâm phẫu thuật ngoại trú.



Chi phí & phạm vi bảo hiểm: Tìm hiểu quý vị có thể phải trả bao nhiêu cho các thủ thuật này.

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

Phẫu thuật điều trị béo phì

Medicare chi trả một số thủ thuật phẫu thuật điều trị béo phì, như phẫu thuật nối tắt dạ dày và phẫu thuật đặt vòng thắt nội soi, khi quý vị đáp ứng một số điều kiện nhất định liên quan đến béo phì bệnh lý. Truy cập [Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery](https://www.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery) để biết thông tin về chi phí.

Dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi

Nếu quý vị có một tình trạng sức khỏe hành vi (như trầm cảm, lo âu hoặc một tình trạng sức khỏe tâm thần khác), Medicare có thể thanh toán cho nhà cung cấp của quý vị để giúp quản lý 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, chẳng hạn như Mô hình Chăm sóc Phối hợp Tâm thần (một nhóm dịch vụ sức khỏe hành vi tích hợp, bao gồm lập kế hoạch chăm sóc, đánh giá liên tục, hỗ trợ dùng thuốc và tư vấn).

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

Máu

Nếu nhà cung cấp dịch vụ nhận máu miễn phí từ ngân hàng máu, quý vị sẽ không phải trả tiền hoặc bù lại lượng máu đó. Tuy nhiên, quý vị sẽ phải trả một **đồng thanh toán** cho các dịch vụ xử lý và bảo quản đối với mỗi đơn vị máu mà quý vị nhận được. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Nếu nhà cung cấp phải mua máu cho quý vị, quý vị phải hoặc thanh toán chi phí của nhà cung cấp cho 3 đơn vị máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong một năm dương lịch, hoặc quý vị hay người khác có thể hiến máu.



Dịch vụ phòng ngừa

Đo khối lượng xương

Xét nghiệm này giúp xác định xem quý vị có nguy cơ bị gãy xương hay không. Medicare chi trả cho dịch vụ này một lần mỗi 24 tháng (thường xuyên hơn nếu **cần thiết về mặt y tế**) đối với những người có một số tình trạng y tế nhất định (như có thể bị loãng xương) hoặc đáp ứng các điều kiện khác. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Phục hồi chức năng tim mạch

Medicare đài thọ các chương trình toàn diện bao gồm tập luyện, giáo dục và tư vấn nếu quý vị đã mắc ít nhất một trong các tình trạng sau:

- Một cơn đau tim trong 12 tháng qua
- Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành
- Hiện đang bị đau thắt ngực ổn định (đau ngực)
- Phẫu thuật sửa chữa hoặc thay van tim
- Phẫu thuật nong mạch vành (một thủ thuật y tế được sử dụng để mở động mạch bị tắc nghẽn) hoặc đặt stent động mạch vành (một thủ thuật được sử dụng để giữ cho động mạch luôn mở)
- Ghép tim hoặc ghép tim và phổi
- Suy tim mạn tính ổn định

Medicare chi trả các chương trình phục hồi chức năng tim mạch thường quy và chuyên sâu. Medicare chi trả các dịch vụ tại phòng khám bác sĩ hoặc cơ sở ngoại trú của bệnh viện. Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** nếu quý vị nhận dịch vụ tại phòng khám của bác sĩ, và một khoản **đồng thanh toán** trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Liệu pháp hành vi tim mạch

Medicare chi trả một lần khám liệu pháp hành vi tim mạch mỗi năm với **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị hoặc nhà cung cấp chăm sóc chính khác trong cơ sở chăm sóc chính (như văn phòng của họ) để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch của quý vị. Trong lần khám này, bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu phù hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị và đưa ra cho quý vị các lời khuyên về chế độ ăn uống và tập thể dục. Quý vị không phải trả gì nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp chăm sóc chính khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.



Dịch vụ phòng ngừa

Khám sàng lọc bệnh tim mạch

Các xét nghiệm sàng lọc này bao gồm xét nghiệm máu để đo mức cholesterol, lipid và triglyceride, giúp phát hiện các tình trạng có thể dẫn đến đau tim hoặc đột quỵ. Medicare chi trả các xét nghiệm máu sàng lọc này một lần mỗi 5 năm. Quý vị không phải trả gì cho các xét nghiệm nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thanh toán theo mức quy định.

Dịch vụ đào tạo người chăm sóc

Medicare chi trả cho việc đào tạo dành cho gia đình hoặc người chăm sóc không được trả lương của quý vị để học hỏi và phát triển các kỹ năng nhằm hỗ trợ quý vị với kế hoạch điều trị của mình (như cho thuốc, chăm sóc cá nhân hóa, và các dịch vụ khác). Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị xác định rằng việc đào tạo người chăm sóc là phù hợp với kế hoạch điều trị của quý vị, người chăm sóc của quý vị có thể nhận các buổi đào tạo cá nhân hoặc theo nhóm từ một nhà cung cấp đủ điều kiện mà không cần quý vị có mặt. Các dịch vụ này có sẵn trực tiếp và thông qua chăm sóc sức khỏe từ xa. Việc đào tạo phải tập trung vào các mục tiêu sức khỏe của quý vị, và quá trình điều trị của quý vị phải cần đến sự hỗ trợ của người chăm sóc để đạt hiệu quả. Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo

Medicare chi trả các xét nghiệm Pap và khám vùng chậu để kiểm tra ung thư cổ tử cung và âm đạo. Trong khuôn khổ khám vùng chậu, Medicare cũng chi trả cho khám vú lâm sàng để kiểm tra ung thư vú. Medicare chi trả các xét nghiệm sàng lọc này một lần mỗi 24 tháng trong hầu hết các trường hợp. Medicare chi trả 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 âm đạo, hoặc nếu quý vị đang trong độ tuổi sinh đẻ và đã có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 36 tháng qua.

Medicare cũng chi trả cho xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) (trong khuôn khổ xét nghiệm Pap) 5 năm một lần nếu quý vị từ 30–65 tuổi và không có triệu chứng nhiễm HPV.

Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho xét nghiệm Pap tại phòng thí nghiệm, xét nghiệm HPV tại phòng thí nghiệm cùng với xét nghiệm Pap, việc lấy mẫu xét nghiệm Pap, cũng như khám vùng chậu và khám vú nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Hóa trị liệu

Medicare chi trả cho hóa trị tại phòng khám của bác sĩ, phòng khám độc lập hoặc cơ sở ngoại trú của bệnh viện nếu quý vị mắc ung thư. Quý vị phải trả một **đồng thanh toán** cho hóa trị trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện. Khoản đồng thanh toán không được vượt quá thời gian nằm viện theo Phần A **khấu trừ**.

Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho hóa trị tại phòng khám của bác sĩ hoặc phòng khám độc lập. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Để biết thông tin về chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện được Medicare Phần A chi trả, vui lòng truy cập trang 29–30.

Dịch vụ nắn chỉnh cột sống

Medicare chỉ chi trả cho việc nắn chỉnh cột sống để điều chỉnh tình trạng bán trật khớp (khi các khớp cột sống không vận động đúng cách nhưng sự tiếp xúc giữa các khớp vẫn còn nguyên vẹn) nếu chuyên gia nắn chỉnh cột sống sử dụng tay hoặc một thiết bị gọi là “activator”. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Dịch vụ quản lý chăm sóc bệnh mạn tính

Nếu quý vị có 2 hoặc nhiều tình trạng mạn tính nghiêm trọng (như viêm khớp và tiểu đường) mà quý vị dự kiến sẽ kéo dài ít nhất một năm, Medicare có thể chi trả cho sự hỗ trợ của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để quản lý những tình trạng đó. Điều này bao gồm một kế hoạch chăm sóc toàn diện liệt kê các vấn đề sức khỏe và mục tiêu của quý vị, các nhà cung cấp khác, thuốc men, các dịch vụ cộng đồng quý vị đang có và cần, cùng các thông tin sức khỏe khác. Nó cũng bao gồm quyền truy cập 24/7 đối với nhu cầu chăm sóc khẩn cấp của, hỗ trợ khi quý vị chuyển từ một cơ sở chăm sóc sức khỏe sang cơ sở khác, xem xét các loại thuốc của quý vị và cách dùng, cùng với hỗ trợ cho các nhu cầu chăm sóc mạn tính khác.

Nếu quý vị đồng ý nhận dịch vụ này, nhà cung cấp của quý vị sẽ chuẩn bị kế hoạch chăm sóc cho quý vị hoặc người chăm sóc của quý vị, trong đó giải thích dịch vụ chăm sóc quý vị cần và cách các nhà cung cấp của quý vị sẽ phối hợp dịch vụ đó.

Khoản khấu trừ Phần B và **đồng bảo hiểm** áp dụng. Nếu quý vị có bảo hiểm bổ sung, bao gồm **Medicaid**, bảo hiểm đó có thể giúp chi trả phí hàng tháng.

Dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính

Medicare chi trả các dịch vụ hàng tháng cho những người sống chung với cơn đau mạn tính (cơn đau kéo dài hoặc tái phát kéo dài hơn 3 tháng). Các dịch vụ có thể bao gồm đánh giá đau, quản lý thuốc, và điều phối và lập kế hoạch chăm sóc. Phần B **khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** áp dụng.

Các nghiên cứu lâm sàng

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

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia một **chương trình Medicare Advantage, Original Medicare** có thể chi trả một số chi phí cùng với Chương trình Medicare Advantage của quý vị. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết chi tiết về phạm vi bảo hiểm cho các nghiên cứu lâm sàng.

Dịch vụ đánh giá nhận thức và kế hoạch chăm sóc

Khi quý vị đến khám với nhà cung cấp dịch vụ y tế 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 sa sút trí tuệ, bao gồm bệnh Alzheimer. Các dấu hiệu của suy giảm nhận thức bao gồm khó nhớ, học điều mới, tập trung, quản lý tài chính và đưa ra quyết định. Các tình trạng như trầm cảm, lo âu và mê sảng cũng có thể gây lú lẫn, vì vậy điều quan trọng là phải hiểu lý do vì sao quý vị có thể đang có các triệu chứng.

Medicare chi trả cho một lần khám riêng với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để thực hiện đánh giá đầy đủ về chức năng nhận thức của quý vị, xác lập hoặc xác nhận chẩn đoán như sa sút trí tuệ hoặc bệnh Alzheimer, và xây dựng một kế hoạch chăm sóc. Quý vị có thể đưa theo một người cùng đi, chẳng hạn như vợ/chồng, bạn bè hoặc người chăm sóc, để giúp cung cấp thông tin và trả lời các câu hỏi.

Trong lần khám này, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể:

- Thực hiện khám, trao đổi với quý vị về tiền sử bệnh lý 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 sự chăm sóc mà người chăm sóc thường xuyên của quý vị có thể cung cấp.
- Tạo một kế hoạch chăm sóc để giúp giải quyết và kiểm soát các triệu chứng của quý vị.
- Giúp quý vị xây dựng hoặc cập nhật kế hoạch chăm sóc trước của quý vị (trang 33).
- Giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa, nếu cần.
- Giúp quý vị hiểu rõ hơn về các nguồn lực cộng đồng, như các dịch vụ phục hồi chức năng, các chương trình chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, và các nhóm hỗ trợ.

Khấu trừ và đồng bảo hiểm của Phần B được áp dụng.

Một số người sống chung với chứng sa sút trí tuệ (và người chăm sóc không được trả lương của họ) có thể nhận được hỗ trợ bổ sung thông qua “Mô hình Hướng dẫn Cải thiện Trải nghiệm Sa sút Trí tuệ” **mà không phải trả đồng bảo hiểm**. Hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để biết thêm thông tin và để tìm hiểu xem họ có tham gia hay không. Để biết thêm thông tin về các phương pháp điều trị được bảo hiểm cho bệnh Alzheimer, hãy truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc ung thư đại trực tràng

Medicare chi trả cho các xét nghiệm sàng lọc này nhằm giúp phát hiện các khối tăng sinh tiền ung thư (các khối tăng sinh trong đại tràng) hoặc phát hiện sớm ung thư đại tràng và trực tràng, khi việc điều trị đạt hiệu quả cao nhất. Medicare có thể chi trả một hoặc nhiều xét nghiệm sàng lọc sau đây:

- **Sàng lọc nội soi đại tràng:** Medicare chi trả cho xét nghiệm sàng lọc này một lần cứ mỗi 120 tháng (hoặc cứ mỗi 24 tháng nếu quý vị có nguy cơ cao) hoặc 48 tháng sau một lần nội soi đại tràng sigma mềm trước đó. Không có yêu cầu về độ tuổi tối thiểu. Nếu ban đầu quý vị thực hiện xét nghiệm sàng lọc không xâm lấn dựa trên mẫu phân (xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân hoặc xét nghiệm ADN đa mục tiêu trong phân), hoặc xét nghiệm sàng lọc dấu ấn sinh học trong máu và nhận được kết quả dương tính, Medicare cũng chi trả cho lần nội soi đại tràng tiếp theo như một xét nghiệm sàng lọc. Quý vị không phải trả gì cho (các) xét nghiệm sàng lọc nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.
- **Chụp cắt lớp vi tính (CT) đại tràng:** Medicare chi trả cho xét nghiệm sàng lọc này một lần mỗi 24 tháng nếu quý vị từ 45 tuổi trở lên và có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng. Nếu quý vị không thuộc nhóm nguy cơ cao, Medicare chi trả cho xét nghiệm này một lần mỗi 60 tháng, hoặc 48 tháng sau một lần nội soi đại tràng sigma hoặc nội soi đại tràng trước đó. Quý vị không phải trả gì nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận thanh toán theo mức quy định.
- **Nội soi đại tràng sigma mềm:** Medicare chi trả cho xét nghiệm này một lần mỗi 48 tháng nếu quý vị từ 45 tuổi trở lên, hoặc 120 tháng sau một lần nội soi đại tràng sàng lọc trước đó nếu quý vị không thuộc nhóm nguy cơ cao. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Nếu bác sĩ của quý vị phát hiện và cắt bỏ một polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi đại tràng hoặc nội soi đại tràng sigma mềm, quý vị phải trả 15% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho dịch vụ của bác sĩ. Trong bối cảnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện, quý vị cũng phải trả cho bệnh viện 15% **đồng bảo hiểm**. **Khấu trừ** Phần B không áp dụng.

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

Xét nghiệm ADN đa mục tiêu trong phân là xét nghiệm tại nhà được phân tích trong phòng thí nghiệm. Xét nghiệm dấu ấn sinh học trong máu được thực hiện tại phòng thí nghiệm. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Liệu pháp Áp lực Đường thở Dương Liên tục (CPAP)

Medicare có thể chi trả cho thời gian dùng thử thiết bị CPAP trong 12 tuần (bao gồm các phụ kiện) và liệu pháp CPAP nếu quý vị đã được chẩn đoán mắc chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Sau thời gian dùng thử, Medicare có thể tiếp tục chi trả cho thiết bị và liệu pháp CPAP nếu quý vị gặp trực tiếp bác sĩ và bác sĩ ghi nhận trong hồ sơ y tế của quý vị rằng quý vị đáp ứng một số điều kiện nhất định và CPAP đang mang lại hiệu quả cho quý vị.

Quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho việc thuê máy và mua các vật dụng liên quan (như mặt nạ và ống dẫn khí). **Khấu trừ** Phần B được áp dụng. Medicare thanh toán cho nhà cung cấp để thuê máy trong 13 tháng nếu quý vị đã sử dụng máy liên tục không gián đoạn. Sau khi quý vị đã thuê máy trong 13 tháng, quý vị sẽ sở hữu máy đó.

Lưu ý: Medicare có thể chi trả cho việc thuê hoặc thay thế máy CPAP và/hoặc các phụ kiện CPAP nếu quý vị đã có máy CPAP trước khi tham gia Medicare, và quý vị đáp ứng một số yêu cầu nhất định.



Dịch vụ phòng ngừa

Tư vấn để ngăn ngừa sử dụng thuốc lá và bệnh do thuốc lá gây ra

Medicare chi trả tối đa 8 lần khám trực tiếp trong thời gian 12 tháng để giúp quý vị ngừng hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các buổi tư vấn nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Máy khử rung tim

Medicare có thể chi trả cho máy khử rung tim cấy ghép nếu quý vị đã được chẩn đoán suy tim. Nếu ca phẫu thuật diễn ra trong cơ sở ngoại trú, quý vị phải trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho 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 cao hơn khoản khấu trừ cho thời gian nằm viện Phần A. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Phần A đòi hỏi các ca phẫu thuật cấy máy khử rung tim trong cơ sở bệnh viện nội trú. Đi đến trang 29–30 để biết chi phí nằm viện nội trú.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc trầm cảm

Medicare chi trả một lần sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Trong quá trình sàng lọc, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác sẽ đặt câu hỏi để xác định xem quý vị có bị trầm cảm hay không. Việc sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc ban đầu (như phòng khám của bác sĩ), nơi quý vị có thể được điều trị theo dõi và/hoặc **gợi thiệu** được giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần. Quý vị không phải trả gì cho dịch vụ sàng lọc này nếu bác sĩ của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp Truy cập trang 49 để biết thêm thông tin về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Nếu quý vị hoặc người quen của quý vị đang gặp khó khăn hoặc rơi vào khủng hoảng và muốn trò chuyện với một chuyên viên tư vấn khủng hoảng đã qua đào tạo, **hãy gọi hoặc nhắn tin đến số 988**, Đường dây Hỗ trợ Khủng hoảng và Ngăn ngừa Tự tử miễn phí và bảo mật. Quý vị cũng có thể kết nối với một cố vấn qua trò chuyện trên web tại **988lifeline.org**.

Thiết bị, vật dụng & giày trị liệu dành cho bệnh tiểu đường

Medicare chi trả insulin được sử dụng cùng với máy bơm và cho chính máy bơm đó dưới dạng thiết bị y tế lâu bền. Medicare cũng chi trả cho máy đo đường huyết và máy theo dõi đường huyết liên tục được sử dụng để đo mức đường huyết (đường trong máu) của quý vị, cùng với các vật dụng liên quan. Ngoài ra, Medicare chi trả cho một đôi giày có độ sâu tăng thêm hoặc giày đúc theo khuôn riêng mỗi năm, cũng như miếng lót giày hoặc việc điều chỉnh giày dành cho những người có các vấn đề cụ thể ở bàn chân liên quan đến bệnh tiểu đường.

Quý vị thanh toán 20% số tiền được Medicare chấp thuận nếu nhà cung cấp của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng.

Quan trọng! Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) có thể chi trả insulin mà quý vị tự tiêm, một số vật dụng y tế dùng cho việc tiêm insulin (như ống tiêm), bơm dùng một lần, và một số thuốc uống điều trị tiểu đường. Kiểm tra với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin. Chi phí của một nguồn cung cấp một tháng của từng sản phẩm insulin được bảo hiểm không vượt quá \$35 (trang 92). Các giới hạn chi phí tương tự áp dụng cho insulin truyền thống được sử dụng trong các bơm insulin được Medicare Phần B chi trả.



Dịch vụ phòng ngừa

Khám sàng lọc bệnh tiểu đường

Medicare chi trả tối đa 2 lần sàng lọc xét nghiệm glucose máu (đường huyết) mỗi năm nếu bác sĩ của quý vị xác định rằng quý vị có nguy cơ mắc bệnh tiểu đường. Các xét nghiệm sàng lọc này có thể là xét nghiệm glucose lúc đói hoặc không lúc đói, xét nghiệm A1C, hoặc các xét nghiệm glucose khác được Medicare phê duyệt khi phù hợp. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp. Nếu quý vị phát hiện mình bị tiền đái tháo đường, quý vị có thể đủ điều kiện tham gia Chương trình Phòng ngừa Tiểu đường của Medicare (trang 48).



Dịch vụ phòng ngừa

Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường

Medicare chi trả đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường ngoại trú để hướng dẫn quý vị cách quản lý bệnh tiểu đường của mình. Chương trình có thể bao gồm các mẹo về ăn uống lành mạnh, vận động thể chất, theo dõi glucose máu (đường huyết), dùng thuốc theo toa và giảm thiểu rủi ro. Quý vị phải được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường và có chỉ định bằng văn bản từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để nhận dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế (trang 48). Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**. Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Lưu ý: Quý vị có thể được bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hướng dẫn cách tự quản lý bệnh tiểu đường thông qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Truy cập [adcs.org/program-finder](https://www.adcs.org/program-finder) để tìm các chương trình được chứng nhận gần quý vị.

Dịch vụ của bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Medicare chi trả **cần thiết về mặt y tế** dịch vụ bác sĩ (bao gồm dịch vụ ngoại trú và một số dịch vụ bác sĩ nội trú tại bệnh viện) và nhiều **dịch vụ phòng ngừa**. Medicare chi trả các dịch vụ mà quý vị nhận được từ bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, như bác sĩ chuyên khoa chân, bác sĩ đo thị lực, bác sĩ nắn xương, trợ lý bác sĩ, y tá hành nghề, y tá chuyên khoa lâm sàng, nhân viên công tác xã hội lâm sàng, nhà vật lý trị liệu, nhà trị liệu nghề nghiệp, nhà bệnh học ngôn ngữ - lời nói, và nhà tâm lý học lâm sàng. Ngoại trừ một số dịch vụ phòng ngừa nhất định (đối với các dịch vụ này, quý vị có thể không phải trả gì nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận thanh toán theo mức được chỉ định), quý vị phải trả 20% của số tiền được Medicare chấp thuận cho hầu hết các dịch vụ. Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Quan trọng! Nếu quý vị chưa nhận được dịch vụ từ bác sĩ hoặc phòng khám nhóm của mình trong 3 năm qua, họ có thể xem quý vị là bệnh nhân mới. Hãy kiểm tra với bác sĩ hoặc nhóm hành nghề để biết họ có đang tiếp nhận bệnh nhân mới hay không.

Thuốc

Phần B đài thọ một số lượng hạn chế các thuốc theo toa ngoại trú, như:

- Hầu hết các loại thuốc tiêm và truyền khi được một nhà cung cấp y tế được cấp phép cung cấp chúng
- Một số thuốc chống ung thư đường uống và thuốc chống buồn nôn dùng trong điều trị ung thư
- Các loại thuốc được sử dụng với một số loại thiết bị y tế lâu bền (như máy khí dung hoặc bơm truyền dịch ngoài)
- Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để sử dụng tại nhà
- Thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) được FDA phê duyệt để phòng ngừa HIV
- Một số thuốc quý vị nhận được trong cơ sở điều trị ngoại trú của bệnh viện (trong những trường hợp rất hạn chế)
- Một số yếu tố đông máu nhất định cho các rối loạn đông máu do bệnh ưa chảy máu
- Tất cả các thuốc và sản phẩm sinh học dùng cho lọc máu thận (trang 47)

Lưu ý: Nếu quý vị nhận các thuốc theo toa không được đài thọ, quý vị phải tự trả 100% chi phí của các thuốc đó, trừ khi quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) hoặc bảo hiểm thuốc khác. Truy cập trang 83–94 để biết thêm thông tin về bảo hiểm thuốc Medicare.

Đối với một số loại thuốc được sử dụng cùng với máy bơm truyền dịch ngoài cơ thể và Globulin Miễn dịch tiêm tĩnh mạch sử dụng tại nhà, Medicare cũng có thể chi trả cho các dịch vụ (như các buổi thăm khám của điều dưỡng) theo quyền lợi liệu pháp truyền dịch tại nhà và quyền lợi Globulin Miễn dịch tiêm tĩnh mạch (trang 47). Phần B cũng đài thọ một số loại thuốc để điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện khi nhà cung cấp dịch vụ tiêm/truyền chúng tại phòng khám bác sĩ hoặc trong cơ sở bệnh viện ngoại trú. Quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho những loại thuốc này.

Khấu trừ Phần B được áp dụng. Quý vị sẽ không phải trả bất kỳ **đồng thanh toán** nào cho các dịch vụ này nếu quý vị nhận các dịch vụ đó từ một Chương trình Điều trị Opioid đã ghi danh Medicare (trang 50).

Các bác sĩ và nhà thuốc phải chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** đối với các thuốc được Phần B chi trả, vì vậy quý vị không bao giờ nên bị yêu cầu trả nhiều hơn **đồng bảo hiểm** hoặc khoản đồng thanh toán cho chính thuốc thuộc Phần B.

Quan trọng! Đồng bảo hiểm của quý vị có thể thay đổi tùy theo giá của thuốc theo toa của quý vị. Quý vị có thể phải trả đồng bảo hiểm thấp hơn đối với một số thuốc và chế phẩm sinh học được Medicare Phần B chi trả khi quý vị nhận thuốc tại văn phòng bác sĩ hoặc nhà thuốc, hoặc trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện, nếu giá của các loại thuốc này đã tăng cao hơn tỷ lệ lạm phát. Các loại thuốc cụ thể và khoản tiết kiệm tiềm năng thay đổi mỗi quý.

Nếu các thuốc được Medicare Phần B chi trả mà quý vị nhận được trong cơ sở điều trị ngoại trú của bệnh viện là một phần của các dịch vụ ngoại trú của quý vị, quý vị phải trả khoản đồng thanh toán cho các dịch vụ đó. Phần B không đài thọ “thuốc tự dùng” trong cơ sở điều trị ngoại trú của bệnh viện. Thuốc tự dùng là những loại thuốc mà quý vị thường có thể tự sử dụng.

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc tự dùng trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện phụ thuộc vào việc quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) hay bảo hiểm thuốc khác hay không, và liệu nhà thuốc của bệnh viện có nằm trong mạng lưới của chương trình thuốc của quý vị hay không. Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc khác, chương trình thuốc của quý vị có thể chi trả cho các loại thuốc mà Phần B có thể không chi trả. Hãy liên hệ với chương trình thuốc của quý vị để tìm hiểu số tiền quý vị phải trả khi Phần B không chi trả cho các loại thuốc quý vị nhận được tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện.

Thiết bị y tế lâu bền (DME)

Medicare chi trả cho các vật dụng **cần thiết về mặt y tế** như ôxy và thiết bị ôxy, khung tập đi và giường bệnh khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chỉ định các vật dụng này để sử dụng tại nhà. Quý vị phải thuê hầu hết các vật dụng, nhưng quý vị cũng có thể mua một số vật dụng. Một số vật phẩm sẽ trở thành tài sản của quý vị sau khi quý vị đã thực hiện một số khoản thanh toán thuê nhất định. Thiết bị đắt tiền hơn, như xe lăn và giường bệnh, sẽ thuộc sở hữu của quý vị sau 13 tháng thanh toán tiền thuê. Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**.

Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Đảm bảo rằng các nhà cung cấp DME của quý vị đã ghi danh và sẽ chấp nhận thanh toán theo thỏa thuận chi trả trực tiếp.

Medicare chỉ thanh toán cho các mặt hàng DMEPOS nếu quý vị nhận chúng từ các nhà cung cấp đã ghi danh trong Medicare. Điều quan trọng nữa là hỏi các nhà cung cấp của quý vị xem họ có tham gia Medicare hay sẽ chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** các yêu cầu thanh toán của quý vị trước khi quý vị nhận DME. Nếu các nhà cung cấp là nhà cung cấp tham gia, họ phải chấp nhận thanh toán theo chỉ định đối với khoản yêu cầu thanh toán của quý vị (điều đó có nghĩa là họ chỉ có thể tính cho quý vị khoản khấu trừ Phần B và **đồng bảo hiểm** đối với số tiền được Medicare chấp thuận). Một nhà cung cấp không tham gia không bắt buộc phải chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp, nhưng có thể chọn làm như vậy trong trường hợp của quý vị. Nếu các nhà cung cấp DME không phải là nhà cung cấp tham gia hoặc không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp, quý vị có thể bị tính thêm các khoản phí bổ sung. Đối với DME thuê, hãy bảo đảm rằng nhà cung cấp sẵn sàng chấp nhận chỉ định cho tất cả các tháng thuê. Nếu yêu cầu không được chỉ định, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí của DME trước. Nếu điều này xảy ra, Medicare sẽ thanh toán cho quý vị sau đối với số tiền mà chương trình chi trả sau khi các yêu cầu thanh toán của quý vị đã được nộp và được Medicare xử lý.

Sàng lọc điện tâm đồ (EKG hoặc ECG)

Medicare chi trả cho một lần sàng lọc điện tâm đồ EKG/ECG định kỳ nếu quý vị nhận được **giới thiệu** từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác trong lần khám “Chào mừng đến với Medicare” một lần của quý vị (trang 56–57). Sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của Phần B, quý vị sẽ trả 20% của số tiền được Medicare chấp thuận. Medicare cũng chi trả các xét nghiệm EKG hoặc ECG như các xét nghiệm chẩn đoán (trang 54). Quý vị cũng phải trả một **đồng thanh toán** nếu quý vị thực hiện xét nghiệm tại bệnh viện hoặc phòng khám thuộc sở hữu của bệnh viện.

Dịch vụ khoa cấp cứu

Medicare chi trả các dịch vụ này khi quý vị bị thương, mắc bệnh đột ngột, hoặc mắc một bệnh trở nặng rất nhanh. Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán cho mỗi lần đến khoa cấp cứu và 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho dịch vụ của bác sĩ. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Nếu bác sĩ của quý vị cho quý vị nhập viện tại cùng một bệnh viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, chi phí của quý vị có thể khác.

Khám bệnh trực tuyến

Medicare chi trả cho các lần khám trực tuyến để cho phép quý vị trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ y tế của mình thông qua cổng thông tin bệnh nhân trực tuyến mà không cần đến văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ y tế. Các nhà cung cấp có thể cung cấp các dịch vụ này bao gồm bác sĩ, y tá hành nghề, y tá chuyên khoa lâm sàng, trợ lý bác sĩ, nhà vật lý trị liệu, nhà trị liệu nghề nghiệp và nhà bệnh học ngôn ngữ - lời nói. Nếu quý vị đang nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, quý vị có thể nhận các dịch vụ này từ nhân viên công tác xã hội lâm sàng được cấp phép, các nhà tâm lý học lâm sàng, các nhà trị liệu hôn nhân và gia đình, và các cố vấn sức khỏe tâm thần. Các lần khám điện tử khác với các lần kiểm tra trực tuyến và dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa.

Để được khám bệnh từ xa, quý vị phải yêu cầu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của mình cung cấp dịch vụ đó. Quý vị phải thanh toán 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị. Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Kính mắt

Medicare thường không chi trả cho kính mắt hoặc kính áp tròng. Tuy nhiên, chương trình có chi trả cho một cặp kính mắt với gọng tiêu chuẩn (hoặc một bộ kính áp tròng) sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể có cấy ghép thủy tinh thể nội nhãn. Medicare chỉ thanh toán cho kính áp tròng hoặc kính mắt từ một nhà cung cấp đã đăng ký tham gia Medicare, bất kể quý vị hay nhà cung cấp của quý vị nộp yêu cầu thanh toán. Sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ Phần B **khấu trừ**, quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho kính điều chỉnh sau phẫu thuật đục thủy tinh thể với thủy tinh thể nội nhãn.

Dịch vụ của Trung tâm Y tế Đủ điều kiện Liên bang

Các Trung tâm Y tế Đủ điều kiện Liên bang được đặt tại các khu vực nông thôn hoặc đô thị (bao gồm các khu vực thiếu hụt hoặc các khu vực có dân số chưa được thỏa đáng về mặt y tế). Họ cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện bao gồm chăm sóc ban đầu, quản lý bệnh mạn tính, sức khỏe tâm thần và nhiều dịch vụ khác. Không có khoản khấu trừ, và quý vị thường trả 20% chi phí hoặc số tiền được Medicare chấp thuận. Quý vị không phải trả gì cho hầu hết **dịch vụ phòng ngừa**. Các Trung tâm Y tế Đủ điều kiện Liên bang cũng có thể cung cấp mức phí thấp hơn dựa trên thu nhập của quý vị (được gọi là biểu phí biến đổi). Truy cập findahealthcenter.hrsa.gov để tìm một trung tâm y tế gần quý vị.



Dịch vụ phòng ngừa

Vắc xin cúm

Medicare chi trả vắc-xin cúm một lần mỗi mùa cúm. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho vắc-xin nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** để tiêm vắc-xin.

Chăm sóc bàn chân

Medicare chi trả cho việc khám hoặc điều trị bàn chân nếu quý vị bị tổn thương dây thần kinh ở cẳng chân liên quan đến bệnh tiểu đường, có thể làm tăng nguy cơ mất chi, hoặc nếu quý vị cần điều trị **cần thiết về mặt y tế** cần thiết về mặt y tế đối với các chấn thương hoặc bệnh lý ở bàn chân, như ngón chân hình búa, biến dạng ngón chân cái vẹo ngoài và gai gót chân. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho điều trị cần thiết về mặt y tế mà bác sĩ của quý vị phê duyệt. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Quý vị cũng phải trả một **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

Khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp

Medicare chi trả cho dịch vụ sàng lọc này 12 tháng một lần nếu quý vị có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp. Quý vị có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp nếu đáp ứng ít nhất một trong các điều kiện sau: Quý vị mắc bệnh tiểu đường, có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, là người Mỹ gốc Phi và từ 50 tuổi trở lên, hoặc là người gốc Tây Ban Nha và từ 65 tuổi trở lên. Một bác sĩ nhãn khoa được pháp luật cho phép thực hiện sàng lọc bệnh tăng nhãn áp tại tiểu bang của quý vị phải trực tiếp thực hiện hoặc giám sát việc sàng lọc. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Quý vị cũng phải trả khoản đồng thanh toán trong cơ sở khám ngoại trú của bệnh viện.

Khám thính lực & khám thẳng bằng

Medicare chi trả các xét nghiệm chẩn đoán về thính lực và thẳng bằng (nguy cơ té ngã) nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị chỉ định để xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không.

Quý vị có thể đến gặp bác sĩ thính học một lần mỗi 12 tháng mà không cần giấy chỉ định từ 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 tình trạng suy giảm thính lực xảy ra trong nhiều năm) và đối với các dịch vụ chẩn đoán liên quan đến suy giảm thính lực được điều trị bằng thiết bị thính giác cấy ghép phẫu thuật.

Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng. Quý vị cũng phải trả **đồng thanh toán** trong cơ sở khám ngoại trú của bệnh viện.

Lưu ý: **Original Medicare** không chi trả cho máy trợ thính hoặc các khám để đo chỉnh máy trợ thính.



Dịch vụ phòng ngừa

Vắc xin viêm gan B

Medicare chi trả vắc xin viêm gan B nếu quý vị đáp ứng ít nhất **một** trong các điều kiện sau:

- Quý vị chưa bao giờ được tiêm đầy đủ một loạt vắc-xin viêm gan B.
- Quý vị không biết lịch sử tiêm chủng của mình.
- Quý vị có tình trạng hoặc hoàn cảnh khiến quý vị có nguy cơ trung bình hoặc cao mắc bệnh viêm gan B (như bệnh tiểu đường, Bệnh Thận Giai đoạn Cuối hoặc ESRD, hoặc sống cùng người mắc bệnh viêm gan B).

Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nếu quý vị có thắc mắc về việc tiêm vắc-xin. Quý vị không phải trả gì cho vắc-xin nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** để tiêm vắc-xin cho quý vị.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc nhiễm vi-rút viêm gan B

Medicare chi trả các xét nghiệm sàng lọc nhiễm vi-rút viêm gan B nếu bác sĩ của quý vị chỉ định.

Medicare cũng chi trả cho các xét nghiệm sàng lọc:

- Hàng năm, chỉ khi quý vị vẫn có nguy cơ cao liên tục và không tiêm vắc-xin viêm gan B.
- Nếu quý vị đang mang thai, vào những thời điểm sau đây, ngay cả khi quý vị trước đây đã tiêm vắc-xin viêm gan B hoặc có kết quả sàng lọc âm tính:
 - Lần khám thai đầu tiên
 - Thời điểm sinh con đối với những người có các yếu tố nguy cơ mới hoặc tiếp tục

Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho xét nghiệm sàng lọc nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thanh toán theo mức được Medicare quy định.



Dịch vụ phòng ngừa

Khám sàng lọc nhiễm vi-rút viêm gan C

Medicare chi trả cho xét nghiệm sàng lọc viêm gan C hàng năm nếu quý vị có nguy cơ cao do vẫn tiếp tục sử dụng ma túy bất hợp pháp qua đường tiêm kể từ lần xét nghiệm sàng lọc viêm gan C trước đó. Medicare cũng chi trả cho xét nghiệm này một lần nếu:

- Quý vị có nguy cơ cao vì quý vị đã được truyền máu trước năm 1992 hoặc từng sử dụng ma túy bất hợp pháp qua đường tiêm.
- Quý vị sinh trong khoảng từ 1945–1965 và không được xem là có nguy cơ cao.

Medicare chỉ chi trả xét nghiệm sàng lọc viêm gan C nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị chỉ định xét nghiệm này. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho xét nghiệm sàng lọc nếu **bác sĩ chăm sóc chính** nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.



Dịch vụ phòng ngừa

Xét nghiệm sàng lọc HIV (Virus gây suy giảm miễn dịch ở người)

Medicare chi trả các xét nghiệm sàng lọc HIV một lần mỗi năm nếu quý vị:

- Trong độ tuổi từ 15–65.
- Dưới 15 tuổi hoặc trên 65 tuổi, và có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn.

Medicare cũng chi trả cho xét nghiệm sàng lọc này tối đa 3 lần trong suốt thai kỳ. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm sàng lọc HIV nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Medicare chi trả nhiều dịch vụ sàng lọc và dịch vụ hơn nếu quý vị có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn (trang 51).

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Medicare chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà theo Phần A và/hoặc Phần B. Medicare chi trả **cần thiết về mặt y tế** dịch vụ điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc gián đoạn, vật lý trị liệu, các dịch vụ ngôn ngữ và lời nói, hoặc các dịch vụ trị liệu vận động tiếp tục. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà cũng có thể bao gồm các dịch vụ xã hội y tế, dịch vụ trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc không liên tục, thiết bị y tế lâu bền và vật dụng y tế để sử dụng tại nhà. “Bán thời gian hoặc không liên tục” có nghĩa là quý vị có thể được nhận dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ của nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà tối đa 8 giờ mỗi ngày (tổng cộng), với thời lượng tối đa là 28 giờ mỗi tuần (hoặc tối đa 35 giờ mỗi tuần trong một số trường hợp hạn chế).

Trước khi quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác (như một y tá hành nghề, y tá chuyên khoa lâm sàng, hoặc trợ lý bác sĩ) phải khám trực tiếp cho quý vị và xác nhận rằng quý vị cần chăm sóc sức khỏe tại nhà. Họ cũng phải chỉ định việc chăm sóc của quý vị, và một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà được Medicare chứng nhận phải cung cấp dịch vụ đó. Nếu quý vị cần trị liệu vận động, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị trước tiên phải chỉ định liệu pháp này cùng với chăm sóc điều dưỡng, vật lý trị liệu hoặc bệnh lý ngôn ngữ - lời nói. Sau đó, quý vị vẫn có thể tiếp tục nhận liệu pháp trị liệu vận động riêng lẻ, ngay cả khi quý vị không còn cần các dịch vụ khác nữa.

Medicare chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà miễn là quý vị cần các dịch vụ chuyên môn bán thời gian hoặc không liên tục và quý vị “không thể rời khỏi nhà”, nghĩa là:

- Quý vị gặp khó khăn khi rời khỏi nhà nếu không có sự trợ giúp (chẳng hạn như sử dụng gậy, xe lăn, khung tập đi hoặc nạng; phương tiện vận chuyển chuyên dụng; hoặc sự trợ giúp của người khác) do bị bệnh hoặc chấn thương.
- Quý vị không nên rời khỏi nhà do tình trạng của mình.
- Thông thường, quý vị không thể rời khỏi nhà vì việc đó đòi hỏi rất nhiều nỗ lực.

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

Dịch vụ, thiết bị và vật dụng liệu pháp truyền dịch tại nhà

Medicare chi trả thiết bị và vật dụng (như máy bơm, giá truyền dịch, ống dẫn và ống thông) cho liệu pháp truyền dịch tại nhà để sử dụng một số thuốc truyền tĩnh mạch tại nhà. Medicare chi trả một số thiết bị và vật dụng nhất định (như bơm truyền dịch) và thuốc truyền dịch theo thiết bị y tế lâu bền (trang 43). Medicare cũng chi trả các dịch vụ (như các lần thăm khám của điều dưỡng), đào tạo cho người chăm sóc, và theo dõi bệnh nhân. Quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho các dịch vụ này và cho thiết bị cùng vật dụng mà quý vị sử dụng tại nhà. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng cho thiết bị và vật dụng.

Dịch vụ & vật dụng lọc máu thận

Thông thường, Medicare chi trả cho 3 lần lọc máu (hoặc số lần thăm phân phúc mạc liên tục ngoại trú tương đương) mỗi tuần nếu quý vị mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD). Điều này bao gồm thuốc và sản phẩm sinh học dùng trong lọc máu thận, xét nghiệm, đào tạo lọc máu tại nhà, các 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 trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng.

Giáo dục về bệnh thận

Medicare chi trả tối đa 6 buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận nếu quý vị mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 4, thường sẽ cần chạy thận nhân tạo hoặc 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 trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho mỗi buổi nếu quý vị nhận dịch vụ từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng.

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm

Medicare chi trả cho **cần thiết về mặt y tế** các xét nghiệm chẩn đoán lâm sàng khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị chỉ định thực hiện. Các xét nghiệm này có thể bao gồm một số xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu, một số xét nghiệm trên mẫu mô và một số xét nghiệm sàng lọc. Thông thường, quý vị không phải trả gì cho các xét nghiệm này khi quý vị thực hiện chúng tại một phòng xét nghiệm, nhà thuốc, bác sĩ hoặc bệnh viện chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.



Dịch vụ phòng ngừa

Tầm soát ung thư phổi

Medicare chi trả các xét nghiệm sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp một lần mỗi năm nếu quý vị đáp ứng các điều kiện sau:

- Quý vị đang ở độ tuổi từ 50–77.
- 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 thuốc lá trong vòng 15 năm qua.
- Quý vị có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 “gói-năm” (trung bình một gói—20 điếu thuốc—mỗi ngày trong 20 năm).
- Quý vị nhận được một chỉ định từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho xét nghiệm sàng lọc này nếu bác sĩ của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Trước lần sàng lọc ung thư phổi đầu tiên của quý vị, quý vị sẽ cần lên lịch hẹn với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để thảo luận về lợi ích và rủi ro của việc sàng lọc ung thư phổi nhằm quyết định xem việc sàng lọc có phù hợp với quý vị hay không.

Vật dụng điều trị phù bạch huyết bằng liệu pháp nén ép

Nếu quý vị bị phù bạch huyết, Medicare có thể chi trả cho trang phục tạo áp lực giảm dần theo toa của quý vị (loại tiêu chuẩn và loại được thiết kế vừa vặn theo số đo), băng quấn tạo áp lực giảm dần có dây đai điều chỉnh và vật dụng băng bó tạo áp lực. Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Chụp quang tuyến vú

Medicare chi trả cho một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc để kiểm tra ung thư vú mỗi 12 tháng nếu quý vị là phụ nữ từ 40 tuổi trở lên. Medicare chi trả một lần chụp quang tuyến vú cơ bản trong suốt cuộc đời của quý vị nếu quý vị là phụ nữ trong độ tuổi từ 35–39. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Phần B cũng đòi hỏi chụp quang tuyến vú chẩn đoán thường xuyên hơn một lần mỗi năm khi **cần thiết về mặt y tế**. Quý vị thanh toán 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho chụp quang tuyến vú chẩn đoán. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng.

Lưu ý: Medicare chỉ chi trả cho các dịch vụ siêu âm vú cần thiết về mặt y tế khi được bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chỉ định.



Dịch vụ phòng ngừa

Dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y khoa

Medicare chi trả cho các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế nếu quý vị mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận, hoặc nếu quý vị đã được ghép thận trong vòng 36 tháng qua và bác sĩ giới thiệu quý vị đến các dịch vụ này. Chỉ có một chuyên gia dinh dưỡng chuẩn định hoặc chuyên gia dinh dưỡng đáp ứng một số yêu cầu nhất định mới có thể cung cấp các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế. Nếu quý vị mắc bệnh tiểu đường, quý vị cũng có thể đủ điều kiện tham gia đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường (trang 41). Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ này nếu quý vị đủ điều kiện.



Dịch vụ phòng ngừa

Chương trình Phòng ngừa Bệnh tiểu đường của Medicare

Nếu quý vị bị tiền tiểu đường và đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện khác, Medicare chi trả một chương trình thay đổi hành vi sức khỏe để giúp quý vị ngăn ngừa bệnh tiểu đường loại 2. Chương trình Phòng ngừa Bệnh tiểu đường của Medicare bắt đầu với 16 buổi học chính hàng tuần do các huấn luyện viên hướng dẫn theo nhóm trong thời gian sáu tháng. Sau khi hoàn thành các buổi học chính, quý vị sẽ tham gia sáu buổi theo dõi hàng tháng để giúp quý vị duy trì các thói quen lành mạnh.

Mới!

Quý vị có thể tham dự các buổi trực tiếp hoặc trực tuyến. Nếu quý vị tham dự trực tuyến, quý vị có thể chọn các buổi học trực tiếp hoặc tự học theo tiến độ của mình. Không có giới hạn về số lần quý vị có thể ghi danh vào chương trình này. Quý vị có thể nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp Chương trình Phòng ngừa Bệnh tiểu đường của Medicare đã được phê duyệt.

Các nhà cung cấp này có thể là các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe truyền thống, các nhà cung cấp chỉ hoạt động trực tuyến, hoặc các tổ chức như trung tâm cộng đồng hoặc các tổ chức dựa trên đức tin. Để tìm nhà cung cấp hoặc tìm hiểu thêm về chương trình, hãy truy cập **[Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program)**.

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

Chăm sóc sức khỏe tâm thần (ngoại trú)

Medicare chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần để hỗ trợ các tình trạng sức khỏe tâm thần, như trầm cảm, lo âu và rối loạn sử dụng chất gây nghiện. Các buổi khám ngoại trú về sức khỏe tâm thần thường được gọi là tư vấn hoặc liệu pháp tâm lý và có thể được thực hiện theo hình thức cá nhân, trị liệu tâm lý nhóm hoặc gia đình, cũng như trong các tình huống khủng hoảng. Phạm vi chi trả bao gồm các dịch vụ thường được cung cấp trong môi trường ngoại trú (chẳng hạn như tại phòng khám của bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, khoa ngoại trú của bệnh viện hoặc qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa), bao gồm các buổi khám với bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ khác, chuyên gia tâm lý lâm sàng, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình, chuyên viên tư vấn sức khỏe tâm thần, điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng, nhân viên công tác xã hội lâm sàng, y tá hành nghề, hoặc trợ lý bác sĩ.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần được Medicare chi trả bao gồm:

- **Các dịch vụ điều trị nội trú bán phần** được Trung tâm Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng hoặc bệnh viện cung cấp cho bệnh nhân ngoại trú. Chương trình ban ngày có cấu trúc này cung cấp dịch vụ chăm sóc tâm thần chuyên sâu trong môi trường ngoại trú, thay vì nhập viện điều trị nội trú. Quý vị có thể được hưởng lợi từ điều trị nội trú bán phần nếu kế hoạch chăm sóc của quý vị yêu cầu quý vị nhận ít nhất 20 giờ dịch vụ trị liệu mỗi tuần.
- **Các dịch vụ của chương trình ngoại trú chuyên sâu** bao gồm chăm sóc tâm thần chuyên sâu, tư vấn và trị liệu. Các dịch vụ này có thể được cung cấp tại bệnh viện, Trung tâm Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng, Trung tâm Y tế Đủ điều kiện Liên bang, Phòng khám Sức khỏe Nông thôn, và Chương trình Điều trị Opioid (khi các dịch vụ được dùng để điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid). Quý vị có thể được hưởng lợi từ các dịch vụ của chương trình điều trị ngoại trú chuyên sâu nếu kế hoạch chăm sóc của quý vị nêu rằng quý vị cần ít nhất 9 giờ dịch vụ trị liệu mỗi tuần.

Dịch vụ nhập viện bán phần và dịch vụ ngoại trú chuyên sâu cung cấp số giờ chăm sóc mỗi ngày nhiều hơn so với chăm sóc mà quý vị sẽ nhận được tại phòng khám của bác sĩ hoặc nhà trị liệu. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage/mental-health-substance-use-disorder](https://www.medicare.gov/coverage/mental-health-substance-use-disorder).

Thông thường, quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**, và Phần B **khấu trừ** áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Quý vị cũng phải trả **đồng bảo hiểm** cho mỗi ngày dịch vụ mà quý vị nhận được tại cơ sở khám ngoại trú của bệnh viện hoặc Trung tâm Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng.

Phần A bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú mà quý vị nhận được tại bệnh viện (còn gọi là chăm sóc tâm thần). Truy cập trang 29–30 để biết thông tin về chi phí.



Dịch vụ phòng ngừa

Liệu pháp hành vi điều trị béo phì

Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể (BMI) từ 30 trở lên, Medicare chi trả 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 chi trả cho buổi tư vấn này nếu **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị hoặc nhà cung cấp chăm sóc chính khác cung cấp buổi tư vấn trong cơ sở chăm sóc chính (như phòng khám bác sĩ), nơi họ có thể phối hợp kế hoạch cá nhân hóa của quý vị với các dịch vụ chăm sóc khác của quý vị. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho dịch vụ này 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 trị liệu vận động

Medicare chi trả liệu pháp **cần thiết về mặt y tế** để giúp quý vị thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (như mặc quần áo hoặc tắm rửa). Quý vị có thể nhận liệu pháp này để giúp cải thiện hoặc duy trì các khả năng hiện tại, hoặc làm chậm tốc độ suy giảm của quý vị. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm y tá hành nghề, y tá chuyên khoa lâm sàng hoặc trợ lý bác sĩ, phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ này. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng opioid

Medicare chi trả các dịch vụ điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid mà quý vị nhận được thông qua một Chương trình Điều trị Opioid toàn diện (bao gồm cả các đơn vị lưu động của Chương trình Điều trị Opioid). Các dịch vụ này bao gồm thuốc điều trị Rối loạn sử dụng opioid (chẳng hạn như methadone, buprenorphine và naltrexone, cùng các loại thuốc giúp nhanh chóng đảo ngược tác dụng của tình trạng quá liều opioid (chẳng hạn như naloxone và nalmefene hydrochloride), việc cấp phát và cho dùng thuốc, tư vấn về sử dụng chất gây nghiện, xét nghiệm ma túy, liệu pháp cá nhân và liệu pháp nhóm, các hoạt động tiếp nhận ban đầu, đánh giá định kỳ và các dịch vụ ngoại trú chuyên sâu. Medicare chi trả cho dịch vụ tư vấn, dịch vụ trị liệu và các đánh giá định kỳ, cả trực tiếp và, trong một số trường hợp nhất định, trực tuyến (sử dụng công nghệ giao tiếp âm thanh và video, như điện thoại hoặc máy tính của quý vị).

Medicare cũng thanh toán cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đối với điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid tại phòng khám, bao gồm quản lý, phối hợp chăm sóc, tâm lý trị liệu, các hoạt động tư vấn và cấp phát, cũng như sử dụng thuốc.

Theo **Original Medicare**, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ **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 và đáp ứng các yêu cầu khác. Tuy nhiên, Phần B **khấu trừ** vẫn áp dụng. Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để biết nơi cần đến để nhận các dịch vụ này. Để tìm một chương trình gần quý vị, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services](https://www.medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services).

Các chương trình Medicare Advantage cũng phải đài thọ các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid, nhưng có thể yêu cầu quý vị đến một Chương trình Điều trị Opioid trong mạng lưới. Vì các chương trình Medicare Advantage có thể áp dụng khoản đồng thanh toán hoặc **đồng bảo hiểm** đối với các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid, hãy kiểm tra với chương trình của quý vị để biết liệu quý vị có phải trả các khoản này hay không.

Dịch vụ bệnh viện ngoại trú

Medicare chi trả nhiều dịch vụ chẩn đoán và điều trị mà quý vị nhận được với tư cách là bệnh nhân ngoại trú từ một bệnh viện chấp nhận Medicare. Thông thường, quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** 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 hơn cho các dịch vụ mà quý vị nhận được trong cơ sở khám chữa bệnh ngoại trú của bệnh viện so với số tiền quý vị phải trả cho cùng dịch vụ đó tại phòng khám của bác sĩ độc lập với khoa ngoại trú. Tại khoa ngoại trú, ngoài số tiền quý vị trả cho bác sĩ, quý vị cũng thường sẽ trả cho bệnh viện một khoản đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ quý vị nhận được trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện (trừ một số **dịch vụ phòng ngừa** không có khoản đồng thanh toán). Trong hầu hết các trường hợp, khoản đồng thanh toán không thể cao hơn khoản khấu trừ cho thời gian nằm viện của Phần A cho mỗi dịch vụ. Khoản khấu trừ của Phần B được áp dụng, ngoại trừ đối với một số dịch vụ phòng ngừa nhất định. Nếu quý vị nhận dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện trong một **bệnh viện tiếp cận thiết yếu**, khoản đồng thanh toán của quý vị có thể cao hơn và có thể vượt quá khoản khấu trừ cho thời gian nằm viện của Phần A.



Chi phí & phạm vi bảo hiểm: Nhận bản ước tính chi phí cho các thủ thuật ngoại trú tại bệnh viện được thực hiện tại các khoa ngoại trú của bệnh viện:



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

Dịch vụ & vật dụng y tế & phẫu thuật ngoại trú

Medicare chi trả các thủ thuật được phê duyệt, như chụp X-quang, bó bột, khâu vết thương và phẫu thuật ngoại trú. Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Quý vị thường phải trả một **đồng thanh toán** cho mỗi dịch vụ mà quý vị nhận được trong môi trường ngoại trú của bệnh viện. Trong hầu hết các trường hợp, khoản đồng thanh toán không thể cao hơn thời gian nằm viện theo Phần A **khấu trừ** cho mỗi dịch vụ quý vị nhận được. Áp dụng khoản khấu trừ của Phần B, và quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các mặt hàng hoặc dịch vụ mà Medicare không chi trả.

Dịch vụ vật lý trị liệu

Medicare chi trả **cần thiết về mặt y tế** việc đánh giá và điều trị các chấn thương và bệnh tật nhằm cải thiện hoặc duy trì chức năng hiện tại, hoặc làm chậm tốc độ suy giảm của quý vị. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bao gồm một y tá hành nghề, y tá chuyên khoa lâm sàng, hoặc trợ lý bác sĩ, phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ này. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. Khấu trừ Phần B được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Vắc-xin phế cầu khuẩn

Medicare chi trả vắc xin phế cầu khuẩn để giúp ngăn ngừa các nhiễm trùng phế cầu khuẩn (như một số loại viêm phổi). Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về vắc xin này. Quý vị không phải trả gì cho các vắc-xin này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** để tiêm các vắc-xin.



Dịch vụ phòng ngừa

Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV

Nếu quý vị không mắc vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV), nhưng bác sĩ của quý vị xác định rằng quý vị có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn, Medicare sẽ chi trả PrEP cho HIV như một dịch vụ phòng ngừa. Điều này bao gồm thuốc PrEP, tối đa 8 dịch vụ tư vấn cá nhân mỗi năm, tối đa 8 lần sàng lọc HIV mỗi năm và một lần sàng lọc vi-rút viêm gan B. Quý vị có thể được thực hiện thêm các xét nghiệm sàng lọc nếu quý vị có nguy cơ cao mắc vi-rút viêm gan B hoặc nếu quý vị đang mang thai.

Nếu quý vị nhận thuốc PrEP từ một nhà thuốc đã ghi danh Phần B, quý vị sẽ không phải tự trả bất kỳ chi phí nào cho thuốc của mình. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp, quý vị cũng sẽ không phải tự trả bất kỳ khoản nào cho các thuốc PrEP dạng tiêm, các xét nghiệm sàng lọc HIV và vi-rút viêm gan B, cũng như các buổi tư vấn vì đây là các dịch vụ phòng ngừa. Truy cập [Medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention](https://www.medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention) để tìm hiểu thêm về PrEP và các dịch vụ liên quan.

Lưu ý: Nếu quý vị mắc HIV và dùng thuốc để điều trị (thay vì để phòng ngừa), việc điều trị của quý vị được đài thọ nếu quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).

Dịch vụ quản lý chăm sóc chính

Medicare chi trả cho các dịch vụ chuyên biệt theo bệnh để giúp quý vị kiểm soát một bệnh mạn tính phức tạp duy nhất khiến quý vị có nguy cơ phải nhập viện, suy giảm thể chất hoặc nhận thức, hoặc tử vong. Nếu quý vị mắc một bệnh mạn tính có nguy cơ cao dự kiến kéo dài ít nhất 3 tháng (chẳng hạn như ung thư) và không đang được điều trị bất kỳ bệnh phức tạp nào khác, Medicare có thể chi trả để một chuyên gia chăm sóc sức khỏe hỗ trợ quý vị kiểm soát bệnh. Chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ lập một kế hoạch chăm sóc dành riêng cho bệnh đó, đồng thời liên tục theo dõi và điều chỉnh kế hoạch, bao gồm cả các loại thuốc quý vị đang dùng. Khoản khấu trừ của Phần B và **đồng bảo hiểm** áp dụng.

Lưu ý: Medicare cũng có thể chi trả cho các dịch vụ điều hướng bệnh chính đối với tình trạng mạn tính có nguy cơ cao của quý vị. Các dịch vụ này có thể giúp quý vị hiểu tình trạng bệnh lý hoặc chẩn đoán của mình và điều hướng hệ thống chăm sóc sức khỏe để tìm được dịch vụ chăm sóc và các nhà cung cấp mà quý vị cần. Truy cập [Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services](https://www.medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services) để tìm hiểu thêm.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt

Medicare chi trả cho khám trực tràng kỹ thuật số và xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) một lần mỗi 12 tháng nếu quý vị trên 50 tuổi (bắt đầu từ ngày sau sinh nhật lần thứ 50 của quý vị). Đối với khám trực tràng kỹ thuật số, quý vị phải trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng. Quý vị cũng phải trả **đồng thanh toán** trong cơ sở khám ngoại trú của bệnh viện. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm PSA.

Các vật dụng phục hình & chi giả

Medicare chi trả cho các thiết bị phục hình cần thiết để thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ quan nội tạng (bao gồm vật dụng chăm sóc lỗ mở thông và vật dụng tiết niệu, dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa, một số loại vú giả sau phẫu thuật cắt bỏ vú, thiết bị ốc tai và các vật dụng khác). Medicare cũng chi trả cho các bộ phận giả (bao gồm tay giả, chân giả và mắt giả) và các dụng cụ chỉnh hình (chẳng hạn như nẹp tay, chân, lưng và cổ).

Để Medicare chi trả cho thiết bị phục hình, bộ phận giả hoặc dụng cụ chỉnh hình của quý vị, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác phải kê toa các vật dụng này, và quý vị phải nhận các vật dụng từ một nhà cung cấp đã ghi danh trong Medicare. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng.

Các chương trình phục hồi chức năng phổi

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

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) mức độ trung bình đến rất nghiêm trọng và có **giới thiệu** từ bác sĩ đang điều trị bệnh đó.
- Đã xác nhận hoặc nghi ngờ mắc COVID-19 và có các triệu chứng kéo dài, bao gồm rối loạn hô hấp, trong ít nhất 4 tuần.

Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận nếu quý vị nhận dịch vụ tại phòng khám của bác sĩ. Quý vị cũng phải trả một khoản đồng thanh toán cho mỗi buổi nếu quý vị nhận dịch vụ trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng.

Dịch vụ của Phòng khám Y tế Nông thôn

Các phòng khám y tế nông thôn cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu ngoại trú và **dịch vụ phòng ngừa** cho những người ở khu vực nông thôn đang thiếu hụt nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Thông thường, quý vị phải trả 20% của các khoản phí. **Khấu trừ Phần B** được áp dụng. Quý vị không phải trả gì cho hầu hết các dịch vụ phòng ngừa.

Chương trình Chuyển đổi Y tế Nông thôn

Mới!

Medicare đang đầu tư vào các hệ thống y tế nông thôn vững mạnh hơn trên toàn quốc thông qua Chương trình Chuyển đổi Y tế Nông thôn. Mục tiêu là giúp các tiểu bang mở rộng các lựa chọn chăm sóc đáng tin cậy cho quý vị, cải thiện cơ sở vật chất, nâng cấp công nghệ y tế, và các hoạt động khác. Để tìm hiểu thêm về các chương trình y tế nông thôn trong khu vực của quý vị, hãy liên hệ với sở y tế của tiểu bang quý vị. Quý vị cũng có thể tìm hiểu thêm về chương trình tại [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Ý kiến phẫu thuật thứ hai

Medicare chi trả ý kiến phẫu thuật thứ hai trong một số trường hợp đối với **cần thiết về mặt y tế** phẫu thuật không phải là tình huống khẩn cấp. Trong một số trường hợp, Medicare chi trả ý kiến phẫu thuật thứ ba, nếu ý kiến thứ hai khác với ý kiến thứ nhất. Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc và tư vấn về nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI)

Medicare chi trả cho các xét nghiệm sàng lọc STI đối với chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai và/hoặc viêm gan B. Medicare chi trả cho các xét nghiệm sàng lọc này nếu quý vị đang mang thai hoặc có nguy cơ cao mắc STI khi **bác sĩ chăm sóc chính** hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chỉ định các xét nghiệm đó. Medicare chi trả các xét nghiệm này một lần mỗi 12 tháng hoặc vào những thời điểm nhất định trong thời kỳ mang thai.

Medicare cũng chi trả tối đa 2 buổi tư vấn hành vi cường độ cao trực tiếp, kéo dài 20–30 phút, cho từng cá nhân mỗi năm nếu quý vị là người trưởng thành có hoạt động tình dục và có nguy cơ cao mắc STI. Medicare chỉ chi trả cho các buổi tư vấn này với một bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong cơ sở chăm sóc chính (như phòng khám của bác sĩ). Medicare sẽ không chi trả cho tư vấn như một **dịch vụ phòng ngừa** trong môi trường nội trú, chẳng hạn như một **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**.

Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ này 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 bệnh lý ngôn ngữ và lời nói

Medicare chi trả cho việc đánh giá và điều trị cần thiết về mặt y tế nhằm khôi phục và tăng cường các kỹ năng nói và ngôn ngữ. Phạm vi này bao gồm các kỹ năng nhận thức và nuốt, cũng như việc cải thiện hoặc duy trì chức năng hiện tại hoặc làm chậm quá trình suy giảm, khi bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ này. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng.

Dịch vụ băng bó phẫu thuật

Medicare chi trả cho việc điều trị cần thiết về mặt y tế đối với một vết thương phẫu thuật hoặc vết thương đã được điều trị bằng phẫu thuật. Quý vị thanh toán 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Quý vị trả một **đồng thanh toán** cố định cho các dịch vụ này khi quý vị nhận chúng trong cơ sở ngoại trú của bệnh viện. Khoản **khấu trừ** của Phần B được áp dụng.

Chăm sóc sức khỏe từ xa

Medicare chi trả một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa mà quý vị nhận được (khi ở Hoa Kỳ) từ một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đang ở một nơi khác (tại Hoa Kỳ) bằng cách sử dụng công nghệ để giao tiếp với quý vị theo thời gian thực. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa khác với các lần khám điện tử (trang 43) và các lần kiểm tra trực tuyến (trang 56).

Từ nay đến ngày 31 tháng 12 năm 2027, quý vị có thể nhận 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. Các ví dụ về dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm đào tạo người chăm sóc, sàng lọc trầm cảm, liệu pháp ngôn ngữ và nhiều dịch vụ khác.

Quý vị thanh toán 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng. Đối với hầu hết các dịch vụ này, quý vị sẽ trả cùng một số tiền như khi quý vị nhận các dịch vụ trực tiếp.



So sánh: Các chương trình Medicare Advantage và một số nhà cung cấp trong Original Medicare có thể cung cấp nhiều quyền lợi chăm sóc sức khỏe từ xa hơn so với bảo hiểm cơ bản trong Original Medicare. Nếu nhà cung cấp Original Medicare của quý vị tham gia một **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)**, hãy kiểm tra với họ để biết những quyền lợi chăm sóc sức khỏe từ xa nào có thể có sẵn. Truy cập trang 25–26 để biết thêm thông tin về ACOs. Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage, hãy kiểm tra với chương trình về các quyền lợi chăm sóc sức khỏe từ xa hiện có.

Các xét nghiệm (không phải xét nghiệm trong phòng thí nghiệm)

Medicare chi trả chụp X-quang, chụp MRI, chụp CT, điện tâm đồ (EKG/ECG), và một số xét nghiệm chẩn đoán khác. Quý vị thanh toán 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận**. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng.

Nếu quý vị thực hiện xét nghiệm tại bệnh viện với tư cách là bệnh nhân ngoại trú, quý vị cũng phải trả cho bệnh viện một khoản **đồng thanh toán** có thể cao hơn 20% của Số tiền được Medicare chấp thuận. Trong hầu hết các trường hợp, số tiền này không thể lớn hơn khoản khấu trừ cho thời gian nằm viện của Phần A. Đi đến “Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm” trên trang 47 để xem các xét nghiệm khác được Phần B chi trả.

Lưu ý: Nếu quý vị thực hiện một số xét nghiệm chẩn đoán không phải xét nghiệm trong phòng thí nghiệm (bao gồm chụp CT, MRI, y học hạt nhân hoặc chụp PET), Medicare sẽ chỉ thanh toán cho xét nghiệm của quý vị nếu quý vị thực hiện tại một nhà cung cấp được công nhận. Nếu Medicare không thanh toán vì nhà cung cấp không được công nhận, nhà cung cấp không thể tính phí quý vị cho xét nghiệm.

Dịch vụ quản lý chăm sóc chuyển tiếp

Medicare có thể chi trả cho dịch vụ này nếu quý vị đang trở về cộng đồng của mình sau một đợt nằm viện nội trú tại một số cơ sở nhất định, 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 của quý vị trở lại cộng đồng sẽ làm việc với quý vị và người chăm sóc của quý vị để phối hợp và quản lý việc chăm sóc của quý vị trong 30 ngày đầu tiên sau khi quý vị trở về nhà. Khoản khấu trừ của Phần B và **đồng bảo hiểm** áp dụng. Truy cập [Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://www.medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services) để tìm hiểu thêm.

Ghép tạng & thuốc ức chế miễn dịch

Medicare chi trả cho các dịch vụ của bác sĩ liên quan đến việc ghép tim, phổi, thận, tuyến tụy, ruột và gan trong một số điều kiện nhất định, nhưng chỉ tại các cơ sở được Medicare chứng nhận. Medicare cũng chi trả cho việc ghép tủy xương và ghép giác mạc trong một số điều kiện nhất định.

Medicare chi trả cho các thuốc ức chế miễn dịch nếu Medicare đã thanh toán cho ca ghép tạng. Quý vị phải có Phần A vào thời điểm thực hiện ca ghép tạng được bảo hiểm, và quý vị phải có Phần B vào thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch (hoặc đủ điều kiện hưởng quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch theo trang 55). Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho các loại thuốc. Khấu trừ Phần B được áp dụng. Xin lưu ý rằng, bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) chi trả các thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không chi trả.

Nếu quý vị đang cân nhắc tham gia Chương trình Medicare Advantage và đang có tên trong danh sách chờ ghép tạng hoặc cho rằng mình cần được ghép tạng, hãy kiểm tra với chương trình trước khi tham gia để bảo đảm bác sĩ, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác và bệnh viện của quý vị thuộc mạng lưới của chương trình. Hãy yêu cầu cung cấp thông tin về các loại thuốc được chi trả và chi phí của những loại thuốc đó. Ngoài ra, hãy kiểm tra các quy định chi trả của chương trình về việc chấp thuận trước và phạm vi chi trả cho người hiến tạng còn sống.

Medicare có thể chi trả phẫu thuật ghép tạng như một dịch vụ nội trú tại bệnh viện theo Phần A (trang 29–30).

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

Quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch

Nếu quý vị chỉ có Medicare vì Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), thì phạm vi bảo hiểm Medicare của quý vị (bao gồm cả bảo hiểm thuốc ức chế miễn dịch) sẽ chấm dứt sau 36 tháng kể từ khi ghép thận thành công. Medicare cung cấp một quyền lợi giúp quý vị thanh toán cho các thuốc ức chế miễn dịch của mình sau 36 tháng **nếu quý vị không có một số loại bảo hiểm y tế khác** (như một chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm, TRICARE, hoặc **Medicaid** đài thọ các thuốc ức chế miễn dịch).

Quyền lợi này chỉ chi trả cho các thuốc ức chế miễn dịch của quý vị (bao gồm một số thuốc ức chế miễn dịch pha chế theo đơn) và không chi trả cho bất kỳ vật dụng hoặc dịch vụ nào khác.

Quyền lợi này không phải là sự thay thế cho bảo hiểm y tế đầy đủ. Quý vị có thể đăng ký hưởng quyền lợi này bất kỳ lúc nào sau khi bảo hiểm Medicare Phần A của quý vị chấm dứt, nếu quý vị có Medicare vì ESRD vào thời điểm ghép thận của quý vị. Để đăng ký, hãy gọi cho Sở An sinh Xã hội theo số 1-877-465-0355. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-325-0778.

Quý vị sẽ phải trả một **phí bảo hiểm** hàng tháng là \$121.60 (hoặc cao hơn tùy theo thu nhập của quý vị) và khoản khấu trừ \$283 cho quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch này vào năm 2026. Sau khi quý vị đã đáp ứng khoản khấu trừ, quý vị sẽ trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho các thuốc ức chế miễn dịch. Nếu quý vị có thu nhập và nguồn lực hạn chế, quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ tiểu bang của mình để chi trả cho quyền lợi này. Truy cập trang 95, hoặc truy cập [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) để tìm hiểu thêm.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết các mức phí bảo hiểm mới nhất.

Du lịch

Medicare nhìn chung không chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ (“Hoa Kỳ” bao gồm 50 tiểu bang, Đặc khu Columbia, Puerto Rico, Hoa Kỳ. Quần đảo Virgin, 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.

Medicare có thể chi trả **cần thiết về mặt y tế** dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương đến một bệnh viện ở nước ngoài chỉ khi có nhập viện để nhận các dịch vụ điều trị nội trú được Medicare chi trả và cần thiết về mặt y tế. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận. Khấu trừ Phần B được áp dụng.

Lưu ý: Một số **các chương trình Medicare Advantage** có thể cung cấp một quyền lợi bổ sung đài thọ các dịch vụ cấp cứu và dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Medicare chi trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp để điều trị một bệnh hoặc chấn thương đột ngột không phải là cấp cứu y tế và/hoặc đe dọa tính mạng. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị, và một **đồng thanh toán** trong cơ sở khám bệnh ngoại trú của bệnh viện. Khấu trừ Phần B được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa Vắc-xin

Phần B đài thọ các vắc-xin phòng ngừa cho:

- Cúm (trang 44).
- Viêm gan B (trang 45).
- Phế cầu khuẩn (trang 51).

Medicare tiếp tục chi trả cho vắc-xin COVID-19. Truy cập [Medicare.gov/coverage/covid-19-vaccine](https://www.medicare.gov/coverage/covid-19-vaccine) để tìm hiểu thêm. Phần B cũng bao gồm một số vắc-xin không mang tính phòng ngừa (như uốn ván) khi vắc-xin liên quan trực tiếp đến việc điều trị một chấn thương hoặc bệnh tật.

Quan trọng! Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) nhìn chung đài thọ tất cả các vắc-xin cho người lớn khác (được khuyến nghị bởi Ủy ban Tư vấn về Thực hành Tiêm chủng) để bảo vệ quý vị khỏi các bệnh (như zona, uốn ván, bạch hầu, ho gà và vi-rút hợp bào hô hấp (RSV)) mà quý vị không phải trả chi phí. Nếu vắc-xin chưa có trong danh sách thuốc của chương trình của quý vị, quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ bảo hiểm hoặc được hoàn trả chi phí. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết chi tiết, và trao đổi với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị về những vắc-xin nào phù hợp với quý vị. Để tìm hiểu thêm về các vắc-xin được bảo hiểm, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

Đăng ký kiểm tra trực tuyến

Medicare chi trả cho các lần kiểm tra trực tuyến với bác sĩ của quý vị hoặc một số nhà cung cấp dịch vụ khác. Các buổi trao đổi trực tuyến ngăn cho phép quý vị liên lạc trong thời gian ngắn với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng công nghệ truyền âm thanh hoặc video, chẳng hạn như điện thoại hoặc máy tính, mà không cần đến phòng khám của bác sĩ. Bác sĩ cũng có thể đánh giá từ xa dựa trên ảnh hoặc video mà quý vị gửi để xem xét nhằm xác định liệu quý vị có cần đến phòng khám hay không. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác có thể phản hồi quý vị qua điện thoại, phương thức trực tuyến, tin nhắn bảo mật, email hoặc cổng thông tin dành cho bệnh nhân.

Các buổi trao đổi trực tuyến ngắn khác với buổi khám điện tử (e-visit) vì thường kéo dài không quá 10 phút và diễn ra theo thời gian thực.

Quý vị có thể có một buổi khám trực tuyến nếu quý vị đáp ứng các điều kiện sau:

- Quý vị đã trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình về việc bắt đầu các loại hình khám này.
- Quý vị đồng ý bằng lời với việc làm thủ tục kiểm tra trực tuyến, và bác sĩ của quý vị ghi nhận sự đồng ý của quý vị trong hồ sơ y tế của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể nhận được bản chấp thuận cho các dịch vụ này trong suốt một năm.



So sánh: Quý vị trả 20% của **số tiền được Medicare chấp thuận** cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. **Khấu trừ** Phần B được áp dụng. **Các chương trình Medicare Advantage** có thể cung cấp nhiều dịch vụ kiểm tra trực tuyến hơn **Original Medicare**. Kiểm tra với chương trình của quý vị để biết họ cung cấp những gì.



Dịch vụ phòng ngừa

Khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”

Trong 12 tháng đầu tiên mà quý vị có Phần B, quý vị có thể được hưởng một lần khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”. **Buổi thăm khám “Chào mừng đến với Medicare” này không phải là một lần khám sức khỏe.** Buổi khám bao gồm việc xem xét tiền sử y tế và tiền sử xã hội của quý vị liên quan đến sức khỏe của quý vị. Buổi khám cũng bao gồm giáo dục và tư vấn về **dịch vụ phòng ngừa**, bao gồm một số xét nghiệm sàng lọc, vắc-xin (như vắc-xin cúm, phế cầu, và các vắc-xin được khuyến nghị khác), và **giới thiệu** cho các dịch vụ chăm sóc khác, nếu cần.

Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ biết rằng quý vị muốn lên lịch cho buổi khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” của mình. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho lần khám “Chào mừng đến với Medicare” nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Nếu quý vị hiện có đơn thuốc opioid, nhà cung cấp của quý vị sẽ xem xét các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn đối với Rối loạn Sử dụng Opioid, đánh giá mức độ đau và kế hoạch điều trị hiện tại của quý vị, cung cấp thông tin về các lựa chọn điều trị không dùng opioid, và có thể giới thiệu quý vị đến một chuyên gia, nếu phù hợp. Nhà cung cấp dịch vụ 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, trầm cảm, và việc sử dụng rượu và thuốc lá, và sẽ giới thiệu quý vị để điều trị, nếu cần.

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



Dịch vụ phòng ngừa

Khám “Sức khỏe” hằng năm

Nếu quý vị đã có Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể được khám “Sức khỏe” hằng năm. **Buổi thăm “Sức khỏe” hằng năm không phải là một lần khám sức khỏe tổng quát**—đó là một lần thăm khám để xây dựng hoặc cập nhật kế hoạch cá nhân hóa của quý vị 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. Medicare chi trả cho lần khám này một lần mỗi 12 tháng.

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ yêu cầu quý vị điền vào một bảng câu hỏi, gọi là “Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe,” như một phần của lần khám này. Buổi khám của quý vị cũng có thể bao gồm các phép đo định kỳ, lời khuyên về sức khỏe, xem xét tiền sử bệnh lý và tiền sử gia đình của quý vị, xem xét các đơn thuốc hiện tại của quý vị, lập kế hoạch chăm sóc trước, và nhiều nội dung khác. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits](https://www.medicare.gov/coverage/yearly-wellness-visits).

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cũng sẽ thực hiện một đánh giá nhận thức để tìm các dấu hiệu của chứng mất trí nhớ, bao gồm bệnh Alzheimer. Các dấu hiệu của suy giảm nhận thức bao gồm khó nhớ, học điều mới, tập trung, quản lý tài chính và đưa ra quyết định về cuộc sống hằng ngày của quý vị. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cho rằng quý vị có thể bị suy giảm nhận thức, Medicare chi trả một lần khám riêng để thực hiện đánh giá kỹ lưỡng hơn về chức năng nhận thức của quý vị và kiểm tra các tình trạng như sa sút trí tuệ, trầm cảm, lo âu hoặc mê sảng, đồng thời xây dựng một kế hoạch chăm sóc (trang 38).

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

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

Quý vị không phải trả gì cho lần khám “Sức khỏe” hằng năm nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

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

Những gì KHÔNG được Phần A và Phần B chi trả?

Medicare không chi trả mọi thứ. Nếu quý vị cần một số dịch vụ mà Phần A hoặc Phần B không chi trả, quý vị sẽ phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó, trừ khi:

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

Một số vật dụng và dịch vụ mà Original Medicare không chi trả bao gồm:

- ✗ Chăm sóc dài hạn phi y tế.
- ✗ Khám mắt (để kê đơn kính mắt và kính áp tròng điều chỉnh thị lực).
- ✗ Phẫu thuật thẩm mỹ.
- ✗ Liệu pháp xoa bóp.
- ✗ Khám sức khỏe định kỳ.
- ✗ Máy trợ thính và các buổi khám để lắp đặt.
- ✗ Chăm sóc y tế theo mô hình thành viên (còn gọi là y tế concierge, y tế dựa trên phí duy trì, y tế cao cấp, dịch vụ y tế đặc quyền hoặc chăm sóc trực tiếp).
- ✗ Các vật dụng hoặc dịch vụ được bảo hiểm mà quý vị nhận được từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác đã chọn không tham gia Medicare, trừ trường hợp cấp cứu hoặc nhu cầu khẩn cấp (trang 64).
- ✗ Hầu hết dịch vụ chăm sóc nha khoa: Trong hầu hết các trường hợp, Original Medicare không chi trả cho các dịch vụ nha khoa như vệ sinh răng miệng định kỳ, trám răng, nhổ răng (loại bỏ răng) hoặc các vật dụng như răng giả. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, Original Medicare có thể chi trả cho một số dịch vụ nha khoa có liên quan chặt chẽ đến một số dịch vụ được chi trả, chẳng hạn như:
 - Phẫu thuật sửa chữa hoặc thay van tim.
 - Một ca ghép tạng.
 - Các phương pháp điều trị liên quan đến ung thư.
 - Dịch vụ lọc máu để điều trị Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD).

Chi trả cho chăm sóc dài hạn

Medicare và hầu hết các loại bảo hiểm y tế, bao gồm Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap), không chi trả cho các dịch vụ chăm sóc dài hạn phi y tế, bao gồm chăm sóc tại viện dưỡng lão hoặc trong cộng đồng (truy cập trang 46 để biết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà). Điều này bao gồm hỗ trợ chăm sóc cá nhân, như giúp đỡ với các hoạt động hằng ngày, bao gồm mặc quần áo, tắm rửa và sử dụng nhà vệ sinh. Dịch vụ chăm sóc dài hạn không phải y tế cũng có thể bao gồm chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, chăm sóc cá nhân, vận chuyển, bữa ăn giao tận nhà và các dịch vụ khác tại nhà và cộng đồng. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận một phần dịch vụ chăm sóc này thông qua Medicaid (nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện tại tiểu bang của mình), hoặc thông qua bảo hiểm chăm sóc dài hạn tư nhân. Quý vị cũng có thể tự thanh toán chi phí chăm sóc dài hạn.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc dài hạn phi y tế tại nhà, trong cộng đồng, tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt, hoặc tại viện dưỡng lão. **Điều quan trọng là bắt đầu lập kế hoạch cho chăm sóc dài hạn không phải y tế ngay từ bây giờ để duy trì sự độc lập của quý vị và bảo đảm quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần, trong môi trường mà quý vị mong muốn, ở hiện tại và trong tương lai.**

Nguồn trợ giúp chăm sóc dài hạn

Sử dụng các nguồn trợ giúp này để biết thêm thông tin về chăm sóc dài hạn:

- Truy cập [ACL.gov/ltc](https://acl.gov/ltc) để tìm hiểu thêm về việc lập kế hoạch chăm sóc dài hạn.
- Gọi Công cụ Định vị Chăm sóc cho Người cao tuổi (Eldercare Locator) theo số 1-800-677-1116, hoặc truy cập eldercare.acl.gov để tìm sự trợ giúp trong cộng đồng của quý vị.
- Hãy gọi cho Thanh tra Chăm sóc Dài hạn của quý vị, hoặc truy cập ltcombudsman.org để được trợ giúp về các dịch vụ quý vị cần và các quyền của quý vị, đồng thời tìm một chương trình Thanh tra gần quý vị.
- Hãy gọi văn phòng Trợ giúp Y tế Tiểu bang (Medicaid) của quý vị hoặc truy cập [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) và sử dụng bản đồ để tìm thông tin liên hệ của tiểu bang quý vị.
- Hãy gọi Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị để biết thông tin về bảo hiểm chăm sóc dài hạn. Truy cập content.naic.org/state-insurance-departments để lấy số điện thoại của Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị.
- Nhận một bản “Hướng dẫn dành cho Người mua 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.

Lưu ý

[illegible]

Phần 3:

Original Medicare

Original Medicare hoạt động như thế nào?

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

Quý vị thường phải trả một phần chi phí cho mỗi dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Không có giới hạn đối với số tiền quý vị sẽ phải tự trả trong một năm, trừ khi quý vị có bảo hiểm khác (như **Medigap**, **Medicaid**, bảo hiểm của chủ lao động, người nghỉ hưu, hoặc công đoàn).

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 nào khác hoặc bệnh viện nào không?	Trong hầu hết các trường hợp, câu trả lời là có. Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ nào đã ghi danh 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.
Có bao gồm thuốc theo toa không?	Phần B của Medicare không chi trả hầu hết các loại thuốc. Nhưng có một số ngoại lệ, như thuốc ức chế miễn dịch (trang 55) hoặc thuốc để kiểm soát đau và triệu chứng cho dịch vụ chăm sóc cuối đời (trang 28–29). Phần B cũng có thể chi trả một số thuốc truyền và thuốc tiêm được sử dụng tại phòng khám của bác sĩ và insulin được sử dụng với máy bơm truyền thống (trang 42 và 43). Quý vị có thể thêm bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) bằng cách tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt (trang 83–94).
Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?	Không.
Tôi có phải đăng ký giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa không?	Trong hầu hết các trường hợp, câu trả lời là không.
Tôi có nên mua một hợp đồng bổ sung không?	Quý vị có thể đã có Medicaid, hoặc bảo hiểm của chủ lao động, người nghỉ hưu hoặc công đoàn có thể chi trả những chi phí mà Original Medicare không chi trả. Nếu không, quý vị có thể muốn mua một hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) nếu quý vị đủ điều kiện (trang 79–82). Quý vị cũng có thể kiểm tra với văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) để biết liệu quý vị có đủ điều kiện nhận Medicaid hay không.



Tôi cần biết thêm điều gì về Original Medicare?	• Quý vị thường phải trả một khoản tiền cố định cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình (khấu trừ) trước khi Medicare bắt đầu thanh toán phần của mình (Phần A và Phần B có các khoản khấu trừ riêng biệt). Sau khi Medicare thanh toán phần của mình, quý vị sẽ trả một khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho các dịch vụ và vật dụng được đài thọ. Không có giới hạn hằng năm đối với số tiền quý vị phải tự trả trừ khi quý vị có bảo hiểm khác (như Medigap, Medicaid, hoặc bảo hiểm của chủ lao động, người nghỉ hưu, hoặc công đoàn). • Thông thường, quý vị phải trả một phí bảo hiểm hàng tháng cho Phần B. Khoản phí bảo hiểm này có thể thay đổi mỗi năm. • Thông thường quý vị không cần nộp yêu cầu thanh toán Medicare. Các nhà cung cấp và nhà cung ứng phải nộp yêu cầu thanh toán của quý vị cho các dịch vụ và vật dụng được bảo hiểm mà quý vị nhận được.
--	--

Tôi phải trả bao nhiêu?

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

- Quý vị có Phần A và/hoặc Phần B hay không. Phần lớn mọi người đều có cả hai.
- Bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc nhà cung cấp của quý vị có chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** (trang 63–64) hay không.
- Loại hình chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần và tần suất quý vị cần đến.
- Nếu quý vị chọn nhận các dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicare không chi trả. Nếu vậy, quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí, trừ khi quý vị có bảo hiểm khác chi trả các chi phí đó.
- Quý vị có bảo hiểm y tế khác phối hợp với Medicare (trang 21) hay không.
- Quý vị có được Medicaid chi trả toàn bộ hay nhận hỗ trợ từ tiểu bang để thanh toán các chi phí Medicare thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare (trang 95–96) hay không.
- 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 có ký hợp đồng riêng (trang 64) hay không.

Làm thế nào tôi biết Medicare đã thanh toán những gì?

Nếu quý vị có Original Medicare, quý vị sẽ nhận được “Thông báo Tóm tắt Medicare ” (MSN) liệt kê tất cả các dịch vụ đã được lập hóa đơn cho Medicare. MSN không phải là hóa đơn. Thông báo này cho biết Medicare đã thanh toán những khoản nào và quý vị có thể phải trả bao nhiêu cho nhà cung cấp dịch vụ. Hãy xem lại các MSN của quý vị để bảo đảm quý vị đã nhận tất cả các dịch vụ, vật tư hoặc thiết bị được liệt kê. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không chi trả cho một dịch vụ của Medicare, MSN sẽ hướng dẫn quý vị cách kháng nghị. Truy cập trang 103 để biết thông tin về cách nộp đơn kháng nghị.

Quý vị sẽ nhận được thông báo này qua thư ít nhất hai lần mỗi năm, trừ khi quý vị đăng ký nhận thông báo điện tử.

Nếu quý vị cần thay đổi địa chỉ trên MSN của mình, hãy truy cập **SSA.gov/life-events/update-contact-information**. Nếu quý vị nhận trợ cấp từ Hội đồng 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.

MSN của quý vị sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có đang tham gia chương trình Người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện (QMB) hay không. Nếu quý vị tham gia chương trình QMB, các nhà cung cấp Medicare không được phép lập hóa đơn cho quý vị đối với các khoản khấu trừ Phần A và/hoặc Phần B khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán của Medicare. Trong một số trường hợp, quý vị có thể phải thanh toán một khoản đồng thanh toán nhỏ thông qua Medicaid, nếu có áp dụng. Truy cập trang 95 để biết thêm thông tin về QMB và các bước cần thực hiện nếu nhà cung cấp dịch vụ tính phí quý vị cho các chi phí này.

Quan trọng! Nhận “Thông báo Tóm tắt Medicare” của quý vị dưới dạng điện tử. Truy cập [Medicare.gov/my/eMSN](https://www.medicare.gov/my/eMSN) để đăng ký. Nếu quý vị đăng ký nhận MSN điện tử, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một email mỗi tháng khi chúng có sẵn trong tài khoản Medicare của quý vị, thay vì bản giấy qua thư.

Quý vị có các lựa chọn về cách nhận thông tin về yêu cầu thanh toán Medicare của mình:

- Quý vị có thể kiểm tra MSN của mình để xem thông tin về yêu cầu thanh toán.
- Quý vị có thể truy cập các yêu cầu thanh toán của mình trong tài khoản tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) và chia sẻ thông tin này với bác sĩ, nhà thuốc và những người khác bằng cách truy cập “Kiểm tra các yêu cầu thanh toán của tôi.”
- Quý vị có thể truy cập các yêu cầu thanh toán của mình thông qua các ứng dụng được kết nối của Medicare. Ứng dụng được kết nối là các ứng dụng hoặc trang web được Medicare chấp thuận do bên thứ ba (không phải Medicare) tạo ra. Khi quý vị kết nối với một ứng dụng và đăng nhập bằng thông tin tài khoản [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) của mình, quý vị có thể sử dụng các dịch vụ của ứng dụng mà không cần nhập thủ công thông tin sức khỏe của mình. Các bên thứ ba này chỉ có thể truy cập dữ liệu Medicare của quý vị nếu quý vị chọn chia sẻ dữ liệu đó với họ. Quý vị luôn có quyền lựa chọn kết nối (hoặc duy trì kết nối) với một ứng dụng của bên thứ ba (trang 78).

Thỏa thuận chi trả trực tiếp là gì?

Thỏa thuận chi trả trực tiếp có nghĩa là bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác hoặc nhà cung cấp của quý vị đồng ý (hoặc được pháp luật yêu cầu) chấp nhận **số tiền được Medicare chấp thuận** là khoản thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được chi trả. Hầu hết bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp thiết bị đều chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp, nhưng quý vị luôn nên kiểm tra để bảo đảm bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp của mình cũng chấp nhận.

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

- Chi phí tự trả của quý vị có thể thấp hơn.
- Họ đồng ý chỉ tính cho quý vị số tiền **khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** của Medicare và thường chờ Medicare thanh toán khoản chia sẻ của mình trước khi yêu cầu quý vị thanh toán khoản chia sẻ của quý vị.
- Họ phải nộp yêu cầu thanh toán của quý vị trực tiếp cho Medicare và không được tính phí quý vị khi nộp yêu cầu thanh toán.

Điều gì xảy ra nếu nhà cung cấp của tôi không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp?

Một số bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp thiết bị chưa đồng ý và không bị pháp luật yêu cầu chấp nhận thanh toán theo mức được chỉ định cho tất cả các dịch vụ được Medicare chi trả, nhưng họ vẫn có thể chọn chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp cho từng dịch vụ riêng lẻ. Các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp chưa đồng ý chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp cho tất cả các dịch vụ được gọi là “không tham gia.” Quý vị có thể phải trả nhiều hơn cho dịch vụ của họ nếu họ không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị.

Đây là điều xảy ra nếu bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp của quý vị không chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp:

- **Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí vào thời điểm sử dụng dịch vụ.** Bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp của quý vị phải nộp yêu cầu thanh toán cho Medicare đối với bất kỳ dịch vụ nào được Medicare đài thọ mà họ cung cấp cho quý vị. Nếu họ không nộp yêu cầu thanh toán Medicare sau khi quý vị yêu cầu họ làm như vậy, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

- **Họ có thể tính phí cho quý vị nhiều hơn số tiền được Medicare chấp thuận.** Trong nhiều trường hợp, khoản phí không được cao hơn 15% so với số tiền được Medicare chấp thuận đối với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không tham gia. Số tiền này được gọi là “mức phí giới hạn.”

Tìm hiểu xem một người nào đó có chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** hoặc tham gia Medicare hay không:

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

Tìm hiểu xem nhà cung cấp thiết bị y tế có chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp hay không:

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

Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để được hỗ trợ miễn phí về các chủ đề này. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) cũng có thể giúp quý vị. Truy cập trang 114–117 hoặc truy cập [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) để biết số điện thoại của SHIP của quý vị.



So sánh: Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị muốn, miễn là nhà cung cấp đó chấp nhận Medicare, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ. Nếu quý vị tham gia một **chương trình Medicare Advantage**, trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ cần sử dụng bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác thuộc mạng lưới của chương trình.

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

Một số bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác không muốn làm việc với Chương trình Medicare có thể “rút khỏi” Medicare. Medicare không thanh toán cho bất kỳ vật phẩm hoặc dịch vụ nào được bảo hiểm mà quý vị nhận từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác đã chọn không tham gia, trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp. Nếu quý vị vẫn muốn sử dụng một nhà cung cấp không tham gia, quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể thiết lập các điều khoản thanh toán mà cả hai bên cùng đồng ý thông qua một hợp đồng riêng.

Một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác lựa chọn từ chối tham gia phải làm như vậy trong 2 năm, và lựa chọn này sẽ tự động gia hạn mỗi 2 năm trừ khi nhà cung cấp yêu cầu không gia hạn trạng thái từ chối tham gia của họ.

Nếu quý vị không chắc liệu một nhà cung cấp dịch vụ có chọn không tham gia Medicare hay không, hãy kiểm tra với họ để quý vị sẽ biết trước liệu quý vị có cần tự trả tiền cho dịch vụ chăm sóc của mình hay không. Truy cập data.cms.gov/tools/provider-opt-out-affidavits-look-up-tool để tìm các nhà cung cấp từ chối tham gia.



Truy cập trang 10–12 để xem tổng quan về các lựa chọn Medicare của quý vị.

Phần 4:

Các chương trình Medicare Advantage và các lựa chọn khác

Các chương trình Medicare Advantage là gì?

Một **chương trình Medicare Advantage** là một cách khác để nhận bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Các chương trình Medicare Advantage là các chương trình được Medicare phê duyệt do các công ty tư nhân cung cấp và phải tuân theo các quy định do Medicare đặt ra. Các chương trình này, còn được gọi là “Phần C” hoặc “Chương trình MA,” đôi khi có thể có tên không bao gồm các từ “Medicare” hoặc “Medicare Advantage.”

Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage đều bao gồm bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Trong nhiều trường hợp, quý vị sẽ cần sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tham gia vào mạng lưới của chương trình. Các chương trình này đặt ra một giới hạn về số tiền quý vị sẽ phải tự trả mỗi năm cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B. Một số chương trình cung cấp bảo hiểm phi cấp cứu ngoài mạng lưới, nhưng chi phí có thể cao hơn. Đối với một số dịch vụ hoặc thuốc nhất định, quý vị có thể cần sự chấp thuận (còn gọi là cho phép trước) từ chương trình của quý vị trước khi chương trình đó chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc đó. Trong một số trường hợp, quý vị cũng có thể cần một **giới thiệu** để gặp bác sĩ chuyên khoa.

Xin nhớ rằng, quý vị phải sử dụng thẻ từ Chương trình Medicare Advantage của mình để nhận các dịch vụ được Medicare chi trả. Hãy giữ thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của quý vị ở nơi an toàn vì quý vị có thể cần đến sau này.

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

Các loại chương trình Medicare Advantage khác nhau là gì?

- **Chương trình của Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO):** Đi tới trang 70.
- **Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA):** Đi đến trang 71.
- **Chương trình của Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO):** Đi tới trang 72.
- **Kế hoạch Trả phí theo Dịch vụ Tư nhân (PFFS):** Đi tới trang 72.
- **Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP):** Đi tới trang 73.

Quan trọng! Tại [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), quý vị có thể thêm những nhà cung cấp dịch vụ quan trọng nhất đối với mình và kết quả tìm kiếm chương trình sẽ cho biết họ có thuộc mạng lưới của các chương trình mà quý vị đang cân nhắc hay không. Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ của mình để tìm hiểu xem họ có thuộc mạng lưới hay không.

Chương trình Medicare Advantage đòi hỏi những gì?

Các chương trình Medicare Advantage cung cấp gần như tất cả **cần thiết về mặt y tế** các dịch vụ và vật dụng mà Original Medicare chi trả. Tuy nhiên, nếu quý vị tham gia một chương trình Medicare Advantage, Original Medicare sẽ chi trả chi phí chăm sóc cuối đời, chi phí ghép thận và một số chi phí cho các nghiên cứu lâm sàng. Original Medicare cũng có thể bao gồm các quyền lợi mới theo luật hoặc các quyết định chính sách của Medicare. Nếu quý vị không chắc liệu một dịch vụ có được bảo hiểm chi trả hay không, hãy kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị trước khi quý vị nhận dịch vụ. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về phạm vi bảo hiểm, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị (trang 102–105).



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

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

Các chương trình Medicare Advantage có thể bao gồm một số quyền lợi mà **Original Medicare** không bao gồm. Đó có thể là một số tư cách thành viên phòng tập thể dục hoặc các khoản giảm giá nhất định, chăm sóc thị lực, thính lực và chăm sóc nha khoa, như khám định kỳ hoặc làm sạch răng. Một số chương trình cũng có thể bao gồm các dịch vụ như đưa đón đến các buổi khám bác sĩ, các thuốc không kê toa mà Phần D không chi trả, và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Các quyền lợi này nhìn chung bị giới hạn, vì vậy hãy kiểm tra với chương trình trước khi quý vị tham gia để biết chính xác những gì được đài thọ và liệu các quyền lợi này có sẵn dành cho quý vị hay không.

Các chương trình cũng có thể cung cấp các quyền lợi bổ sung được tùy chỉnh để điều trị cho những người có các tình trạng cụ thể và một số bệnh mạn tính nhất định. Quý vị có thể kiểm tra với một chương trình Medicare Advantage trước khi tham gia để biết liệu họ có cung cấp các quyền lợi này hay không, nhưng quý vị sẽ cần đợi đến khi tham gia chương trình để biết liệu quý vị có đủ điều kiện hay không.

Các Chương trình Medicare Advantage phải tuân theo các quy định của Medicare nhưng có sự linh hoạt trong cách quản lý dịch vụ chăm sóc

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

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

Quan trọng! Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi trong năm, chương trình vẫn phải cho quý vị quyền tiếp cận với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện. Chương trình của quý vị sẽ thông báo cho quý vị nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của quý vị, để quý vị có thời gian chọn một chương trình mới. Quý vị sẽ nhận được thông báo này nếu đó là nhà cung cấp chăm sóc chính hoặc sức khỏe hành vi và quý vị đã đến gặp nhà cung cấp đó trong ba năm qua. Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác 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.

Nếu mạng lưới của chương trình thay đổi, chương trình của quý vị cũng sẽ:

- Giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Giúp quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết đang được thực hiện.
- Thông báo cho quý vị về các giai đoạn ghi danh khác nhau dành cho quý vị và những lựa chọn mà quý vị có thể có để đổi chương trình.

Hãy đọc kỹ các thông báo để biết mọi thay đổi. Nếu quý vị không hài lòng với Chương trình Medicare Advantage của mình, quý vị có thể thay đổi chương trình trong Giai đoạn Ghi danh Mở, Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage, hoặc một Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nếu quý vị đủ điều kiện (trang 75–76).

Khi không có nhà cung cấp dịch vụ, nhà cung cấp vật tư hoặc quyền lợi thuộc mạng lưới, hoặc các bên hay quyền lợi này không thể đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị, chương trình của quý vị phải giúp quý vị nhận bất kỳ dịch vụ nào được **cần thiết về mặt y tế chi** trả ngoài mạng lưới nhà cung cấp (với mức chia sẻ chi phí áp dụng trong mạng lưới).



So sánh: Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị không cần **giới thiệu** để sử dụng bác sĩ chuyên khoa trong hầu hết các trường hợp (trang 61), và nhìn chung quý vị không cần phê duyệt trước để sử dụng một quyền lợi được đài thọ.

Quan trọng! Đọc thông tin quý vị nhận được từ chương trình của mình.

Nếu quý vị đang tham gia một **chương trình Medicare Advantage**, hãy xem lại “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 phạm vi bảo hiểm, chi phí và nhiều nội dung khác sẽ có hiệu lực vào tháng 1. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một bản in hoặc bản điện tử chậm nhất vào ngày 30 tháng 9.
- **Chứng từ về Bảo hiểm:** Bản cung cấp cho quý vị chi tiết về những gì chương trình bảo hiểm chi trả, số tiền quý vị phải trả, và nhiều thông tin khác trong năm tới. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo (hoặc bản in) trước ngày 15 tháng 10. Thông báo sẽ bao gồm thông tin về cách nhận tài liệu này bằng phương thức điện tử hoặc qua thư.

Nếu quý vị không nhận được những tài liệu quan trọng này, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

Hãy cân nhắc đăng ký nhận phiên bản điện tử của sổ tay “Medicare & Quý vị” này tại [Medicare.gov/go-digital](https://www.medicare.gov/go-digital) vì quý vị sẽ nhận được thông tin về chi phí và phạm vi chi trả từ Chương trình Medicare Advantage của mình và sẽ không cần bản in của cẩm nang này. Tôi nên biết gì về các Chương trình Medicare Advantage?

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

- Có Phần A và Phần B.
- Sống trong khu vực của chương trình **khu vực dịch vụ**.
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc người mang quốc tịch Hoa Kỳ, thường trú nhân hợp pháp (người có Thẻ xanh), người nhập cảnh Cuba-Haiti hoặc người di cư theo Hiệp ước Liên kết Tự do (COFA) đang cư trú 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 mắc bệnh có từ trước.
- **Quý vị chỉ có thể tham gia hoặc rời khỏi Chương trình Medicare Advantage vào một số thời điểm nhất định trong năm** (trang 74–76).
- Mỗi năm, các Chương trình Medicare Advantage có thể lựa chọn rời khỏi Medicare hoặc thay đổi phạm vi chi trả, chi phí, khu vực dịch vụ và các nội dung khác. Nếu chương trình quyết định ngừng tham gia Medicare, quý vị sẽ phải tham gia một Chương trình Medicare Advantage khác hoặc quay lại Original Medicare (trang 102).
- Các Chương trình Medicare Advantage phải tuân theo một số quy định nhất định khi cung cấp cho quý vị thông tin về cách tham gia chương trình của họ. Truy cập trang 109–110 để biết thêm thông tin về các quy định này và cách bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD)?

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. Trước khi tham gia, hãy kiểm tra với Chương trình Medicare Advantage để bảo đảm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác của quý vị thuộc mạng lưới của chương trình, đồng thời tìm hiểu thông tin về các loại thuốc được chi trả và chi phí của các loại thuốc đó, cũng như các quy định về chấp thuận trước. Nếu quý vị chỉ hội đủ điều kiện nhận Medicare vì mắc ESRD và được ghép thận, các quyền lợi Medicare của quý vị sẽ chấm dứt sau 36 tháng kể từ ngày ghép thận. Để biết thêm thông tin về Medicare và ESRD, hãy truy cập [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease).

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)

Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage đều bao gồm bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Trong một số loại chương trình không bao gồm bảo hiểm thuốc của Medicare (như Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế và một số Chương trình Trả phí theo Dịch vụ Tư nhân), quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt. Tuy nhiên, nếu quý vị tham gia một Chương trình của Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) hoặc Chương trình của Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO) không dài thọ thuốc, quý vị không thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.

Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần sử dụng bảo hiểm thuốc theo toa khác mà quý vị đã có (như bảo hiểm của chủ lao động hoặc bảo hiểm dành cho người đã nghỉ hưu), hoặc không có bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị quyết định không tham gia bảo hiểm thuốc Medicare khi lần đầu đủ điều kiện và quý vị không có **bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy** khác, quý vị có thể phải trả khoản phạt ghi danh trễ được cộng vào **phí bảo hiểm** hàng tháng của quý vị (trang 86–89) nếu sau này quý vị tham gia một chương trình Phần D.

Nếu tôi có bảo hiểm khác thì sao?

Hãy trao đổi với chủ lao động của quý vị, công đoàn, hoặc quản trị viên về quyền lợi khác về các quy định của họ trước khi quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage. Trong một số trường hợp, việc tham gia Chương trình Medicare Advantage có thể khiến quý vị mất bảo hiểm do chủ lao động hoặc công đoàn cung cấp cho bản thân, vợ/chồng và người phụ thuộc của quý vị, và quý vị có thể không lấy lại được bảo hiểm đó. Trong những trường hợp khác, nếu tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị vẫn có thể sử dụng bảo hiểm do chủ lao động hoặc công đoàn cung cấp 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 dành cho người về hưu do họ tài trợ. Tại một thời điểm, quý vị chỉ có thể tham gia một Chương trình Medicare Advantage.

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

Quan trọng! Nếu quý vị đã có **Medigap** và tham gia một chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể muốn hủy Medigap vì quý vị không thể dùng Medigap để thanh toán **đồng thanh toán**, các **khoản khấu trừ** và phí bảo hiểm của Chương trình Medicare Advantage của quý vị. **Xin lưu ý rằng nếu quý vị chấm dứt Medigap để tham gia Chương trình Medicare Advantage, nhưng sau đó quyết định quay lại Original Medicare bản, quý vị có thể không mua lại được hợp đồng Medigap hoặc có thể phải trả mức phí cao hơn cho hợp đồng Medigap, tùy thuộc vào các quy định ghi danh Medigap của tiểu bang và hoàn cảnh của quý vị.** Để biết thêm chi tiết về việc chấm dứt hợp đồng Medigap, hãy truy cập [Medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies).

Quý vị không thể mua Medigap trong khi đang tham gia Chương trình Medicare Advantage, trừ khi quý vị đang chuyển trở lại Original Medicare. Quý vị không thể sử dụng Medigap để thanh toán đồng thanh toán khoản khấu trừ và phí bảo hiểm của Chương trình Medicare Advantage.

Tôi phải trả những gì?

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

- **Chương trình có thu khoản **phí bảo hiểm hàng tháng** hay không.** Một số Chương trình Medicare Advantage có phí bảo hiểm \$0 (nhưng quý vị vẫn có thể phải trả phí bảo hiểm Phần B). Nếu quý vị tham gia một chương trình có tính phí bảo hiểm, quý vị sẽ 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 phí bảo hiểm).
- **Việc chương trình có thanh toán bất kỳ khoản **phí bảo hiểm Phần B hàng tháng** nào của quý vị hay không.** Một số chương trình Medicare Advantage sẽ giúp thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Đôi khi điều này được gọi là “giảm phí bảo hiểm Medicare Phần B.”
- **Việc chương trình có mức **khấu trừ hàng năm** hay bất kỳ khoản **khấu trừ bổ sung** nào đối với một số dịch vụ.**
- **Số tiền quý vị phải trả cho mỗi lần khám hoặc dịch vụ, như **đồng thanh toán** hoặc **đồng bảo hiểm**.** Các chương trình Medicare Advantage không được tính phí cao hơn **Original Medicare** đối với một số dịch vụ nhất định, chẳng hạn như hóa trị, lọc máu, và các ngày từ 21–100 của **chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn** (trang 31).
- **Loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần và tần suất quý vị nhận được chúng.**
- **Cho dù quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới hay từ nhà cung cấp không ký hợp đồng với chương trình.** Chương trình của quý vị có thể không chi trả cho các dịch vụ của quý vị, hoặc chi phí của quý vị có thể cao hơn, nếu quý vị đến gặp bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ không khẩn cấp hoặc không cấp cứu.
- **Quý vị có đến bác sĩ hoặc nhà cung cấp chấp nhận hay không **thỏa thuận chi trả trực tiếp**** (nếu quý vị tham gia Chương trình của Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO), Chương trình Trả phí theo Dịch vụ Tư nhân (PFFS), hoặc Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA) và sử dụng dịch vụ ngoài mạng lưới). Truy cập trang 63–64 để biết thêm thông tin về thỏa thuận chi trả trực tiếp.
- **Việc chương trình có cung cấp các **quyền lợi bổ sung**** (ngoài các quyền lợi của Original Medicare) và liệu quý vị có cần trả thêm phí để nhận các quyền lợi đó hay không.
- **Giới hạn hàng năm của chương trình đối với **chi phí tự trả của quý vị cho tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B chi trả**.** Khi quý vị đạt đến giới hạn này, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B.
- **Cho dù quý vị có **Medicaid** hay nhận được **hỗ trợ từ tiểu bang của mình** thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare (trang 95–96).**

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

Làm thế nào tôi có thể biết liệu chương trình của tôi có chi trả cho một dịch vụ, thuốc hoặc vật dụng không?

Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể nhận được quyết định, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, từ chương trình của quý vị trước để biết liệu chương trình đó có chi trả cho một dịch vụ, thuốc hoặc vật dụng hay không. Quý vị cũng có thể tìm hiểu số tiền mình sẽ phải trả. **Đây được gọi là “quyết định của tổ chức.”** Đôi khi, quý vị phải thực hiện việc này dưới hình thức chấp thuận trước để chương trình chi trả cho dịch vụ, thuốc hoặc vật dụng.

Mới!

Bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2027, chương trình của quý vị có thể xử lý các yêu cầu chấp thuận trước bằng phương thức điện tử và quý vị có thể xem các quyết định trong cổng thông tin dành cho bệnh nhân. Hãy hỏi bác sĩ xem họ có đang sử dụng các công cụ này hay không và cách bắt đầu sử dụng.

Quý vị, người đại diện của quý vị hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định của tổ chức. Yêu cầu này có thể được đưa ra bằng lời nói hoặc bằng văn bản. Dựa trên nhu cầu sức khỏe của quý vị, quý vị, người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu đưa ra quyết định nhanh đối với yêu cầu quyết định của tổ chức. Nếu chương trình từ chối chi trả, chương trình phải thông báo cho quý vị bằng văn bản và quý vị có quyền kháng nghị (trang 102–104).

Nếu một nhà cung cấp thuộc chương trình giới thiệu quý vị đến nhận một dịch vụ được chi trả hoặc đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới nhưng không xin quyết định của tổ chức trước, **thì trường hợp này được gọi là “dịch vụ chăm sóc theo chỉ định của chương trình.”** Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí thông thường của chương trình. Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin về biện pháp bảo vệ này.

Các loại Chương trình Medicare Advantage

HMO

Chương trình của 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 nào khác hoặc bệnh viện nào không?

Không. Quý vị nhìn chung phải nhận chăm sóc và dịch vụ của mình từ các bác sĩ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực, hoặc lọc máu tạm thời ngoài khu vực, những dịch vụ này được bảo hiểm dù 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 HMO Điểm dịch vụ (HMOPOS)**, có thể cho phép quý vị nhận một số dịch vụ ngoài mạng lưới với mức **đồng thanh toán** hoặc **đồng bảo hiểm** cao hơn.

Các chương trình này có đài thọ thuốc theo toa không?

Trong hầu hết các trường hợp, có. Nếu quý vị đang dự định ghi danh vào một HMO và quý vị muốn có bảo hiểm thuốc của Medicare (Phần D), quý vị phải tham gia một Chương trình HMO có cung cấp bảo hiểm thuốc của 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?

Trong hầu hết các trường hợp, có.

Tôi có phải đăng ký giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa không?

Trong hầu hết các trường hợp, có. Một số dịch vụ nhất định, như sàng lọc quang tuyến vú hàng năm, không yêu cầu giấy giới thiệu.

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

- Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe không khẩn cấp ngoài mạng lưới của chương trình mà không có sự cho phép, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí.
- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác rời khỏi mạng lưới của chương trình, chương trình của quý vị sẽ thông báo cho quý vị. Quý vị có thể chọn một bác sĩ khác trong mạng lưới của chương trình. **Quý vị cũng có thể đủ điều kiện tham gia Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt để thay đổi chương trình hoặc quay lại Original Medicare.** Truy cập trang 66 để biết thêm về các thay đổi trong mạng lưới của chương trình.
- Điều quan trọng là tuân thủ các quy định của chương trình, chẳng hạn như xin phê duyệt trước cho một dịch vụ nhất định khi cần.
- Kiểm tra với chương trình, hoặc truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 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 nào khác hoặc bệnh viện nào không?

Có. Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện nào được Medicare chấp thuận, đồng ý điều trị cho quý vị và chưa chọn rút khỏi Medicare (đối với các vật dụng và dịch vụ thuộc Medicare Phần A và Phần B). Các Chương trình MSA thường không có mạng lưới bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện.

Các chương trình này có đài thọ thuốc theo toa không?

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

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

Không.

Tôi có phải đăng ký giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa không?

Không.

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

Chương trình gửi tiền vào một tài khoản tiết kiệm đặc biệt để quý vị sử dụng thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe. Số tiền đặt cọc thay đổi tùy theo chương trình. Quý vị có thể sử dụng số tiền này để thanh toán các chi phí được Medicare chi trả trước khi đáp ứng mức **khấu trừ**. Số tiền còn lại trong tài khoản vào cuối năm sẽ tiếp tục được giữ trong tài khoản. Nếu quý vị tiếp tục tham gia chương trình vào năm sau, chương trình sẽ cộng mọi khoản tiền gửi mới vào số tiền còn lại. Nếu quý vị rời khỏi Chương trình MSA trước khi năm kết thúc, sẽ không còn tiền nào được thêm vào tài khoản của quý vị nữa. Quý vị sẽ cần hoàn trả cho Medicare một phần khoản tiền đặt cọc hằng năm gần đây nhất (dựa trên số tháng còn lại trong năm dương lịch hiện tại).

- Các chương trình MSA không tính phí **phí bảo hiểm**, nhưng quý vị vẫn phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Phần B.
- Chương trình sẽ chỉ bắt đầu chi trả các chi phí Phần A và Phần B của quý vị sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ hằng năm, khoản này thay đổi tùy theo chương trình.
- Một số chương trình có thể đài thọ một số quyền lợi bổ sung, như dịch vụ thị lực, thính lực và dịch vụ nha khoa. Quý vị có thể phải trả phí bảo hiểm cho phạm vi bảo hiểm bổ sung này.
- Các Chương trình MSA tương tự như HSA nhưng khác nhau về nguồn tài trợ và các yêu cầu đủ điều kiện.
- Kiểm tra với chương trình, hoặc truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để tìm hiểu xem có các Chương trình MSA ở khu vực của quý vị hay không.

PPO **Chương trình của 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 nào khác hoặc bệnh viện nào không?**

Các chương trình PPO có các bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, 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 dịch vụ ngoài mạng lưới để nhận các dịch vụ được chi trả, thường với chi phí cao hơn, nếu nhà cung cấp đồng ý điều trị cho quý vị và chưa chọn rút khỏi Medicare (đối với các vật dụng và dịch vụ thuộc Medicare Phần A và Phần B). Quý vị luôn được chi trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp.

Các chương trình này có đài thọ thuốc theo toa không?

Trong hầu hết các trường hợp, có. Nếu quý vị dự định ghi danh vào một PPO và muốn có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị phải tham gia Chương trình PPO có cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare. Nếu quý vị tham gia 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 phải đăng ký giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa không?

Trong hầu hết các trường hợp, không. Tuy nhiên, nếu quý vị sử dụng các bác sĩ chuyên khoa thuộc chương trình (trong mạng lưới), chi phí của quý vị cho các dịch vụ được chi trả thường sẽ thấp hơn so với khi sử dụng các bác sĩ chuyên khoa không thuộc chương trình (ngoài mạng lưới).

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

- Vì một số nhà cung cấp PPO là nhà cung cấp “ưu tiên”, quý vị có thể tiết kiệm chi phí khi sử dụng dịch vụ của họ.
- Kiểm tra với chương trình, hoặc truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết thêm thông tin.

PFFS **Chương trình Trả 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 nào khác hoặc bệnh viện nào không?**

Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện nào được Medicare chấp thuận, chấp nhận các điều khoản thanh toán của chương trình, đồng ý điều trị cho quý vị và chưa chọn rút khỏi Medicare (đối với các vật dụng và dịch vụ thuộc Medicare Phần A và Phần B). Nếu quý vị tham gia Chương trình PFFS có mạng lưới, quý vị cũng có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp nào trong mạng lưới đã đồng ý luôn cung cấp dịch vụ cho các thành viên của chương trình. Nếu quý vị chọn bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp khác ngoài mạng lưới có chấp nhận các điều khoản của chương trình, quý vị có thể phải trả nhiều hơn.

Các chương trình này có đài thọ thuốc theo toa không?

Thỉnh thoảng 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 biệt để có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).

Tôi có cần chọn bác sĩ chăm sóc chính không?

Không.

Tôi có phải xin giấy giới thiệu để sử dụng dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa không?

Không.

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

- Chương trình quyết định số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ. Mỗi năm, chương trình sẽ gửi “Thông báo Thay đổi Hàng năm” và “Chứng từ Bảo hiểm” kèm theo thông tin về khoản chia sẻ chi phí của quý vị (trang 67).
- Một số Chương trình PFFS ký hợp đồng với mạng lưới các nhà cung cấp đồng ý luôn cung cấp dịch vụ cho quý vị, ngay cả khi trước đây quý vị chưa từng sử dụng dịch vụ của họ.
- Các bác sĩ, bệnh viện và các 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 từng thăm khám với họ trước đây.
- Trong trường hợp cấp cứu y tế, bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ khác phải điều trị cho quý vị.
- Đối với mỗi dịch vụ quý vị nhận được, hãy nhớ xuất trình thẻ thành viên chương trình của quý vị cho từng nhà cung cấp trước khi quý vị được điều trị.
- Kiểm tra với chương trình, hoặc truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết thêm thông tin.

SNP

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP)

Một SNP cung cấp các quyền lợi và dịch vụ cho những người mắc các bệnh nghiêm trọng và mạn tính cụ thể, có một số nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhất định, hoặc cũng có [Medicaid](#) bảo hiểm. Các SNP bao gồm dịch vụ điều phối chăm sóc và điều chỉnh các quyền lợi, lựa chọn nhà cung cấp và danh sách thuốc ([danh mục thuốc](#)) để đáp ứng tốt nhất các nhu cầu cụ thể của những nhóm đối tượng 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 nào khác hoặc bệnh viện nào không?

Một số SNP chi trả các dịch vụ ngoài mạng lưới và một số thì không. Kiểm tra với chương trình để biết liệu họ có chi trả cho các dịch vụ ngoài mạng lưới hay không, và nếu có, điều đó ảnh hưởng như thế nào đến chi phí của quý vị.

Các chương trình này có đài thọ thuốc theo toa không?

Có. Tất cả các 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 thì không. Kiểm tra với chương trình để biết liệu quý vị có cần chọn bác sĩ chăm sóc chính hay không.

Tôi có phải đăng ký [giới thiệu](#) để gặp bác sĩ chuyên khoa không?

Một số SNP yêu cầu giấy giới thiệu và một số thì không. Một số dịch vụ nhất định, như chụp quang tuyến vú sàng lọc hàng năm, không cần giấy giới thiệu. Kiểm tra với chương trình để biết liệu quý vị có cần giấy giới thiệu hay không.

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

Có 3 loại SNP (được hiển thị bên dưới). Quý vị không bắt buộc phải ghi danh vào một SNP, nhưng quý vị có thể đủ điều kiện tham gia một trong các chương trình này nếu đáp ứng một số điều kiện nhất định:

- **Chương trình SNP Đủ điều kiện Kép (D-SNP):** Quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. D-SNPs ký hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị để giúp phối hợp các quyền lợi Medicare và Medicaid của quý vị. Một số D-SNP, được gọi là “D-SNP tích hợp”, kết hợp cả quyền lợi Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình duy nhất. Hãy gọi cho văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) để xác minh tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medicaid của quý vị.

Nếu quý vị có Medicare và nhận đầy đủ quyền lợi **Medicaid**, quý vị có thể đủ điều kiện tham gia hoặc chuyển sang một D-SNP tích hợp sử dụng cùng công ty bảo hiểm với chương trình Medicaid của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.medicare.gov/special-enrollment-periods) và chọn “Tôi có Medicare và nhận đầy đủ quyền lợi Medicaid.”

- **SNP dành cho Bệnh Mạn tính (C-SNP):** Quý vị có các tình trạng mạn tính nghiêm trọng hoặc gây suy giảm chức năng cụ thể (như tiểu đường, Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), HIV/AIDS, suy tim mạn tính, hoặc sa sút trí tuệ). Các chương trình có thể tiếp tục giới hạn tư cách thành viên chỉ đối với một tình trạng mạn tính duy nhất hoặc một nhóm các tình trạng mạn tính có liên quan.
- **SNP dành cho người sống tại cơ sở (I-SNP):** Quý vị sống trong cộng đồng (thay vì tại một cơ sở) nhưng cần mức độ chăm sóc mà cơ sở cung cấp, hoặc quý vị sống (hoặc dự kiến sẽ sống) liên tục ít nhất 90 ngày tại một cơ sở như viện dưỡng lão hoặc **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**.

Nếu quý vị đủ điều kiện và quyết định tìm kiếm và so sánh các SNP trong khu vực của mình, hãy truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). Quý vị có thể lọc kết quả tìm kiếm của mình theo “Các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP).”

Thời điểm quý vị có thể tham gia, chuyển đổi, rời khỏi hoặc thay đổi Chương trình Medicare Advantage của mình

Xin nhớ rằng quý vị phải có cả Phần A và Phần B để tham gia **chương trình Medicare Advantage** trong những thời điểm sau

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu (trang 17)	Khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare	Khi lần đầu hội đủ điều kiện nhận Medicare, quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc) Nếu đã 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 một chương trình thuốc Medicare riêng biệt) trong vòng 3 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị có Medicare.
Giai đoạn Ghi danh Chung (trang 18)	Ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 3	Nếu quý vị có bảo hiểm Phần A và lần đầu tiên nhận Phần B trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc). Quý vị sẽ có 2 tháng sau khi đăng ký Phần B để tham gia một chương trình. Quý vị bắt đầu được hưởng bảo hiểm vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.

Giai đoạn Ghi danh Mở	15 tháng 10 đến 7 tháng 12	Quý vị có thể tham gia, chuyển đổi hoặc rời khỏi một chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc) trong Giai đoạn Ghi danh Mở mỗi năm. Bảo hiểm của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1 (miễn là chương trình nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị trước ngày 7 tháng 12). Nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn này nhưng đổi ý, quý vị có thể quay lại Original Medicare hoặc chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác (tùy theo loại bảo hiểm nào phù hợp hơn với quý vị) trong Giai đoạn ghi danh mở Medicare Advantage (1 tháng 1 – 31 tháng 3).
Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage	Từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3	Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc), trong thời gian này quý vị có thể: • Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc). • Hủy bỏ Chương trình Medicare Advantage của quý vị và quay lại Original Medicare. Quý vị cũng sẽ có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt. Trong thời gian này, quý vị không thể: • Chuyển từ Original Medicare sang một Chương trình Medicare Advantage. • Tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt nếu quý vị có Original Medicare. • Chuyển từ một chương trình thuốc Medicare sang một chương trình khác nếu quý vị có Original Medicare. Quý vị chỉ có thể thực hiện một thay đổi trong thời gian này, và mọi thay đổi 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. Nếu quý vị quay lại Original Medicare và tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, quý vị không cần 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 chương trình thuốc.

Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (trang 17)	Sự kiện Cuộc sống Đủ điều kiện	Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị tham gia một chương trình Medicare Advantage , quý vị phải giữ nó trong năm dương lịch bắt đầu từ ngày bảo hiểm của quý vị có hiệu lực. Tuy nhiên, trong một số tình huống nhất định, như khi quý vị chuyển nhà hoặc mất phạm vi bảo hiểm khác, quý vị có thể đủ điều kiện tham gia, chuyển đổi hoặc rời khỏi một chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (trang 84).
Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt 5 sao	Từ ngày 8 tháng 12 đến ngày 30 tháng 11 năm sau Lưu ý: Quý vị chỉ có thể đổi chương trình một lần trong thời gian này.	Medicare sử dụng hệ thống xếp hạng từ 1–5 sao để giúp quý vị so sánh các chương trình dựa trên chất lượng và hiệu quả hoạt động. Nếu tại khu vực của quý vị có Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc Medicare hoặc Chương trình Chi phí Medicare được xếp hạng chất lượng 5 sao, quý vị có thể sử dụng Giai đoạn ghi danh đặc biệt 5 sao để chuyển từ Chương trình Medicare hiện tại của mình sang một chương trình Medicare được xếp hạng chất lượng 5 sao. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập Medicare.gov .

Quan trọng! Nếu quý vị muốn hủy hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**) của mình để tham gia một Chương trình Medicare Advantage, có một số điều quan trọng cần cân nhắc (trang 82).

Lưu ý: Quý vị chỉ có thể rời khỏi hoặc thay đổi Chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn ghi danh mở, Giai đoạn ghi danh mở Medicare Advantage hoặc nếu quý vị hội đủ điều kiện tham gia Giai đoạn ghi danh đặc biệt (bảng ở trên). Nhìn chung, nếu không đang trong các giai đoạn ghi danh này, quý vị phải tiếp tục tham gia Chương trình Medicare Advantage trong thời gian còn lại của năm hoặc rời khỏi chương trình và quay lại **Original Medicare**.

Ngoài Medicare Advantage, Medicare có cung cấp các loại chương trình bảo hiểm hoặc chương trình khác để nhận bảo hiểm sức khỏe không?

Có, Medicare có thể cung cấp một số chương trình bảo hiểm và chương trình khác tại khu vực của quý vị. Một số chương trình cung cấp cả bảo hiểm Phần A (Bảo hiểm bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm y tế), trong khi các chương trình khác chỉ cung cấp bảo hiểm Phần B. Một số chương trình cũng cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Các chương trình này áp dụng một số (nhưng không phải tất cả) quy định giống như các Chương trình Medicare Advantage. Tuy nhiên, mỗi chương trình có các quy định và trường hợp ngoại lệ riêng, vì vậy quý vị nên liên hệ với bất kỳ chương trình nào mình quan tâm để biết thêm chi tiết.

Các Chương trình Chi phí Medicare

Các Chương trình Chi phí Medicare là một loại **Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare** chỉ được cung cấp tại một số khu vực hạn chế nhất định trên toàn quốc.

- Nói chung, quý vị có thể tham gia ngay cả khi quý vị chỉ có Phần B.
- Nếu quý vị có Phần A và Phần B và đến gặp nhà cung cấp ngoài mạng lưới, **Original Medicare** sẽ chi trả cho các dịch vụ. Quý vị sẽ phải trả **đồng bảo hiểm** và các **khoản khấu trừ** của Phần A và Phần B.
- Quý vị có thể tham gia bất kỳ lúc nào khi Chương trình Chi phí Medicare đang chấp nhận thành viên mới.
- Quý vị có thể rời đi bất cứ lúc nào và quay lại Original Medicare.
- Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt hoặc nhận bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) từ Chương trình Chi phí Medicare (nếu được cung cấp). Quý vị vẫn có thể chọn tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt ngay cả khi Chương trình Chi phí Medicare có cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare. Quý vị chỉ có thể thêm hoặc chấm dứt bảo hiểm thuốc vào một số thời điểm nhất định (trang 84–85).

Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để tìm hiểu xem có các Chương trình Chi phí Medicare trong khu vực của quý vị hay không. 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 của quý vị (SHIP) cũng có thể giúp quý vị. Truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP của quý vị, hoặc truy cập [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org). Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể giúp đỡ.

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

PACE là một chương trình Medicare và **Medicaid** được cung cấp tại nhiều tiểu bang, cho phép những người vốn cần mức độ chăm sóc tương đương viện dưỡng lão tiếp tục sống trong cộng đồng, chẳng hạn như tại nhà riêng, căn hộ hoặc môi trường phù hợp khác, càng lâu càng tốt. 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 được tiểu bang chứng nhận là cần mức chăm sóc tương đương tại viện dưỡng lão.
- Tại thời điểm quý vị tham gia, quý vị có thể sống an toàn trong cộng đồng với sự hỗ trợ của các dịch vụ PACE.

PACE chi trả cho tất cả các dịch vụ chăm sóc và dịch vụ khác được Medicare và Medicaid chi trả, cũng như các dịch vụ khác mà nhóm chuyên gia chăm sóc sức khỏe của PACE xác định là cần thiết để cải thiện và duy trì sức khỏe cũng như thể trạng của quý vị. Phạm vi này bao gồm thuốc, các buổi khám với bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe, dịch vụ vận chuyển, chăm sóc tại nhà, khám và điều trị tại bệnh viện cùng **cần thiết về mặt y tế** các dịch vụ khác, chẳng hạn như lưu trú tại viện dưỡng lão khi được nhóm chăm sóc của quý vị chấp thuận. Nhóm chăm sóc sẽ cá nhân hóa dịch vụ chăm sóc dựa trên các nhu cầu và ưu tiên về y tế, thể chất, xã hội và cảm xúc của quý vị.

Nếu quý vị có Medicaid, quý vị sẽ không phải trả **phí bảo hiểm** hàng tháng cho quyền lợi PACE. Nếu quý vị có Medicare nhưng không có Medicaid, quý vị sẽ phải trả phí bảo hiểm hàng tháng bao gồm bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị (Phần D). Số tiền quý vị phải trả sẽ phụ thuộc vào việc quý vị có Medicare Phần A, Phần B, hay cả hai. Tuy nhiên, trong PACE, sẽ không bao giờ có **khấu trừ** hoặc **đồng thanh toán** đối với bất kỳ thuốc, dịch vụ hoặc chăm sóc nào mà nhóm chuyên gia chăm sóc sức khỏe của PACE phê duyệt.

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 mô hình đổi mới của Medicare (chương trình trình diễn và chương trình thí điểm)

Ví dụ về các mô hình, **các chương trình trình diễn**, và chương trình thí điểm bao gồm dịch vụ chăm sóc bệnh sa sút trí tuệ, ung thư, các thủ thuật cụ thể (chẳng hạn như thay khớp háng và khớp gối), **cơ sở điều dưỡng chuyên môn** hoặc phục hồi chức năng, bệnh thận mạn tính và Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), dịch vụ chăm sóc ban đầu và các sáng kiến thông qua các **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACOs)** (trang 25–26).

Mới!

ACCESS (Thúc đẩy Chăm sóc Bệnh mạn tính bằng các Giải pháp Hiệu quả, Có thể Mở rộng)

Medicare đang triển khai một mô hình mới nhằm giúp mọi người cải thiện sức khỏe, đồng thời phòng ngừa và kiểm soát các bệnh mạn tính (chẳng hạn như tiểu đường, béo phì và trầm cảm).

Đây là một mô hình tự nguyện dành cho những người ở Original Medicare. Mô hình này kết nối bác sĩ của quý vị với các nhà cung cấp tham gia để hỗ trợ kiểm soát các bệnh mạn tính của quý vị. Mô hình cũng có thể giúp cải thiện khả năng tiếp cận các lựa chọn chăm sóc mới có hỗ trợ của công nghệ (chẳng hạn như theo dõi từ xa, máy đo huyết áp đeo được, thiết bị cảm biến insulin và các công cụ tiện lợi khác mà quý vị có thể sử dụng tại nhà), đồng thời có thể giúp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trở nên hợp túi tiền hơn. Mô hình này bắt đầu vào tháng 7 năm 2026 và có thể được triển khai trong tối đa 10 năm.

Hãy hỏi bác sĩ xem họ có tham gia bất kỳ mô hình, chương trình trình diễn, chương trình thí điểm hoặc ACO nào hay không và việc đó có ý nghĩa như thế nào đối với dịch vụ chăm sóc của quý vị. Để tìm hiểu thêm về các mô hình, chương trình trình diễn và chương trình thí điểm hiện tại của Medicare, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Đừng quên tìm hiểu các ứng dụng được kết nối của Medicare

Các ứng dụng được kết nối là các ứng dụng hoặc trang web được Medicare phê duyệt do một bên thứ ba (không phải Medicare) tạo ra. Khi quý vị kết nối với một ứng dụng và đăng nhập bằng thông tin tài khoản [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) của mình, quý vị có thể sử dụng các dịch vụ của ứng dụng mà không cần nhập thủ công thông tin sức khỏe của mình. Các bên thứ ba này chỉ có thể truy cập dữ liệu Medicare của quý vị nếu quý vị chọn chia sẻ dữ liệu đó với họ. Quý vị luôn có quyền lựa chọn kết nối (hoặc duy trì kết nối) với một ứng dụng của bên thứ ba.

Với các ứng dụng này, quý vị có thể:

- Chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với bác sĩ, người chăm sóc và những người khác.
- Xem tất cả hồ sơ sức khỏe của quý vị ở một nơi (như các lần nhập viện, kết quả xét nghiệm và thuốc men).
- Nộp thông tin sức khỏe của quý vị để tham gia vào các nghiên cứu lâm sàng.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia **chương trình Medicare Advantage**, chỉ có thông tin Phần D được cung cấp thông qua các ứng dụng được kết nối. Đối với thông tin về Phần A và Phần B, hãy kiểm tra với chương trình của quý vị.

Hãy nhớ: Hãy xử lý thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe của quý vị tương tự như cách quý vị xử lý các thông tin bảo mật khác.

Để tìm hiểu cách sử dụng các ứng dụng được kết nối để lưu thông tin yêu cầu thanh toán Medicare của quý vị, hãy truy cập:

- [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims)
- [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims/connected-apps](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims/connected-apps)

Phần 5:

Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)

Medigap hoạt động như thế nào?

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

Một số hợp đồng Medigap cũng chi trả các dịch vụ mà Original Medicare không chi trả, như chăm sóc y tế khi quý vị đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ. Thông thường, Medigap không chi trả chăm sóc dài hạn (như chăm sóc tại viện dưỡng lão), dịch vụ thị lực hoặc dịch vụ nha khoa, máy trợ thính, kính mắt, hoặc điều dưỡng riêng.

Các chính sách Medigap được tiêu chuẩn hóa

Medigap phải tuân theo các luật liên bang và tiểu bang được ban hành nhằm bảo vệ quý vị, đồng thời phải được xác định rõ là “Bảo hiểm Bổ sung Medicare”. Các công ty bảo hiểm chỉ được bán cho quý vị các chương trình “tiêu chuẩn hóa”, được đặt tên tại hầu hết các tiểu bang bằng các chữ cái A–D, F, G và K–N. Tất cả các chương trình Medigap có cùng chữ cái đều cung cấp các quyền lợi cơ bản giống nhau, bất kể quý vị sống ở đâu hoặc mua hợp đồng từ công ty bảo hiểm nào. Một số chương trình cung cấp các quyền lợi khác nhau, chẳng hạn như số tiền chương trình thanh toán cho những chi phí còn lại mà quý vị có thể phải trả đối với các dịch vụ và vật dụng được chi trả.

Các chương trình Medigap chi trả một tỷ lệ phần trăm của quyền lợi và quý vị chịu trách nhiệm thanh toán phần còn lại. So sánh các quyền lợi của từng chương trình được ký hiệu bằng chữ cái ở trang tiếp theo để tìm chương trình đáp ứng nhu cầu của quý vị. Tại Massachusetts, Minnesota và Wisconsin, các hợp đồng Medigap được tiêu chuẩn hóa theo cách khác. Nhận thông tin và tìm các hợp đồng Medigap tại khu vực của quý vị:



[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 tập sách, “Lựa chọn Hợp đồng Medigap: Hướng dẫn về Bảo hiểm Y tế dành cho người có Medicare.”

Quan trọng! Không phải ai cũng có thể mua các Chương trình Medigap C và F. Việc quý vị đủ điều kiện phụ thuộc vào thời điểm quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare.

- **Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare trước ngày 1 tháng 1 năm 2020**, quý vị vẫn có thể mua các Chương trình C hoặc F, ngay cả khi quý vị chưa ghi danh.
- **Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 tháng 1 năm 2020**, quý vị không thể mua các Chương trình C hoặc F. Tuy nhiên, quý vị có thể mua các Chương trình D hoặc G nếu quý vị đủ điều kiện. Các chương trình D và G mang lại cho quý vị cùng các quyền lợi như các chương trình C và F, ngoại trừ việc chi trả khoản khấu trừ Phần B (chỉ các chương trình C và F cung cấp quyền lợi đó).



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

Làm thế nào để tôi so sánh các chương trình Medigap?

Medigap giúp chi trả các chi phí tự trả của Medicare Phần A và Phần B của quý vị (như **đồng thanh toán**, **đồng bảo hiểm** và các **khoản khấu trừ**) cho các dịch vụ Medicare được bảo hiểm. Sử dụng bảng dưới đây để tìm hiểu mỗi chương trình Medigap chi trả bao nhiêu (theo tỷ lệ phần trăm) vào năm 2026. Nếu một ô trống, điều đó có nghĩa là dịch vụ đó không được Medigap đó chi trả và quý vị phải tự chịu trách nhiệm thanh toán chi phí.

Các chương trình Medigap có thể bao gồm:	Các chương trình Medigap									
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Khoản đồng bảo hiểm và chi phí bệnh viện của Medicare Phần A	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Khoản đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc cuối đời của Medicare Phần A	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Khoản khấu trừ của Medicare Phần A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn đồng bảo hiểm			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Máu (3 pint đầu tiên)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán của Medicare Phần B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Khoản khấu trừ của Medicare Phần B			100%		100%		100%**	100%**		
Phí vượt mức của Medicare Phần B					100%	100%				
Chăm sóc cấp cứu khi đi du lịch nước ngoài (theo giới hạn của chương trình)			80%	80%	80%	80%			80%	80%

- * Chương trình F và G cung cấp lựa chọn có khoản khấu trừ cao tại một số tiểu bang. Trong năm 2026, quý vị phải tự thanh toán tối đa \$2,950 cho các chi phí được Medicare chi trả (khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ) trước khi hợp đồng của quý vị bắt đầu chi trả.
Lưu ý: Quý vị không thể mua các Chương trình Medigap C hoặc F nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 tháng 1 năm 2020 (trang 79).
- ** Chương trình K và L chi trả 100% cho các dịch vụ được chi trả trong thời gian còn lại của năm dương lịch sau khi quý vị đạt giới hạn chi phí tự trả hằng năm và đáp ứng khoản khấu trừ Phần B hằng năm (\$283 vào năm 2026). Trong năm 2026, giới hạn chi phí tự trả của Chương trình K là \$8,000 và của Chương trình L là \$4,000.
- *** Chương trình N chi trả 100% đồng bảo hiểm Phần B. Quý vị phải trả khoản đồng thanh toán lên đến \$20 cho một số lần khám tại phòng khám và lên đến \$50 cho các lần khám tại phòng cấp cứu khi quý vị không được nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết số tiền mới nhất.

Tôi nên biết thêm điều gì về Medigap?

Trước khi quý vị có thể mua Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**), quý vị thường phải có Phần A và Phần B. Với Medigap, quý vị trả một khoản **phí bảo hiểm** hằng tháng cho một công ty bảo hiểm tư nhân ngoài phí bảo hiểm Phần B hằng tháng mà quý vị trả cho Medicare. **Nếu quý vị đang cân nhắc mua Medigap, hãy nhớ so sánh các chương trình. Chi phí có thể khác nhau giữa các chương trình do các công ty khác nhau cung cấp dù có phạm vi chi trả hoàn toàn giống nhau và có thể tăng lên khi quý vị lớn tuổi hơn. Một số tiểu bang giới hạn chi phí phí bảo hiểm Medigap.** Một hợp đồng Medigap chỉ bảo hiểm cho một người. Vợ/chồng phải mua bảo hiểm riêng.

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

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

Có. Nhưng quý vị có thể cần thực hiện 2 khoản thanh toán phí bảo hiểm riêng biệt. Liên hệ với công ty để tìm hiểu cách thanh toán phí bảo hiểm của quý vị.

Tôi có thể có bảo hiểm thuốc trong cả Medigap và chương trình thuốc Medicare của tôi không?

Không. Truy cập trang 93 để biết thêm thông tin.

Khi nào một hợp đồng Medigap bắt đầu?

Thông thường, hợp đồng Medigap của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị nộp đơn, trừ khi quý vị yêu cầu một ngày hiệu lực trong tương lai khác.

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

- Thời điểm tốt nhất để mua một hợp đồng Medigap là trong Giai đoạn Ghi danh Mở Medigap của quý vị. Khoảng thời gian 6 tháng này bắt đầu vào 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 các Giai đoạn Ghi danh Mở bổ sung.) **Sau thời gian ghi danh này, quý vị có thể sẽ không thể mua một hợp đồng Medigap hoặc chi phí có thể cao hơn.** Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể có quyền mua hợp đồng Medigap (quyền được bảo đảm cấp hợp đồng) ngoài Giai đoạn Ghi danh Mở Medigap của mình.
- Nếu quý vị trì hoãn ghi danh Phần B vì có bảo hiểm sức khỏe theo nhóm dựa trên công việc hiện tại của quý vị (hoặc của vợ/chồng quý vị), Giai đoạn Ghi danh Mở Medigap của quý vị sẽ không bắt đầu cho đến khi quý vị có Phần B.
- Nhìn chung, luật liên bang không yêu cầu các công ty bảo hiểm phải bán Medigap cho người dưới 65 tuổi. Nếu quý vị dưới 65 tuổi, quý vị có thể không mua được hợp đồng mình mong muốn hoặc bất kỳ hợp đồng nào cho đến khi đủ 65 tuổi. Tuy nhiên, một số tiểu bang yêu cầu các công ty bảo hiểm Medigap bán hợp đồng Medigap cho người dưới 65 tuổi. Nếu có thể mua, quý vị có thể phải trả mức phí cao hơn.

Hãy gọi Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị (truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP của quý vị hoặc truy cập shiphelp.org), hoặc Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị để tìm hiểu thêm về quyền mua một hợp đồng bảo hiểm Medigap của quý vị. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể hỗ trợ.

Tôi có thể có Medigap và một chương trình Medicare Advantage không?

- Nếu quý vị đang tham gia một **chương trình Medicare Advantage**, thì việc bất kỳ ai bán cho quý vị **Medigap** hợp đồng là bất hợp pháp, trừ khi quý vị đang chuyển trở lại **Original Medicare**. Nếu quý vị không có ý định rời khỏi Chương trình Medicare Advantage và có người cố gắng bán hợp đồng Medigap cho quý vị, hãy báo cáo việc đó cho Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị.
- Nếu quý vị có Medigap và tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể muốn hủy Medigap. Quý vị không thể sử dụng Medigap để thanh toán cho Chương trình Medicare Advantage của quý vị **đồng thanh toán**, các **khoản khấu trừ**, và **phí bảo hiểm**.
- Nếu quý vị chấm dứt hợp đồng Medigap để tham gia Chương trình Medicare Advantage lần đầu tiên, quý vị sẽ có một giai đoạn duy nhất kéo dài 12 tháng (giai đoạn thực hiện quyền dùng thử của quý vị) để khôi phục hợp đồng Medigap nếu **công ty bảo hiểm đó vẫn còn bán hợp đồng này** khi quý vị quay lại Original Medicare. Nếu hợp đồng đó không còn được cung cấp, quý vị có thể mua một số hợp đồng Medigap nhất định, tùy theo luật tiểu bang và việc quý vị bắt đầu tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 tháng 1 năm 2020. Vào thời điểm này, quý vị cũng có thể có cơ hội tham gia một chương trình thuốc Medicare.

Quan trọng! Nếu quý vị muốn hủy hợp đồng Medigap của mình, hãy liên hệ với công ty bảo hiểm của quý vị. Hầu hết các hợp đồng Medigap không tự động bị hủy khi quý vị tham gia một chương trình Medicare Advantage. Nếu quý vị hủy hợp đồng Medigap của mình để tham gia một Chương trình Medicare Advantage nhưng sau đó quyết định chuyển lại Original Medicare, **quý vị có thể sẽ không thể lấy lại cùng một hợp đồng đó, hoặc trong một số trường hợp, bất kỳ hợp đồng Medigap nào** trừ khi quý vị rời khỏi Chương trình Medicare Advantage của mình trong thời gian quyền thử nghiệm của quý vị.

- Nếu quý vị tham gia một chương trình Medicare Advantage khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A ở tuổi 65, quý vị có thể mua một số hợp đồng Medigap do một công ty bảo hiểm bán tại tiểu bang của quý vị nếu quý vị chuyển sang Original Medicare trong năm đầu tiên kể từ khi tham gia chương trình Medicare Advantage. Các loại hợp đồng Medigap mà quý vị có thể mua phụ thuộc vào việc quý vị có mới tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 tháng 1 năm 2020 hay không. Vào thời điểm này, quý vị cũng có thể có cơ hội tham gia một chương trình thuốc Medicare.
- Một số tiểu bang cung cấp thêm các quyền đặc biệt để mua hợp đồng Medigap.

Tôi có thể tìm thêm thông tin ở đâu?

- Hãy gọi cho Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị. Để lấy số điện thoại của họ, hãy truy cập content.naic.org/state-insurance-departments.
- Truy cập [Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans) để tìm các chính sách và mức giá trong khu vực của quý vị.
- Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) để xem lại tập sách, “Lựa chọn Hợp đồng Medigap.”
- Hãy gọi Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP của quý vị, hoặc truy cập [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).
- Một đại lý hoặc môi giới đáng tin cậy trong khu vực của quý vị cũng có thể hỗ trợ.



Phần 6:

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)

Bảo hiểm thuốc của Medicare hoạt động như thế nào?

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) giúp thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị. Bro hiểm này là tùy chọn và được cung cấp cho tất cả mọi người có Medicare. Ngay cả khi hiện tại quý vị không dùng thuốc theo toa, hãy cân nhắc tham gia bảo hiểm thuốc Medicare. Nếu quý vị quyết định không tham gia khi lần đầu đủ điều kiện, và quý vị không có bảo hiểm **bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy** khác (như bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc công đoàn) hoặc nhận **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**, **quý vị rất có thể sẽ phải trả khoản phạt ghi danh trễ được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị nếu quý vị tham gia một chương trình sau này**. Thông thường, quý vị sẽ phải trả khoản phạt này trong suốt thời gian quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (trang 87–89). Để có bảo hiểm thuốc Medicare, quý vị phải tham gia một chương trình được Medicare chấp thuận có cung cấp bảo hiểm thuốc. Mỗi chương trình có thể khác nhau về chi phí và các loại thuốc cụ thể được chi trả. 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 có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D):

- **Các chương trình thuốc Medicare.** Các chương trình này bổ sung bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) cho **Original Medicare**, một số Chương trình Chi phí Medicare, một số Chương trình Medicare Advantage Trả phí theo Dịch vụ Tư nhân, và Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA). Quý vị phải có Phần A **và/hoặc** Phần B để tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
- **Các chương trình Medicare Advantage (Phần C) hoặc Các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác có bảo hiểm thuốc.** Quý vị nhận được Phần A, Phần B, và bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) thông qua các chương trình này. Hãy nhớ rằng, quý vị phải có Phần A **và** Phần B để tham gia một chương trình Medicare Advantage, và không phải tất cả các 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 phải hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Các chương trình thuốc Medicare và các chương trình sức khỏe Medicare có bảo hiểm thuốc được gọi là “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 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 y tế và thuốc của chủ lao động hoặc công đoàn dành cho quý vị và những người phụ thuộc của quý vị. Nếu điều này xảy ra, quý vị có thể sẽ không thể lấy lại bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn của mình. Nếu quý vị muốn biết bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) hoạt động như thế nào với các bảo hiểm thuốc khác, hãy truy cập trang 92–94.



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

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

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

- **Giai đoạn Ghi danh Ban đầu.** Khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị có thể tham gia một chương trình (trang 17).
- **Giai đoạn Ghi danh Mở.** Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hằng năm, quý vị có thể tham gia, chuyển đổi hoặc rời khỏi một chương trình. Quý vị sẽ bắt đầu được hưởng bảo hiểm vào ngày 1 tháng 1 miễn là chương trình nhận được yêu cầu của quý vị trước ngày 7 tháng 12 (trang 75).
- **Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage (chỉ áp dụng nếu quý vị đã tham gia một chương trình Medicare Advantage).** Từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 hằng 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 biệt) một lần trong thời gian này (trang 75).

Lưu ý: Nếu quý vị phải trả phí cho Phần A và quý vị đăng ký Phần B trong Giai đoạn Ghi danh Chung (ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 3), quý vị có thể tham gia một Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc hoặc một chương trình thuốc của Medicare. Nếu quý vị không nhận Phần A và chỉ đăng ký Phần B, quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc của Medicare. Quý vị sẽ có 2 tháng sau khi đăng ký Phần B để tham gia một chương trình thuốc.

Quý vị sẽ bắt đầu được hưởng bảo hiểm thuốc vào tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu tham gia của quý vị.

Các Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Nhìn chung, quý vị phải tiếp tục tham gia chương trình của mình trong suốt cả năm. Tuy nhiên, khi xảy ra một số sự kiện nhất định trong cuộc sống, chẳng hạn như quý vị chuyển nơi ở hoặc mất bảo hiểm khác, quý vị có thể hội đủ điều kiện tham gia Giai đoạn ghi danh đặc biệt để tham gia, chuyển đổi hoặc rời khỏi một chương trình thuốc Medicare hoặc Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc. Quý vị có thể thay đổi chương trình của mình vào giữa năm nếu hội đủ điều kiện. Có thể có Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nếu quý vị đã ghi danh vào **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**, hoặc quý vị mất bảo hiểm **Medicaid**. Kiểm tra với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Quan trọng! Nếu quý vị đăng ký Phần A hoặc Phần B trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt vì một hoàn cảnh đặc biệt (trang 18), quý vị sẽ có 2 tháng để tham gia một Chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc) hoặc một chương trình thuốc của Medicare. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu tham gia của quý vị.

Kiểm tra với chương trình hoặc truy cập **Medicare.gov** để biết thêm thông tin.

Tôi chuyển đổi các chương trình bằng cách nào?

Quý vị có thể thay đổi bảo hiểm thuốc Medicare một cách đơn giản bằng cách tham gia một chương trình khác trong một trong những thời điểm được liệt kê ở trên. Bảo hiểm thuốc cũ của quý vị sẽ chấm dứt 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 phạm vi bảo hiểm của quý vị bắt đầu, vì vậy **quý vị không cần hủy chương trình cũ của mình**. Quý vị cũng có thể chuyển đổi chương trình bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Làm thế nào để tôi rời khỏi chương trình của mình?

Nếu quý vị muốn rời khỏi chương trình của mình và không muốn tham gia một chương trình mới, quý vị chỉ có thể làm như vậy trong những thời điểm nhất định (trang 84). Quý vị có thể hủy ghi danh bằng cách gọi 1-800-MEDICARE. Quý vị cũng có thể gửi thư cho chương trình để thông báo rằng quý vị muốn hủy ghi danh. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của mình và muốn tham gia một chương trình thuốc Medicare khác hoặc **Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare** có bảo hiểm thuốc sau này, quý vị phải chờ đến giai đoạn ghi danh. Quý vị cũng có thể phải trả một khoản phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị không có **bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy** (trang 87–89).

Đọc thông tin quý vị nhận được từ chương trình của mình

Xem “Chứng từ Bảo hiểm” và “Thông báo Thay đổi Hàng năm” mà chương trình của quý vị gửi cho quý vị mỗi năm. Chứng từ Bảo hiểm cung cấp cho quý vị chi tiết về những gì chương trình bảo hiểm chi trả, số tiền quý vị phải trả, và nhiều thông tin khác. Thông báo Thay đổi Hàng năm bao gồm mọi thay đổi về phạm vi bảo hiểm, chi phí, mạng lưới nhà cung cấp, **khuvực dịch vụ** và nhiều nội dung khác sẽ có hiệu lực vào tháng 1. 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?

Chi phí thuốc của quý vị sẽ thay đổi tùy theo chương trình quý vị chọn. Xin nhớ rằng phạm vi bảo hiểm và chi phí của chương trình có thể thay đổi mỗi năm. Quý vị có thể phải trả **phí bảo hiểm**, **khấu trừ**, **đồng thanh toán** hoặc **đồng bảo hiểm** trong suốt cả năm. Tìm hiểu thêm về các chi phí này trên trang tiếp theo.

Chi phí thuốc tự trả của quý vị được giới hạn ở mức \$2,400 vào năm 2027 (trang 87).

Quan trọng! Medicare đang đàm phán với các công ty dược tham gia về giá của một số loại thuốc biệt dược đắt tiền thuộc Phần B và Phần D không có sự cạnh tranh. Giá của 10 loại thuốc Phần D đầu tiên do Medicare đàm phán đã có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2026, và giá của 15 loại thuốc tiếp theo do Medicare đàm phán theo Phần D sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2027. Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết chi tiết về ảnh hưởng của các mức giá đã đàm phán này đối với quý vị.

Các thuốc được đàm phán bao gồm Linzess®, Otezla®, Otezla XR®, Xtandi®, và nhiều thuốc khác. Truy cập [Medicare.gov/how-drug-plans-work](https://www.medicare.gov/how-drug-plans-work) để xem danh sách đầy đủ.

Chi phí bảo hiểm thuốc thực tế của quý vị sẽ thay đổi tùy thuộc vào:

- Đơn thuốc của quý vị và việc chúng có nằm trong danh sách thuốc được đài thọ của chương trình của quý vị hay không, hoặc **danh mục thuốc** (trang 89).
- Thuốc thuộc “bậc” nào (trang 89).
- Quý vị đang ở giai đoạn quyền lợi thuốc nào (chẳng hạn như quý vị đã đáp ứng khoản khấu trừ hay đã đạt giới hạn chi phí tự trả) (trang 87).
- Quý vị sử dụng nhà thuốc nào (nhà thuốc đó áp dụng mức chia sẻ chi phí ưu tiên hay tiêu chuẩn, nằm ngoài mạng lưới hay là nhà thuốc đặt thuốc qua đường bưu điện). Chi phí thuốc tự trả của quý vị có thể thấp hơn tại nhà thuốc ưu tiên vì nhà thuốc này đã thỏa thuận với chương trình của quý vị để tính mức phí thấp hơn.
- Quý vị có nhận được **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** để thanh toán chi phí thuốc Medicare hay không (trang 96).



Chi phí & phạm vi bảo hiểm: Một số cách quý vị có thể giảm chi phí thuốc của mình bao gồm chọn thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược, hoặc thuốc sinh học tương tự thay vì thuốc sinh học biệt dược. Quý vị cũng có thể tự thanh toán tiền thuốc mà không sử dụng bảo hiểm, chẳng hạn như thông qua các chương trình tiết kiệm của nhà thuốc, chương trình giảm giá của nhà sản xuất hoặc TrumpRx (trang 99). Hãy hỏi dược sĩ của quý vị—họ có thể cho quý vị biết liệu có lựa chọn nào ít tốn kém hơn hay không. Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị để bảo đảm rằng lựa chọn thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự là phù hợp nhất với quý vị.

Phí bảo hiểm hàng tháng

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

Lưu ý: Liên hệ với chương trình của quý vị (không phải với Sở An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí ngành Đường sắt (RRB)) nếu quý vị muốn phí bảo hiểm thuốc của mình được khấu trừ từ khoản thanh toán An sinh Xã hội hoặc RRB hàng tháng của quý vị. Có thể mất tới 3 tháng để điều này bắt đầu. Nếu quý vị muốn ngừng khấu trừ phí bảo hiểm và được lập hóa đơn trực tiếp, hãy liên hệ với chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Quan trọng! Nếu quý vị có thu nhập cao hơn, quý vị có thể phải trả nhiều hơn cho bảo hiểm thuốc Medicare của mình (Phần D). Nếu thu nhập của quý vị vượt quá một mức nhất định (vào năm 2026, mức này là \$109,000 nếu quý vị khai thuế riêng hoặc \$218,000 nếu quý vị đã kết hôn và khai thuế chung), quý vị sẽ phải trả thêm một khoản ngoài phí bảo hiểm của chương trình (đôi khi được gọi là “IRMAA Phần D”). Quý vị cũng sẽ phải trả thêm khoản tiền này nếu quý vị tham gia một chương trình Medicare Advantage có bao gồm bảo hiểm thuốc. Điều này không ảnh hưởng đến tất cả mọi người, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả thêm một khoản tiền.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết các giới hạn thu nhập mới nhất.

Thông thường, Medicare hoặc RRB sẽ khấu trừ số tiền bổ sung từ khoản thanh toán An sinh Xã hội hoặc RRB của quý vị. Nếu Medicare hoặc RRB lập hóa đơn cho quý vị về khoản tiền bổ sung thay vì khấu trừ khoản đó từ khoản thanh toán An sinh Xã hội hoặc RRB của quý vị, thì quý vị phải thanh toán khoản tiền bổ sung đó cho Medicare hoặc RRB, chứ không phải cho chương trình của quý vị. Nếu quý vị không trả khoản tiền bổ sung, quý vị có thể mất bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) của mình. Quý vị có thể chưa thể tham gia một chương trình khác ngay lập tức, và quý vị có thể phải trả khoản phạt ghi danh trễ (khoản này được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị) trong suốt thời gian quý vị hưởng bảo hiểm thuốc.

Quý vị sẽ thanh toán các khoản IRMAA của Phần D riêng biệt, ngay cả khi chủ lao động của quý vị hoặc một bên thứ ba khác (như hệ thống hưu trí) thanh toán phí bảo hiểm của chương trình của quý vị (trang 24).

Nếu quý vị phải trả IRMAA của Phần D 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 mình), hãy truy cập [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.ssa.gov/medicare/lower-irmaa).

Khoản khấu trừ hàng năm

Đây là số tiền quý vị phải trả trước khi chương trình của quý vị bắt đầu thanh toán phần chi phí thuốc được bảo hiểm của quý vị. Một số chương trình không có **khấu trừ**. Trong một số chương trình có khoản khấu trừ, thuốc ở một số bậc được chi trả trước khi áp dụng khoản khấu trừ. Nếu chương trình của quý vị có khoản khấu trừ cho bảo hiểm thuốc, số tiền này sẽ không vượt quá \$700 vào năm 2027.

Các khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm

Đây là các khoản tiền quý vị phải trả cho các thuốc được đài thọ của mình sau khi quý vị đáp ứng **khấu trừ** của chương trình (nếu chương trình có). Quý vị thanh toán phần của mình và chương trình của quý vị thanh toán phần của chương trình cho các thuốc được bảo hiểm. Nếu quý vị thanh toán **đồng bảo hiểm**, các khoản này có thể thay đổi vì các chương trình thuốc và nhà sản xuất có thể thay đổi mức phí họ tính bất kỳ lúc nào trong suốt năm. Số tiền quý vị phải trả cũng sẽ phụ thuộc vào cấp bậc được chỉ định cho thuốc của quý vị (trang 89).

Giới hạn chi phí thuốc phải tự trả

Vào năm 2027, chi phí tự trả của quý vị cho các thuốc được bảo hiểm được giới hạn ở mức \$2,400. Khi quý vị (hoặc những người khác hay các chương trình thay mặt quý vị, như **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** của Medicare) đạt đến giới hạn này, quý vị sẽ trả \$0 cho các thuốc Phần D được đài thọ của mình trong phần còn lại của năm.

Lưu ý: Nếu quý vị nhận được Trợ giúp Bổ sung (Extra Help), quý vị sẽ không phải chịu một số chi phí Phần D này (trang 96–98).

Quan trọng! Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để biết chi phí cụ thể của chương trình thuốc Medicare và **chương trình Medicare Advantage** (có hoặc không có bảo hiểm thuốc), và gọi cho các chương trình mà quý vị quan tâm để biết thêm chi tiết. Để được hỗ trợ so sánh chi phí của các chương trình, hãy gọi Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị (SHIP). Truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP của quý vị. Một đại lý hoặc môi giới đáng tin cậy cũng có thể giúp quý vị.

Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa của Medicare

Tùy chọn thanh toán này hoạt động cùng với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý các chi phí tự trả cho các loại thuốc được chương trình của quý vị chi trả bằng cách phân bổ chúng trong suốt năm dương lịch (tháng 1–tháng 12). **Tùy chọn thanh toán này được tất cả các chương trình Medicare Phần D cung cấp và có thể giúp quý vị quản lý các khoản chi tiêu, nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc.**

Liên hệ với chương trình của quý vị hoặc truy cập [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan) để biết thêm thông tin và tìm hiểu xem tùy chọn thanh toán này có phù hợp với quý vị hay không. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc theo toa Medicare và tiếp tục ở cùng một chương trình Phần D, việc tham gia của quý vị sẽ tự động được gia hạn cho năm 2027.

Lưu ý: Phương thức thanh toán này có thể không phải là lựa chọn tốt nhất cho quý vị nếu quý vị nhận được hoặc đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) từ Medicare, bao gồm cả khi quý vị được hưởng bảo hiểm từ Chương trình Tiết kiệm Medicare.

Khoản phạt ghi danh trễ đối với bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) là gì?

Khoản phạt ghi danh trễ là một khoản tiền được cộng vĩnh viễn vào phí bảo hiểm bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị (Phần D). Quý vị có thể phải trả khoản phạt ghi danh muộn nếu quý vị ghi danh vào bất kỳ thời điểm nào sau khi Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị kết thúc và có một khoảng thời gian liên tiếp từ 63 ngày trở lên mà quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare hoặc **bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy** khác. Thông thường, quý vị sẽ phải trả khoản phạt như một phần của phí bảo hiểm hàng tháng trong suốt thời gian quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare.

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

Có 3 cách để tránh phải trả tiền phạt:

- 1. Nhận bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) khi quý vị lần đầu đủ điều kiện để tham gia.** Ngay cả khi quý vị hiện không dùng thuốc, quý vị vẫn nên cân nhắc tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt hoặc một **chương trình Medicare Advantage** có bảo hiểm thuốc để tránh bị phạt. Quý vị có thể tìm được một chương trình đáp ứng nhu cầu của mình với mức **phí bảo hiểm** hàng tháng thấp hoặc bằng không.
- 2. Thêm Phần D nếu quý vị mất bảo hiểm đáng tin cậy khác.**
Bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy có thể bao gồm bảo hiểm từ chủ lao động hiện tại hoặc trước đây hoặc công đoàn, hoặc từ TRICARE, Dịch vụ Sức khỏe Người bản địa (IHS), hoặc Bộ Cựu chiến binh (VA). Mỗi năm, chương trình của quý vị phải thông báo cho quý vị biết liệu bảo hiểm thuốc không thuộc Medicare của quý vị có phải là bảo hiểm được công nhận hay không. Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare hoặc bảo hiểm thuốc theo toa được công nhận khác trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả khoản phạt nếu sau này đăng ký tham gia bảo hiểm thuốc Medicare.
- 3. Hãy lưu giữ hồ sơ chứng minh khoảng thời gian quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác và thông báo cho chương trình khi được yêu cầu.** Nếu quý vị không thông báo cho chương trình của mình về bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trước đây của quý vị, quý vị có thể phải trả một khoản phạt trong suốt thời gian quý vị có bảo hiểm thuốc của Medicare.

Tôi sẽ phải trả thêm bao nhiêu cho khoản phạt ghi danh trễ?

Chi phí của khoản phạt ghi danh trễ phụ thuộc vào khoảng thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy. Hiện tại, khoản phạt ghi danh trễ được tính bằng cách nhân 1% “phí bảo hiểm cơ bản quốc gia dành cho người thụ hưởng” (\$38.99 vào năm 2026) với số tháng trọn vẹn không có bảo hiểm mà quý vị đã hội đủ điều kiện nhưng không có Phần D và cũng không có bảo hiểm thuốc theo toa được công nhận khác. Số tiền cuối cùng được làm tròn đến \$0.10 gần nhất và được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. “Phí bảo hiểm cơ bản quốc gia dành cho người thụ hưởng” có thể tăng hoặc giảm mỗi năm. Nếu mức phí này thay đổi, số tiền phạt quý vị phải trả cũng có thể tăng hoặc giảm. Sau khi quý vị tham gia bảo hiểm thuốc Medicare, chương trình sẽ thông báo liệu quý vị có phải trả khoản phạt hay không và mức phí bảo hiểm của quý vị là bao nhiêu.

Ví dụ:

Bà Martinez hiện đủ điều kiện tham gia Medicare, và Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của bà đã kết thúc vào ngày 31 tháng 7 năm 2022. Bà không có bảo hiểm thuốc theo toa từ bất kỳ nguồn nào khác và bà đã không tham gia một chương trình Phần D trước ngày 31 tháng 7 năm 2022. Bà đã tham gia một chương trình Phần D trong Giai đoạn Ghi danh Mở, kết thúc vào ngày 7 tháng 12 năm 2024. Bảo hiểm thuốc của bà ấy có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2025.

2025

Vì bà Martinez không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy từ tháng 8 năm 2022–tháng 12 năm 2024, khoản phạt của bà trong năm 2025 là 29% (1% cho mỗi trong 29 tháng) của \$36.78 (mức phí cơ bản quốc gia dành cho người thụ hưởng năm 2025) hoặc \$10.67. Vì khoản phạt hàng tháng luôn được làm tròn đến \$0.10 gần nhất, bà phải trả thêm \$10.70 mỗi tháng ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.

Cách tính như sau:

.29 (mức phạt 29%) $\times$ **\$36.78** (phí bảo hiểm cơ bản dành cho người thụ hưởng năm 2025) = **\$10.67**
\$10.67 được làm tròn đến \$0.10 gần nhất = **\$10.70**
\$10.70 = khoản phạt ghi danh trễ hàng tháng của Bà Martinez trong năm 2025

2026

Năm 2026, Medicare đã tính lại khoản phạt của bà Martinez dựa trên mức phí bảo hiểm cơ bản dành cho người thụ hưởng năm 2026 (\$38.99). Vì vậy, khoản phạt hàng tháng mới của bà Martinez vào năm 2026 là 29% của \$38.99, tức là \$11.31 mỗi tháng. Vì khoản phạt hàng tháng luôn được làm tròn đến \$0.10 gần nhất, bà ấy phải trả \$11.30 mỗi tháng ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình của mình.

Cách tính như sau:

.29 (mức phạt 29%) $\times$ **\$38.99** (phí bảo hiểm cơ bản dành cho người thụ hưởng năm 2026) = **\$11.31**

\$11.31 được làm tròn đến \$0.10 gần nhất = **\$11.30**

\$11.30 = khoản phạt ghi danh trễ hàng tháng của Bà Martinez trong năm 2026

Điều gì xảy ra nếu tôi không đồng ý với khoản phạt ghi danh trễ?

Quý vị sẽ nhận được thư từ chương trình bảo hiểm thuốc Medicare của mình, trong đó nêu rằng quý vị phải trả một khoản phạt ghi danh trễ. Nếu quý vị không đồng ý với khoản phạt của mình, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại (không muộn hơn 60 ngày kể từ ngày ghi trên thư). Điền vào “mẫu yêu cầu xem xét lại” mà quý vị nhận được kèm theo thư của mình trước ngày được ghi trong thư. Quý vị phải cung cấp bằng chứng hỗ trợ cho trường hợp của mình, chẳng hạn như thông tin về **bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy** trước đây. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho chương trình của quý vị.

Những loại thuốc nào được đài thọ?

Tất cả các chương trình phải chi trả cho nhiều loại thuốc theo toa mà người có Medicare sử dụng, bao gồm hầu hết các loại thuốc thuộc một số “nhóm được bảo vệ” nhất định, chẳng hạn như thuốc điều trị ung thư, HIV/AIDS, trầm cảm, loạn thần, co giật hoặc thuốc ngăn ngừa thải ghép tạng. Thông tin về danh sách thuốc được đài thọ của một chương trình (được gọi là “**danh mục thuốc**”) không được đưa vào cẩm nang này vì mỗi chương trình có danh mục thuốc riêng. **Trước khi tham gia một chương trình, hãy nhớ xem xét danh mục thuốc của chương trình để kiểm tra xem chương trình có chi trả cho các loại thuốc quý vị đang dùng hay không.** Chương trình có thể thực hiện một số thay đổi đối với danh sách thuốc trong năm nếu tuân theo các hướng dẫn do Medicare quy định. Ví dụ, chương trình của quý vị có thể thay đổi danh sách thuốc trong năm do các liệu pháp dùng thuốc thay đổi, thuốc mới được đưa ra thị trường hoặc có thông tin y tế mới. Mức của chương trình **đồng bảo hiểm** có thể tăng đối với một loại thuốc biệt dược hoặc thuốc gốc cụ thể khi nhà sản xuất tăng giá. Khoản đồng thanh toán **đồng thanh toán** hoặc đồng bảo hiểm của quý vị có thể tăng khi chương trình bắt đầu cung cấp phiên bản thuốc gốc của một loại thuốc biệt dược hoặc phiên bản sinh học tương tự của một sản phẩm sinh học gốc, nhưng quý vị vẫn tiếp tục sử dụng thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc đó. Trong một số trường hợp, chương trình có thể chi trả cho một loại thuốc đối với một tình trạng sức khỏe nhưng không chi trả đối với tình trạng khác.

Lưu ý: Medicare Phần B đài thọ một số lượng hạn chế các thuốc theo toa ngoại trú. Truy cập trang 42 để biết thêm thông tin. Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) bao gồm các loại thuốc, như buprenorphine, để điều trị Rối loạn do sử dụng opioid. Bảo hiểm cũng bao gồm các thuốc như methadone khi được kê đơn để giảm đau (nhưng Phần D không chi trả các thuốc này khi được sử dụng để điều trị Rối loạn do Sử dụng Opioid).

Phần D thường xếp thuốc vào các cấp độ khác nhau được gọi là “bậc” trong danh mục thuốc. Các thuốc trong mỗi bậc có mức chi phí khác nhau. Ví dụ, một thuốc ở bậc thấp hơn thường sẽ có chi phí thấp hơn một thuốc ở bậc cao hơn.

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

Trong một số trường hợp, nếu thuốc của quý vị thuộc bậc cao hơn và người kê đơn của quý vị (bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được pháp luật cho phép kê đơn) cho rằng quý vị cần loại thuốc đó thay vì một loại thuốc tương tự thuộc bậc thấp hơn, quý vị hoặc người kê đơn có thể yêu cầu chương trình áp dụng ngoại lệ để quý vị được hưởng mức đồng bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán thấp hơn đối với loại thuốc thuộc bậc cao hơn. Truy cập trang 104 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 phải thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi nào **danh mục thuốc** ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng.

Liên hệ với chương trình của quý vị để biết danh mục thuốc hiện tại của chương trình đó, hoặc truy cập trang web của chương trình. Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để tìm hiểu xem một loại thuốc có nằm trong danh mục thuốc của chương trình bảo hiểm của quý vị hay không. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Quan trọng! Mỗi tháng quý vị nhận thuốc theo toa, chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo “Giải thích Quyền lợi”. Hãy xem lại thông báo của quý vị và kiểm tra xem có sai sót nào không. Liên hệ với chương trình của quý vị nếu quý vị có câu hỏi hoặc phát hiện sai sót. Nếu quý vị nghi ngờ gian lận, hãy gọi cho Nhà thầu Bảo đảm Tính liêm chính của Chương trình Thuốc Medicare theo số 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). Đi đến trang 110.

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

- **Phê duyệt trước:** Trước khi quý vị có thể nhận một số đơn thuốc nhất định, quý vị và/hoặc người kê đơn của quý vị phải liên hệ với chương trình của quý vị. Người kê đơn của quý vị có thể cần chứng minh rằng thuốc là **cần thiết về mặt y tế** và quý vị đáp ứng một số yêu cầu.

Các chương trình cũng có thể sử dụng phê duyệt trước khi họ chi trả cho một loại thuốc chỉ đối với một số tình trạng y tế mà thuốc đó được phê duyệt, nhưng không phải đối với các tình trạng khác. Khi điều này xảy ra, các chương trình sẽ có các thuốc thay thế trong danh sách thuốc được đài thọ (danh mục thuốc) cho các tình trạng y tế khác mà thuốc đó được phê duyệt để điều trị. Liên hệ với chương trình của quý vị hoặc truy cập trang web của họ để tìm hiểu về các yêu cầu xin phê duyệt trước.

- **Giới hạn số lượng:** Giới hạn lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được tại một thời điểm.
- **Liệu pháp từng bước:** Quý vị có thể cần thử một hoặc nhiều thuốc tương tự, có chi phí thấp hơn trước khi chương trình bảo hiểm chi trả cho thuốc theo toa.
- **Kiểm tra an toàn đối với thuốc giảm đau opioid tại nhà thuốc:** Trước khi nhà thuốc cấp bất kỳ loại thuốc theo toa nào, chương trình của quý vị và dược sĩ sẽ thực hiện các bước kiểm tra an toàn thường quy, chẳng hạn như kiểm tra liều lượng không chính xác hoặc tương tác với các loại thuốc khác mà quý vị đang dùng.

Các bước kiểm tra an toàn đối với opioid cũng bao gồm kiểm tra lượng thuốc giảm đau opioid có thể không an toàn, giới hạn số ngày dùng thuốc trong đơn opioid đầu tiên và kiểm tra việc sử dụng opioid đồng thời với benzodiazepine (thường được dùng để điều trị chứng lo âu và các vấn đề về giấc ngủ). Thuốc giảm đau opioid (chẳng hạn như oxycodone và hydrocodone) có thể giúp điều trị một số loại đau nhất định nhưng có các nguy cơ và tác dụng phụ (chẳng hạn như lệ thuộc thuốc, quá liều và tử vong). Những nguy cơ này có thể gia tăng khi quý vị dùng opioid cùng với một số loại thuốc khác, chẳng hạn như benzodiazepine, thuốc chống co giật, gabapentin, thuốc giãn cơ, một số thuốc chống trầm cảm và thuốc điều trị các vấn đề về giấc ngủ. Hãy hỏi bác sĩ hoặc dược sĩ nếu quý vị có thắc mắc về các nguy cơ hoặc tác dụng phụ.

- **Các Chương trình Quản lý Thuốc:** Các chương trình thuốc Medicare và **Các chương trình bảo hiểm y tế Medicare** có bảo hiểm thuốc đều có Chương trình Quản lý Thuốc nhằm giúp quý vị sử dụng thuốc theo toa một cách an toàn—chẳng hạn như opioid và benzodiazepine. Nếu việc sử dụng opioid của quý vị có thể không an toàn (ví dụ, nếu quý vị có đơn thuốc opioid từ nhiều bác sĩ hoặc nhà thuốc, hoặc nếu quý vị vừa bị quá liều do opioid gần đây), chương trình của quý vị sẽ liên hệ với các bác sĩ đã kê thuốc cho quý vị để bảo đảm rằng quý vị cần những thuốc này và quý vị đang sử dụng chúng đúng như đã được kê đơn.

Nếu chương trình của quý vị quyết định rằng việc sử dụng opioid kê đơn và benzodiazepine của quý vị có thể không an toàn, chương trình sẽ gửi cho quý vị một thư giải thích việc xem xét của họ và có thể đưa quý vị vào Chương trình Quản lý Thuốc để giúp quý vị quản lý việc sử dụng các loại thuốc này tốt hơn. Thư này cũng sẽ cho quý vị biết liệu chương trình có thể giới hạn phạm vi bảo hiểm đối với những loại thuốc này cho quý vị hay không, hoặc liệu quý vị có phải lấy đơn thuốc cho những loại thuốc này chỉ từ một bác sĩ hoặc nhà thuốc mà quý vị chọn hay không. Quý vị và bác sĩ của quý vị có quyền kháng nghị những giới hạn này nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình (trang 102). Thư cũng sẽ cho quý vị biết cách liên hệ với chương trình nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn kháng nghị.

Các hoạt động đánh giá an toàn về opioid tại nhà thuốc và trong các Chương trình Quản lý Thuốc nhìn chung không áp dụng nếu quý vị mắc bệnh ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, đang nhận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời, đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời tại cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn.

Nếu quý vị hoặc người kê đơn của quý vị tin rằng chương trình của quý vị nên miễn một trong những quy tắc bảo hiểm này, quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ (trang 104).

Những lưu ý quan trọng nếu quý vị được kê đơn opioid:

- Thuốc opioid có thể là một phần quan trọng trong việc kiểm soát đau, nhưng chúng cũng có thể gây ra những rủi ro nghiêm trọng đối với sức khỏe nếu bị sử dụng sai cách.
- Medicare chi trả các thuốc kê đơn, như naloxone và nalmefene hydrochloride, mà bác sĩ của quý vị có thể kê đơn như một biện pháp an toàn trong trường hợp quý vị cần nhanh chóng đảo ngược tác dụng của quá liều opioid. Trao đổi với bác sĩ của quý vị về việc có naloxone hoặc một loại thuốc tương tự tại nhà.
- Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị về liều dùng và thời gian quý vị sẽ sử dụng opioid. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể quyết định sau này rằng quý vị không cần dùng hết toàn bộ đơn thuốc của mình.
- Hãy trao đổi với bác sĩ về các lựa chọn khác được Medicare chi trả để điều trị cơn đau của quý vị, chẳng hạn như thuốc và thiết bị không chứa opioid, vật lý trị liệu, châm cứu để điều trị đau thắt lưng, liệu pháp tâm lý cá nhân và nhóm, các dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi và các lựa chọn khác.
- Hãy cho bác sĩ biết nếu quý vị có tiền sử trầm cảm, lạm dụng chất gây nghiện, sang chấn thời thơ ấu hoặc các vấn đề sức khỏe và/hoặc vấn đề cá nhân khác có thể khiến việc sử dụng opioid trở nên nguy hiểm hơn đối với quý vị.
- Không bao giờ dùng nhiều opioid hơn mức được kê đơn. Ngoài ra, hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị về bất kỳ loại thuốc và chất nào khác mà quý vị có thể đang sử dụng.
- Lưu trữ và tiêu hủy an toàn các thuốc opioid kê đơn không sử dụng thông qua chương trình thu hồi thuốc của cộng đồng hoặc chương trình gửi trả thuốc qua đường bưu điện của nhà thuốc của quý vị.

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

Tôi có thể tự động nhận thuốc theo toa bổ sung qua đường bưu điện không?

Các chương trình có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) có thể cung cấp chương trình giao thuốc tự động tự nguyện, cho phép một số người có Medicare tự động nhận thuốc theo toa trước khi hết thuốc. Khi bảo hiểm thuốc của quý vị bắt đầu, trong vòng 90 ngày đầu tiên, quý vị có thể được cấp thuốc chuyển tiếp một lần. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ nhận được lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày đối với loại thuốc quý vị đang sử dụng nhưng chương trình thường không chi trả hoặc thường yêu cầu chấp thuận trước hay liệu pháp từng bước. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc

Các chương trình có bảo hiểm thuốc của Medicare (Phần D) phải cung cấp dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc để giúp thành viên nếu họ đáp ứng một số yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương trình Quản lý Thuốc (trang 90). Nếu quý vị đủ điều kiện, quý vị có thể nhận các dịch vụ này miễn phí để giúp quý vị hiểu cách quản lý thuốc của mình và sử dụng chúng an toàn. Các dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc thường bao gồm một cuộc thảo luận 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 tùy theo chương trình. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết chi tiết cụ thể và để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện hay không.

Phạm vi bảo hiểm Phần D đối với insulin

Phần D chi trả cho insulin, bao gồm insulin dạng tiêm (insulin quý vị tự tiêm bằng bút tiêm hoặc kim tiêm), insulin dạng hít và insulin được sử dụng với các máy bơm không phải là thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy bơm dạng miếng dán, máy bơm tái sử dụng dùng hộp insulin dùng một lần hoặc máy bơm truyền dịch). Phần D cũng chi trả cho một số vật tư y tế dùng để tiêm insulin, chẳng hạn như ống tiêm, gạc và miếng lau tẩm cồn. Các sản phẩm insulin được bảo hiểm được bao gồm trong [danh mục thuốc](#).

Quan trọng! Các chương trình không được tính phí quý vị quá \$35 cho nguồn cung cấp một tháng của từng loại insulin được đài thọ theo Phần D mà quý vị sử dụng, và quý vị không phải trả [khấu trừ](#) cho insulin.

Các giới hạn chi phí tương tự áp dụng cho insulin truyền thống được sử dụng trong các bơm insulin được Medicare Phần B chi trả. Truy cập [Medicare.gov/coverage/insulin](https://www.medicare.gov/coverage/insulin) để tìm hiểu thêm.

Phạm vi bảo hiểm Phần D đối với thuốc GLP-1

Mới!

Kể từ ngày 1 tháng 7 năm 2026, chương trình Medicare GLP-1 Bridge cung cấp quyền tiếp cận một số thuốc GLP-1 để giúp quý vị giảm cân và cải thiện sức khỏe nếu quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), chưa được Phần D chi trả các thuốc này và đáp ứng các yêu cầu khác. Quý vị sẽ phải trả khoản [đồng thanh toán](#) trị giá \$50 cho lượng thuốc dùng hàng tháng. Truy cập [Medicare.gov/glp1bridge](https://www.medicare.gov/glp1bridge) để tìm hiểu thêm.

Các loại bảo hiểm và chương trình khác phối hợp như thế nào với bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)?

Medicaid

Nếu quý vị có Medicare và bảo hiểm [Medicaid](#) đầy đủ, Medicare sẽ chi trả cho thuốc theo toa của quý vị. Tuy nhiên, nếu Medicare không chi trả cho đơn thuốc của quý vị, Medicaid vẫn có thể chi trả trong một số trường hợp nhất định.

Lưu ý: Quý vị đủ điều kiện tự động để nhận [Trợ giúp Bổ sung \(Extra Help\)](#) nếu quý vị có Medicare và Medicaid (trang 96).

Bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn

Đây là bảo hiểm y tế từ chủ lao động hiện tại hoặc trước đây của quý vị, của vợ/chồng quý vị, hoặc của một thành viên gia đình khác, hoặc từ công đoàn. Khi quý vị có bảo hiểm do chủ lao động hoặc công đoàn cung cấp hoặc bảo hiểm sức khỏe khác (chẳng hạn như chương trình bảo hiểm sức khỏe dành cho người về hưu) cùng với Medicare, sẽ có các quy định xác định Medicare hay bảo hiểm khác của quý vị thanh toán trước (trang 21). Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc dựa trên công việc hiện tại hoặc trước đây, chủ lao động hoặc công đoàn sẽ thông báo cho quý vị mỗi năm liệu bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là [bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy](#) hay không. **Hãy lưu giữ thông tin quý vị nhận được.**

Quan trọng! Việc nhận bảo hiểm thuốc Medicare có thể khiến quý vị mất bảo hiểm y tế từ chủ lao động hoặc công đoàn. Hãy chắc chắn 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 phạm vi bảo hiểm của quý vị.

COBRA (Đạo luật Hòa giải Ngân sách Tổng hợp)

Luật liên bang này có thể cho phép quý vị tạm thời duy trì bảo hiểm sức khỏe do chủ lao động hoặc công đoàn cung cấp sau khi công việc chấm dứt hoặc sau khi quý vị mất bảo hiểm với tư cách là người phụ thuộc của nhân viên được bảo hiểm. Có thể có những lý do khiến quý vị nên tham gia Phần B thay cho, hoặc ngoài bảo hiểm COBRA (trang 18). Tuy nhiên, nếu quý vị tham gia COBRA và hội đủ điều kiện nhận Medicare, **COBRA có thể chỉ thanh toán một phần nhỏ chi phí** y tế của quý vị và quý vị có thể phải tự thanh toán phần lớn chi phí. Hãy liên hệ với chương trình COBRA của quý vị và hỏi chương trình chi trả bao nhiêu phần trăm. Để tránh các hóa đơn y tế bất ngờ, quý vị có thể cần đăng ký Medicare ngay lập tức.

Nếu quý vị có COBRA bao gồm **bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy**, quý vị sẽ có một Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt để nhận bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) mà không phải trả tiền phạt khi bảo hiểm COBRA kết thúc.

Nếu quý vị cần trợ giúp quyết định có nên đăng ký Medicare hay muốn tìm hiểu thêm về cách Medicare và COBRA phối hợp với nhau, hãy truy cập [Medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/working-past-65/cobra-coverage](https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/working-past-65/cobra-coverage). Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Điều phối và Thu hồi Quyền lợi theo số 1-855-798-2627. Người dùng TTY có thể gọi 1-855-797-2627.

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

Các hợp đồng bảo hiểm **Medigap** không còn được phép bán kèm bảo hiểm thuốc, nhưng nếu quý vị có một hợp đồng Medigap cũ được bán kèm bảo hiểm thuốc, quý vị có thể tiếp tục giữ hợp đồng đó. Quý vị có thể chọn tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt vì hầu hết bảo hiểm thuốc Medigap không phải là bảo hiểm được công nhận và quý vị có thể phải trả nhiều hơn nếu tham gia chương trình thuốc sau này (trang 87). Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc được công nhận, hãy lưu giữ hồ sơ thông tin về bảo hiểm đó phòng trường hợp sau này quý vị quyết định tham gia một chương trình thuốc Medicare.

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

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

Đây là bảo hiểm y tế dành cho nhân viên liên bang hiện tại và đã nghỉ hưu cùng các thành viên gia đình được bảo hiểm. Các chương trình này thường bao gồm bảo hiểm thuốc kê đơn đáng tin cậy, vì vậy quý vị không cần phải đăng ký bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Tuy nhiên, nếu quý vị quyết định tham gia bảo hiểm thuốc Medicare, quý vị có thể giữ nguyên chương trình FEHB của mình. Medicare sẽ thanh toán trước nếu quý vị là nhân viên liên bang đã nghỉ hưu, nhưng FEHB sẽ thanh toán trước nếu quý vị là nhân viên liên bang đang làm việc. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [OPM.gov/healthcare-insurance/healthcare](https://www.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 711. Nếu quý vị là một nhân viên liên bang đang làm việc, hãy liên hệ với Cán bộ Phụ trách Quyền lợi của quý vị. Truy cập apps.opm.gov/abo để xem danh sách các Cán bộ Phụ trách Quyền lợi. Quý vị cũng có thể gọi cho chương trình của mình nếu có thắc mắc.

Nhân viên, người đã nghỉ hưu và thành viên gia đình của họ thuộc Sở Bưu chính Hoa Kỳ nếu hội đủ điều kiện sẽ nhận bảo hiểm thông qua Chương trình Quyền lợi Sức khỏe của Sở Bưu chính (PSHB) thay vì FEHB. Truy cập [OPM.gov/healthcare-insurance/pshb](https://www.opm.gov/healthcare-insurance/pshb) để tìm hiểu thêm.

Quyền lợi dành cho cựu chiến binh

Đây là bảo hiểm y tế dành cho Cựu chiến binh và những người đã phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ. Quý vị có thể đủ điều kiện để nhận bảo hiểm thuốc thông qua Hoa Kỳ. Chương trình của Bộ Cựu chiến binh (VA). Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, nhưng nếu làm như vậy, quý vị không thể sử dụng đồng thời cả hai loại bảo hiểm cho cùng một loại thuốc. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [VA.gov](https://www.va.gov) hoặc gọi VA theo số 1-800-827-1000. Người dùng TTY có thể gọi 711.

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

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

TRICARE (quyền lợi y tế dành cho quân nhân)

Đây là một chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho quân nhân đang tại ngũ, quân nhân đã nghỉ hưu và gia đình của họ. **Hầu hết những người có TRICARE và đủ điều kiện hưởng Phần A cũng phải có Phần B để duy trì quyền lợi thuốc của TRICARE.** Nếu quý vị có TRICARE, quý vị không cần tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt. Tuy nhiên, nếu quý vị làm như vậy, chương trình thuốc Medicare của quý vị sẽ thanh toán trước, và TRICARE sẽ thanh toán sau.

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

Dịch vụ Y tế dành cho Người bản địa (IHS)

IHS là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính cho dân số Medicare người Mỹ bản địa/Người bản địa Alaska. Hệ thống chăm sóc sức khỏe dành cho Người Mỹ bản địa, bao gồm các chương trình y tế IHS do bộ lạc, khu vực đô thị và chính quyền liên bang điều hành, cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe lâm sàng và phòng ngừa thông qua mạng lưới bệnh viện, phòng khám và các đơn vị khác. Nhiều cơ sở y tế dành cho Người Mỹ bản địa tham gia bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Nếu nhận thuốc theo toa thông qua một cơ sở y tế dành cho Người Mỹ bản địa, quý vị sẽ tiếp tục được nhận thuốc miễn phí và phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ không bị gián đoạn. Việc tham gia chương trình thuốc Medicare hoặc Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc có thể hỗ trợ cơ sở y tế dành cho Người Mỹ bản địa của quý vị vì chương trình sẽ thanh toán cho cơ sở này chi phí thuốc theo toa của quý vị. Hãy trao đổi với điều phối viên quyền lợi y tế dành cho Người Mỹ bản địa tại địa phương, người có thể giúp quý vị lựa chọn chương trình đáp ứng nhu cầu và giải thích cách Medicare phối hợp với hệ thống chăm sóc sức khỏe dành cho Người Mỹ bản địa.

Quan trọng! Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia các chương trình khác có thể giúp chi trả chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị (trang 98).

Phần 7:

Nhận trợ giúp thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe và thuốc của quý vị

Các Chương trình Tiết kiệm Medicare

Nếu quý vị có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế, quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ tiểu bang để thanh toán một phần chi phí Medicare của mình nếu quý vị đáp ứng một số điều kiện nhất định.

Có 4 loại Chương trình Tiết kiệm Medicare:

1. Chương trình Người thụ hưởng Medicare Đủ điều kiện (QMB): Chương trình QMB giúp thanh toán Phần A **phí bảo hiểm** (nếu quý vị không có Phần A miễn phí bảo hiểm) và không có phí bảo hiểm Phần B. Ngoài ra, các nhà cung cấp Medicare không được phép lập hóa đơn cho quý vị đối với Medicare các **khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm**, hoặc **đồng thanh toán** cho các dịch vụ và vật dụng mà Medicare chi trả. Nếu nhận được hóa đơn, hãy thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ hoặc đơn vị thu hồi nợ rằng quý vị đang tham gia chương trình QMB và không thể bị tính các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán của Medicare. Nếu quý vị đã thanh toán một hóa đơn cho các dịch vụ và vật dụng mà Medicare chi trả, quý vị có quyền được hoàn 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.

Để bảo đảm nhà cung cấp của quý vị biết rằng quý vị đang tham gia chương trình QMB, hãy xuất trình cả thẻ Medicare và **Medicaid** hoặc thẻ QMB của quý vị mỗi lần quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị cũng có thể cung cấp cho nhà cung cấp của mình một bản sao “Thông báo Tóm tắt Medicare” (MSN). MSN của quý vị sẽ cho thấy quý vị đang tham gia chương trình QMB và không nên bị tính phí. Đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại **Medicare.gov** để đăng ký nhận MSN của quý vị dưới dạng điện tử.

Nếu quý vị tham gia chương trình QMB và nhà cung cấp dịch vụ vẫn tiếp tục gửi hóa đơn cho quý vị, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi, quý vị có thể nhận được xác nhận rằng quý vị đang tham gia chương trình QMB.

2. Chương trình Người thụ hưởng Medicare có Thu nhập thấp được Chỉ định (SLMB): Chỉ giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B.

3. Cá nhân Đủ điều kiện (QI): Chỉ giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần B. QI chỉ dành cho những người không nhận bất kỳ phạm vi chi trả hoặc quyền lợi Medicaid nào khác.

4. Chương trình Người khuyết tật Đủ điều kiện và Đang làm việc (QDWI): Chỉ giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần A. Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình này nếu quý vị bị khuyết tật, quý vị đang làm việc, và quý vị đã mất quyền hưởng trợ cấp khuyết tật An sinh Xã hội và Phần A miễn phí bảo hiểm vì quý vị đã quay trở lại làm việc.

Nếu quý vị đăng ký quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch (trang 55) và có thu nhập cũng như nguồn tài chính hạn chế, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ thanh toán chi phí thông qua Chương trình QMB, SLMB hoặc QI. Liên hệ văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) của quý vị để đơn.



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Chương trình QMB, SLMB hoặc QI, quý vị sẽ tự động đủ điều kiện cho **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** (được mô tả bên dưới).

Quan trọng! Các Chương trình Tiết kiệm Medicare có sẵn thông qua tiểu bang của quý vị. Tên của các chương trình này và cách thức hoạt động của chúng có thể khác nhau tùy theo tiểu bang. Các Chương trình Tiết kiệm Medicare không được cung cấp tại các lãnh thổ Hoa Kỳ (Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana và Samoa thuộc Hoa Kỳ).

Làm thế nào để tôi hội đủ điều kiện?

- Trong hầu hết các trường hợp, thu nhập và tài sản của quý vị phải thấp hơn một giới hạn nhất định thì quý vị mới hội đủ điều kiện tham gia Chương trình Tiết kiệm Medicare. Giới hạn về thu nhập và nguồn tài chính khác nhau tùy theo tiểu bang.
- Ngay cả khi quý vị không nghĩ rằng mình đủ điều kiện, quý vị vẫn nên nộp đơn. Liên hệ văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (**Medicaid**) của quý vị để bắt đầu.
- Để lấy số điện thoại của văn phòng Medicaid của tiểu bang quý vị, hãy truy cập [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

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

Nếu quý vị có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế, quý vị có thể đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help), một chương trình giúp thanh toán một phần chi phí thuốc Medicare, như **phí bảo hiểm**, các **khoản khấu trừ** và **đồng bảo hiểm**. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) và tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt hoặc **chương trình Medicare Advantage** có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị sẽ không phải trả khoản phạt ghi danh trễ Phần D.

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) nếu nguồn tài chính và thu nhập hàng năm của quý vị thấp hơn các giới hạn này vào năm 2026:

	Thu nhập hàng năm	Các nguồn tài chính
Một người	ít hơn \$23,940	ít hơn \$18,090
Người đã kết hôn sống cùng vợ/chồng và không có người phụ thuộc nào khác	ít hơn \$32,460	ít hơn \$36,100

Trong một số trường hợp, quý vị vẫn có thể đủ điều kiện ngay cả khi có thu nhập cao hơn. Ví dụ, nếu quý vị vẫn đang làm việc, sống ở Alaska hoặc Hawaii, hoặc có người phụ thuộc sống cùng quý vị, thì các giới hạn thu nhập sẽ cao hơn.

Các nguồn tài chính

- **Bao gồm** tiền trong tài khoản séc hoặc tài khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu, quỹ tương hỗ và Tài khoản Hưu trí Cá nhân (IRAs).
- **Không tính** nhà ở, xe hơi, đồ dùng gia đình, phần mộ, tối đa \$1,500 chi phí mai táng (cho mỗi người) hoặc các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ của quý vị.

Lưu ý: Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) không được cung cấp tại Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana hoặc Samoa thuộc Hoa Kỳ. Tuy nhiên, tại các khu vực này có những chương trình khác nhằm hỗ trợ những người có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế (trang 99).



Chi phí & phạm vi bảo hiểm: Phần lớn người có Medicare chỉ có thể thay đổi chương trình vào những thời điểm nhất định trong năm. Nếu quý vị có **Medicaid** hoặc nhận **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**, quý vị có thể thay đổi bảo hiểm thuốc của mình mỗi tháng một lần. Nếu quý vị thực hiện thay đổi, thay đổi đó sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.medicare.gov/special-enrollment-periods) và chọn “Tôi có Medicare và Medicaid, hoặc tôi nhận được Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) để thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare.”

Quý vị đủ điều kiện tự động nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) nếu quý vị có Medicare và đáp ứng bất kỳ điều kiện nào sau đây:

- Quý vị có đầy đủ bảo hiểm Medicaid.
- Quý vị nhận được hỗ trợ từ chương trình Medicaid của tiểu bang để thanh toán Phần B **phí bảo hiểm** và các chi phí Medicare khác (trang 95–96).
- Quý vị nhận được trợ cấp Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI).

Medicare sẽ gửi cho quý vị một lá thư màu tím để thông báo rằng quý vị đủ điều kiện tự động nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help). Hãy lưu giữ thư này trong hồ sơ của quý vị. Quý vị không cần nộp đơn xin Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) nếu nhận được thư này.

- Nếu chưa có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị phải tham gia bảo hiểm này để sử dụng Trợ giúp Bổ sung (Extra Help).
- Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt để quý vị có thể sử dụng Trợ giúp Bổ sung (Extra Help). Nếu Medicare ghi danh quý vị vào một chương trình, quý vị sẽ nhận được thư màu vàng hoặc xanh lá cây thông báo thời điểm bảo hiểm bắt đầu, đồng thời quý vị sẽ có Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt để đổi chương trình nếu muốn tham gia một chương trình khác với chương trình mà Medicare đã ghi danh cho quý vị.
- Các chương trình khác nhau đòi hỏi các loại thuốc khác nhau. Hãy kiểm tra xem chương trình mà quý vị được ghi danh có chi trả cho các loại thuốc quý vị sử dụng hay không và quý vị có thể đến các nhà thuốc mình mong muốn hay không. Một số chương trình cũng có phí bảo hiểm \$0 và dành cho những người nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help). 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 quý vị 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 (như viện dưỡng lão) hoặc nhận một số dịch vụ tại nhà và trong cộng đồng, quý vị sẽ không phải trả gì cho các thuốc được đòi hỏi của mình.
- Trong năm 2027, chi phí thuốc đối với những người hội đủ điều kiện nhìn chung sẽ không vượt quá \$5.80 cho mỗi loại thuốc gốc và \$14.40 cho mỗi loại thuốc biệt dược được cấp tại một trong các nhà thuốc tham gia chương trình của quý vị. Hãy xem các thư Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) mà quý vị nhận được, hoặc liên hệ với chương trình của quý vị nếu quý vị có câu hỏi về chi phí.

Nếu quý vị không muốn tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng (ví dụ, vì quý vị chỉ muốn bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn của mình), hãy gọi cho chương trình được liệt kê trong thư của quý vị, hoặc gọi 1-800-MEDICARE. Hãy nói với họ rằng quý vị không muốn tham gia một chương trình thuốc của Medicare (quý vị muốn “từ chối tham gia”). Nếu quý vị tiếp tục đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) hoặc nếu bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị là **bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy**, quý vị sẽ không phải trả khoản phạt nếu tham gia muộn hơn.

Quan trọng! Nếu quý vị có bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn và quý vị nhận bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị có thể mất bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn của mình (cho quý vị và những người phụ thuộc của quý vị) ngay cả khi quý vị đủ điều kiện nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help). Hãy gọi cho quản trị viên quyền lợi của quý vị trước khi quý vị nhận bảo hiểm thuốc Medicare.

Nếu quý vị không đủ điều kiện tự động cho **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help), quý vị có thể nộp đơn bất cứ lúc nào tại [SSA.gov/extrahelp](https://ssa.gov/extrahelp).**

Khi quý vị nộp đơn xin Trợ giúp Bổ sung (Extra Help), quý vị cũng có thể bắt đầu quy trình nộp đơn cho Chương trình Tiết kiệm Medicare (trang 95). Các chương trình của tiểu bang này giúp chi trả các chi phí Medicare khác. Sở An sinh Xã hội sẽ gửi thông tin của quý vị đến tiểu bang của quý vị để bắt đầu đơn đăng ký Chương trình Tiết kiệm Medicare, trừ khi quý vị nói với họ không làm như vậy trên đơn xin Trợ giúp Bổ sung (Extra Help). Truy cập [Medicare.gov/extrahelp](https://medicare.gov/extrahelp) để biết thêm thông tin về Trợ giúp Bổ sung (Extra Help).

Các hỗ trợ khác về chi phí chăm sóc sức khỏe Medicare

Medicaid

Medicaid là một chương trình liên bang và tiểu bang phối hợp giúp chi trả chi phí chăm sóc sức khỏe nếu quý vị có thu nhập hạn chế và (trong một số trường hợp) các nguồn tài chính hạn chế, đồng thời đáp ứng các yêu cầu khác. Một số người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid.

Medicaid bao gồm những gì?

- Nếu quý vị có Medicare và được Medicaid chi trả đầy đủ, hầu hết chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được chi trả. Quý vị có thể nhận bảo hiểm Medicare của mình thông qua **Original Medicare** hoặc một **chương trình Medicare Advantage**, chẳng hạn như Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (trang 73).
- Nếu quý vị có Medicare và được Medicaid chi trả đầy đủ, Medicare sẽ chi trả cho thuốc theo toa của quý vị. Quý vị đủ điều kiện tự động nhận Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) để thanh toán chi phí thuốc Medicare của quý vị (trang 96). Medicaid vẫn có thể chi trả một số thuốc mà Medicare không chi trả.
- Những người có đầy đủ bảo hiểm Medicaid có thể được chi trả cho các dịch vụ mà Medicare không chi trả hoặc chỉ chi trả một phần, như chăm sóc dài hạn tại viện dưỡng lão, chăm sóc cá nhân, vận chuyển đến các dịch vụ y tế, các dịch vụ tại nhà và cộng đồng, bữa ăn giao tận nhà, và các dịch vụ nha khoa, thị lực và thính lực.

Làm thế nào để tôi hội đủ điều kiện?

- Các chương trình Medicaid khác nhau tùy theo từng tiểu bang. Các chương trình cũng có thể có những tên khác, như "Hỗ trợ Y tế" hoặc "Medi-Cal."
- Mỗi tiểu bang có các yêu cầu khác nhau về thu nhập và nguồn tài chính.
- Hãy gọi văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) của quý vị để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện hay không. Truy cập [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại của văn phòng Medicaid của tiểu bang quý vị. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang

Nhiều tiểu bang có các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang giúp một số người chi trả cho thuốc theo toa dựa trên nhu cầu tài chính, độ tuổi hoặc tình trạng y tế. Để tìm hiểu xem có Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang ở tiểu bang của quý vị hay không và chương trình đó hoạt động như thế nào, hãy truy cập go.Medicare.gov/spap. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE.

Các Chương trình Hỗ trợ Được phẩm (còn 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 một số yêu cầu nhất định. Truy cập [go.Medicare.gov/pap](https://www.go.Medicare.gov/pap) để tìm hiểu thêm về các Chương trình Hỗ trợ Được phẩm.

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

PACE là một chương trình Medicare và [Medicaid](#) được cung cấp tại nhiều tiểu bang dành cho những người cần mức chăm sóc tương đương viện dưỡng lão. PACE cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ cho phép mọi người tiếp tục sống trong cộng đồng lâu nhất có thể (trang 77).

Các khoản thanh toán Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI)

SSI cung cấp các khoản thanh toán hàng tháng cho người lớn và trẻ em bị mù hoặc có khuyết tật và có thu nhập cùng nguồn tài chính hạn chế. Các khoản thanh toán SSI cũng được cung cấp cho những người từ 65 tuổi trở lên không có khuyết tật nhưng đáp ứng các điều kiện tài chính. Các khoản thanh toán này không giống với trợ cấp hưu trí An sinh Xã hội. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận cả trợ cấp SSI và An sinh Xã hội nếu trợ cấp An sinh Xã hội của quý vị thấp hơn mức trợ cấp liên bang của SSI. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận SSI, quý vị sẽ tự động đủ điều kiện tham gia [Trợ giúp Bổ sung \(Extra Help\)](#) và thường đủ điều kiện nhận Medicaid.

Truy cập [SSA.gov/apply/ssi](https://www.SSA.gov/apply/ssi) để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện nhận SSI hoặc các quyền lợi khác hay không.

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

Các chương trình dành cho những người sống tại các vùng 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 Hoa Kỳ nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế thanh toán các chi phí Medicare. Các chương trình khác nhau ở những khu vực này. Hãy gọi văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) của quý vị để biết thêm thông tin. Truy cập [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Mới!

TrumpRx

So sánh số tiền quý vị phải trả cho thuốc thông qua chương trình của quý vị với giá của chúng trên [TrumpRx.gov](https://www.TrumpRx.gov), để kiểm tra mức giá tốt nhất. TrumpRx là trang web miễn phí giúp quý vị tiếp cận các ưu đãi đặc biệt và mức giá trả bằng tiền mặt thấp nhất đối với một số loại thuốc theo toa. Quý vị không thể mua thuốc trực tiếp từ TrumpRx, nhưng có thể sử dụng phiếu giảm giá điện tử hoặc phiếu giảm giá có thể in được tại nhà thuốc để được giảm giá. Khi quý vị sử dụng TrumpRx và các loại thẻ giảm giá khác (thay vì Medicare hoặc bảo hiểm khác), hình thức này không được xem là bảo hiểm được công nhận và không được tính vào [khấu trừ](#) hoặc mức chi phí tự trả tối đa của Medicare.

Lưu ý

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width. The background is a solid off-white color, and there are no margins, text, or other markings present.

Phần 8:

Quyền và các biện pháp bảo vệ của quý vị theo Medicare

Quyền Medicare của tôi là gì?

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

- Luôn được đối xử lịch sự, phẩm giá và được tôn trọng.
- Được bảo vệ khỏi hành vi phân biệt đối xử trái pháp luật.
- Thông tin cá nhân và thông tin sức khỏe của quý vị được giữ riêng tư.
- Nhận thông tin hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ Medicare, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và, trong một số trường hợp nhất định, các nhà thầu theo cách thức hoặc bằng ngôn ngữ mà quý vị hiểu được.
- Tìm hiểu các lựa chọn điều trị của quý vị bằng ngôn ngữ rõ ràng, dễ hiểu và tham gia vào các quyết định điều trị.
- Nhận thông tin Medicare của quý vị ở định dạng dễ tiếp cận, như chữ nổi Braille hoặc bản in cỡ chữ lớn. Đi tới “Trao đổi Liên lạc Dễ tiếp cận” trên trang 124.

Lưu ý: Nếu quý vị cần thông tin về chương trình bằng ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh hoặc ở định dạng dễ tiếp cận, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

- Nhận câu trả lời cho các câu hỏi của quý vị về Medicare.
- Có quyền tiếp cận bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện cho các dịch vụ **cần thiết về mặt y tế**.
- Nhận các dịch vụ được Medicare chi trả trong trường hợp khẩn cấp.
- Nhận quyết định về thanh toán chăm sóc sức khỏe, phạm vi bảo hiểm đối với các vật dụng và dịch vụ, hoặc phạm vi bảo hiểm thuốc. Khi quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị nộp yêu cầu thanh toán, quý vị sẽ nhận được thông báo cho biết những khoản nào được chi trả và những khoản nào không được chi trả. Thông báo này đến từ một trong những nguồn sau:
 - Medicare
 - Quý vị **chương trình Medicare Advantage** hoặc **Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare** khác
 - Chương trình thuốc Medicare của quý vị

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về yêu cầu của mình, quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị. Quý vị có thể yêu cầu xem xét lại (kháng nghị) đối với một số quyết định về thanh toán chăm sóc sức khỏe, phạm vi bảo hiểm của các vật dụng và dịch vụ, hoặc phạm vi bảo hiểm thuốc.

Nếu quý vị có lo ngại về chất lượng chăm sóc và các dịch vụ khác mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp Medicare, quý vị có thể:

- Nộp đơn khiếu nại (đôi khi được gọi là “than phiền”).
- Nhận hỗ trợ từ các Mạng lưới Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) và các Cơ quan Khảo sát của Tiểu bang nếu quý vị có khiếu nại (than phiền) về dịch vụ chăm sóc lọc máu hoặc ghép thận của mình.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để tìm hiểu thêm về việc nộp đơn khiếu nại. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

Quyền của tôi là gì nếu chương trình của tôi ngừng tham gia Medicare?

Các chương trình bảo hiểm sức khỏe và thuốc của Medicare có thể quyết định không tham gia Medicare trong năm tới. Trong những trường hợp này, phạm vi bảo hiểm của quý vị theo chương trình sẽ kết thúc sau ngày 31 tháng 12. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích các lựa chọn của quý vị. Nếu điều này xảy ra:

- Quý vị có thể chọn một chương trình khác từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Quý vị cũng có quyền đặc biệt theo luật liên bang để tham gia một Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác cho đến ngày cuối cùng của tháng 2.**
- Theo luật liên bang, quý vị có thể có quyền mua một số hợp đồng **Medigap** nhất định trong vòng 63 ngày sau khi phạm vi bảo hiểm của chương trình chấm dứt. Tùy thuộc vào tiểu bang của quý vị, quý vị cũng có thể có quyền mua một hợp đồng Medigap nếu chương trình của quý vị quyết định không tham gia Medicare cho năm tới.

Kháng nghị là gì?

Kháng nghị là hành động mà quý vị có thể thực hiện nếu quý vị không đồng ý với quyết định về phạm vi bảo hiểm hoặc thanh toán của Medicare hoặc **Chương trình Medicare**. 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, vật dụng, vật phẩm hoặc thuốc mà quý vị cho rằng Medicare nên chi trả.
- Yêu cầu thanh toán cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật dụng, vật phẩm hoặc thuốc mà quý vị đã nhận được.
- Yêu cầu thay đổi số tiền quý vị phải trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật dụng, vật phẩm hoặc thuốc.

Quý vị cũng có thể kháng nghị:

- Nếu Medicare hoặc chương trình của quý vị ngừng cung cấp hoặc thanh toán cho toàn bộ hoặc một phần của dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật dụng hoặc thuốc mà quý vị cho rằng mình vẫn cần.
- Một quyết định xác định người có nguy cơ được đưa ra theo Chương trình Quản lý Thuốc, chương trình này hạn chế quyền tiếp cận bảo hiểm đối với các loại thuốc thường bị lạm dụng, như opioid và benzodiazepine (trang 90).
- Nếu yêu cầu thanh toán của quý vị bị từ chối vì có hồ sơ tai nạn đang mở, và yêu cầu thanh toán đó không liên quan đến tai nạn.

Quan trọng! Nếu quý vị có **Original Medicare** và đang ở bệnh viện, và bệnh viện thay đổi tình trạng của quý vị từ nội trú sang ngoại trú để nhận dịch vụ theo dõi (trang 30), quý vị có quyền kháng nghị. Truy cập [Medicare.gov/statuschange](https://www.medicare.gov/statuschange) để tìm hiểu thêm. **Quý vị phải đáp ứng một số yêu cầu nhất định để kháng nghị.**

Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng nghị, quý vị có thể yêu cầu bác sĩ, nhà cung cấp hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp mọi thông tin có thể giúp củng cố đơn kháng nghị của quý vị. **Hãy lưu giữ bản sao của mọi tài liệu liên quan đến đơn kháng nghị của quý vị**, bao gồm cả các bản sao quý vị gửi cho Medicare hoặc chương trình của quý vị.

Tôi nộp đơn kháng nghị bằng cách nào?

Cách quý vị nộp đơn kháng nghị phụ thuộc vào loại bảo hiểm Medicare mà quý vị có.

Nếu quý vị có Original Medicare

- Nhận “Thông báo Tóm tắt Medicare” (MSN) cho thấy vật dụng hoặc dịch vụ mà quý vị đang kháng nghị. Truy cập trang 62 để biết thêm thông tin về MSNs.
- Khoanh tròn (các) mục trên MSN mà quý vị không đồng ý. Viết một lời giải thích về lý do quý vị không đồng ý với quyết định. Quý vị có thể viết trực tiếp trên MSN hoặc viết trên một tờ giấy riêng rồi đính kèm vào MSN.
- Hãy ghi tên, số điện thoại và Số Medicare của quý vị trên MSN. Giữ lại một bản sao để lưu hồ sơ.
- Gửi MSN hoặc một bản sao của MSN đến công ty xử lý hóa đơn cho Medicare (Nhà thầu Hành chính Medicare) được ghi trên MSN. Quý vị có thể gửi kèm bất kỳ thông tin nào quý vị có liên quan đến đơn kháng nghị, 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 Mẫu CMS-20027. Để nhận mẫu đơn này, hãy truy cập [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để được gửi một bản qua đường bưu điện. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Quý vị phải nộp đơn kháng nghị của mình trước ngày ghi trong MSN. Nếu quý vị đã bỏ lỡ thời hạn kháng nghị, quý vị vẫn có thể nộp kháng nghị và nhận được quyết định nếu quý vị có thể chứng minh lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn đó (ví dụ, nếu quý vị bị khuyết tật, bệnh tật hoặc tai nạn khiến quý vị không thể gửi hồ sơ trước thời hạn).
- Quý vị thường sẽ nhận được quyết định từ Nhà thầu Hành chính Medicare trong vòng 60 ngày sau khi họ nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu Medicare sẽ chi trả cho (các) vật dụng hoặc (các) dịch vụ, chúng sẽ được liệt kê trên MSN tiếp theo của quý vị.
- Quý vị có thể có quyền yêu cầu kháng nghị nhanh nếu cho rằng các dịch vụ Medicare mà quý vị nhận tại bệnh viện hoặc cơ sở khác đang chấm dứt quá sớm (trang 104).

Nếu quý vị đang tham gia một chương trình Medicare Advantage hoặc một Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác

Thời hạn nộp đơn kháng nghị có thể khác với Original Medicare. Trong một số trường hợp, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị nhanh. Để tìm hiểu thêm, hãy xem xét các tài liệu mà chương trình của quý vị gửi cho quý vị, gọi cho chương trình của quý vị, hoặc truy cập [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/medicare-health-plans](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/medicare-health-plans).

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”) từ chương trình thuốc Medicare của quý vị. Quyết định về phạm vi bảo hiểm là quyết định đầu tiên mà chương trình thuốc Medicare của quý vị (không phải nhà thuốc) đưa ra về quyền lợi của quý vị. Đây có thể là quyết định về việc liệu chương trình có chi trả cho thuốc của quý vị hay không, liệu quý vị đã đáp ứng các yêu cầu của chương trình để được chi trả cho thuốc hay chưa, hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho thuốc. Quý vị cũng sẽ nhận được quyết định xác định phạm vi bảo hiểm nếu quý vị yêu cầu chương trình của mình đưa ra ngoại lệ đối với các quy tắc của chương trình để chi trả cho thuốc của quý vị.
- Hãy yêu cầu ngoại lệ nếu quý vị hoặc người kê đơn của quý vị (bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được pháp luật cho phép kê đơn) cho rằng quý vị cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được đài thọ (**danh mục thuốc**).
- Hãy yêu cầu ngoại lệ nếu quý vị hoặc người kê đơn của quý vị cho rằng chương trình của quý vị nên miễn áp dụng một quy định về phạm vi bảo hiểm (chẳng hạn như yêu cầu chấp thuận trước).

- Hãy yêu cầu ngoại lệ nếu quý vị cho rằng mình nên trả ít hơn cho một loại thuốc ở bậc cao hơn vì quý vị hoặc người kê đơn của quý vị cho rằng quý vị không thể sử dụng bất kỳ loại thuốc nào ở bậc thấp hơn để điều trị cùng một tình trạng bệnh.

Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans).

Tôi phải yêu cầu xác định phạm vi bảo hiểm hoặc ngoại lệ như thế nào?

Quý vị hoặc người kê đơn của quý vị phải liên hệ với chương trình của quý vị để yêu cầu quyết định về phạm vi bảo hiểm hoặc một ngoại lệ. Nếu nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị không thể cấp thuốc theo toa, dược sĩ sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo giải thích cách liên hệ với chương trình thuốc Medicare của quý vị để quý vị có thể gửi yêu cầu. Nếu dược sĩ không cung cấp thông báo này, hãy yêu cầu một bản sao.

Nếu quý vị đang yêu cầu một loại thuốc theo toa mà quý vị chưa nhận được, quý vị hoặc người kê đơn của quý vị có thể gửi yêu cầu tiêu chuẩn hoặc yêu cầu giải quyết khẩn (nhanh) qua điện thoại hoặc bằng văn bản. Nếu quý vị đang yêu cầu được hoàn trả tiền cho các thuốc kê đơn mà quý vị đã mua, chương trình của quý vị có thể yêu cầu quý vị hoặc người kê đơn của quý vị gửi yêu cầu tiêu chuẩn bằng văn bản.

Quý vị hoặc người kê đơn của quý vị có thể gọi hoặc viết thư cho chương trình của quý vị để yêu cầu xử lý nhanh. Yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý nhanh hơn nếu quý vị chưa nhận được đơn thuốc và chương trình của quý vị xác định, hoặc người kê đơn của quý vị thông báo cho chương trình của quý vị, rằng tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị có thể gặp rủi ro nếu phải chờ.

Quan trọng! Nếu quý vị đang yêu cầu một ngoại lệ, người kê đơn của quý vị phải cung cấp một bản tuyên bố giải thích lý do y khoa vì sao chương trình của quý vị nên chấp thuận ngoại lệ đó.

Tôi có thể nhận được trợ giúp nộp đơn kháng nghị như thế nào?

Quý vị có thể chỉ định một người đại diện. Họ có thể là một thành viên gia đình, bạn bè, người bảo vệ quyền lợi, luật sư, cố vấn tài chính, bác sĩ hoặc người khác để thay mặt quý vị hành động. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals). Quý vị cũng có thể nhận được hỗ trợ nộp đơn kháng nghị từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị (SHIP). Truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP của quý vị.

Tôi có những quyền gì nếu cho rằng các dịch vụ của mình đang chấm dứt quá sớm?

Nếu quý vị đang nhận các dịch vụ Medicare từ bệnh viện, [cơ sở điều dưỡng chuyên môn](#), cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện hoặc cơ sở chăm sóc cuối đời và cho rằng các dịch vụ được Medicare bao trả của quý vị đang chấm dứt quá sớm (hoặc quý vị bị cho xuất viện quá sớm), quý vị có thể yêu cầu kháng nghị nhanh (còn gọi là “kháng nghị ngay lập tức” hoặc “kháng nghị khẩn”). Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo trước khi các dịch vụ chấm dứt, trong đó hướng dẫn cách yêu cầu kháng nghị nhanh. Vui lòng đọc kỹ thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy yêu cầu cung cấp. Với kháng nghị nhanh, một tổ chức đánh giá độc lập có tên là Tổ chức Cải tiến Chất lượng về Chăm sóc Lấy Người thụ hưởng và Gia đình làm Trung tâm (BFCC-QIO) sẽ quyết định liệu 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 mình để được hỗ trợ nộp đơn kháng nghị (trang 112).

Thông thường, kháng nghị nhanh chỉ áp dụng cho quyết định chấm dứt dịch vụ hoặc cho quý vị xuất viện. Quý vị có thể cần bắt đầu thủ tục kháng nghị đối với yêu cầu thanh toán nếu có vật dụng hoặc dịch vụ bị từ chối sau quyết định chấm dứt dịch vụ. Truy cập [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals) hoặc [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem tập sách “Kháng nghị Medicare.” Có một số trường hợp ngoại lệ (chi tiết trong khung màu xanh bên dưới).

Quan trọng! Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị có quyền yêu cầu kháng nghị nhanh khi vẫn đang nằm viện nếu quý vị được nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú và bệnh viện đã chuyển tình trạng của quý vị sang bệnh nhân ngoại trú nhận dịch vụ theo dõi. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/fast-appeals](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/fast-appeals).

“Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về việc Không được Bảo hiểm Chi trả” (ABN) là gì?

Nếu quý vị có Original Medicare, bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản nếu họ cho rằng Medicare sẽ không thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ mà quý vị sẽ nhận được. Thông báo này được gọi là “Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về việc Không được Bảo hiểm Chi trả”, hay ABN. ABN liệt kê các vật dụng hoặc dịch vụ mà nhà cung cấp của quý vị dự kiến Medicare sẽ không thanh toán, cùng với ước tính chi phí cho các vật dụng và dịch vụ đó và lý do vì sao Medicare có thể không thanh toán.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi nhận được thông báo này?

- Quý vị sẽ được yêu cầu chọn xem có nhận các vật dụng hoặc dịch vụ được liệt kê trên thông báo hay không.
- Nếu quý vị chọn nhận các vật dụng hoặc dịch vụ được liệt kê trên thông báo, quý vị đồng ý thanh toán nếu Medicare không thanh toán.
- Quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo để xác nhận rằng quý vị đã đọc và hiểu nội dung đó.
- Các bác sĩ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và các nhà cung cấp hàng hóa không bắt buộc phải (nhưng vẫn có thể) gửi cho quý vị thông báo đối với các dịch vụ mà Medicare không bao giờ chi trả (trang 58).
- ABN không phải là sự từ chối bảo hiểm chính thức của Medicare. Nếu Medicare từ chối thanh toán, quý vị vẫn có thể nộp đơn kháng nghị sau khi nhận được “Thông báo Tắt tắt Medicare” (MSN) cho thấy vật dụng hoặc dịch vụ đang được xem xét. Tuy nhiên, quý vị sẽ phải thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ nếu Medicare quyết định rằng các vật dụng hoặc dịch vụ đó không được đài thọ (và không có công ty bảo hiểm nào khác chịu trách nhiệm thanh toán).

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 tin rằng Medicare sẽ không còn chi trả cho thời gian lưu trú của quý vị hoặc các vật dụng và dịch vụ khác.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi không nhận được thông báo này?

Nếu nhà cung cấp của quý vị bắt buộc phải gửi cho quý vị thông báo này nhưng đã không làm như vậy, thì trong hầu hết các trường hợp, nhà cung cấp của quý vị phải hoàn trả cho quý vị số tiền quý vị đã thanh toán cho vật dụng hoặc dịch vụ đó.

Tôi có thể tìm 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 cần làm gì nếu quý vị nhận được một ABN.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia một **chương trình Medicare Advantage**, quý vị có quyền hỏi trước chương trình xem chương trình đó có chi trả cho một dịch vụ, thuốc hoặc vật dụng nhất định hay không. Liên hệ với chương trình của quý vị để yêu cầu và nộp yêu cầu trước dịch vụ cho một quyết định của tổ chức. Nếu chương trình từ chối yêu cầu của quý vị, phản hồi của họ sẽ bao gồm hướng dẫn để nộp đơn kháng nghị đúng hạn. Quý vị cũng có thể nhận được dịch vụ chăm sóc theo chỉ định của chương trình. Đây là trường hợp nhà cung cấp thuộc chương trình giới thiệu quý vị đến nhận một dịch vụ hoặc đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới mà không xin trước quyết định của tổ chức (trang 70).

Quyền của quý vị được truy cập thông tin sức khỏe cá nhân của mình

Theo luật, quý vị hoặc người đại diện hợp pháp của quý vị thường có quyền xem xét và/hoặc nhận bản sao 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 cho Medicare đối với dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu quý vị muốn Medicare cung cấp thông tin cá nhân của quý vị cho người khác, chẳng hạn như người chăm sóc, hãy vào ô màu xanh trên trang 111 để tìm hiểu thêm về việc hoàn thành mẫu “Giấy Cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe Cá nhân”. Quý vị cũng nhìn chung có quyền nhận thông tin này từ các chương trình bảo hiểm y tế chi trả cho việc chăm sóc của quý vị, bao gồm cả Medicare.

Các loại thông tin sức khỏe cá nhân này bao gồm:

- Hồ sơ yêu cầu thanh toán và hóa đơn
- Hồ sơ liên quan đến việc ghi danh của quý vị vào các chương trình bảo hiểm sức khỏe, bao gồm cả Medicare
- Hồ sơ y tế và quản lý trường hợp
- Các hồ sơ khác mà bác sĩ hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe 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 dưới dạng điện tử. Nếu các nhà cung cấp hoặc chương trình của quý vị lưu trữ thông tin của quý vị dưới dạng điện tử, họ nhìn chung phải cung cấp cho quý vị các bản sao điện tử nếu quý vị yêu cầu. Quý vị có quyền nhận thông tin của mình kịp thời, nhưng có thể mất tới 30 ngày để nhận được phản hồi. Nếu thông tin của quý vị ở dạng điện tử, quý vị cũng có thể yêu cầu gửi thông tin đó cho một bên thứ ba do quý vị lựa chọn, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang điều trị cho quý vị, một thành viên gia đình, hoặc một nhà nghiên cứu.

Quý vị có thể phải điền một mẫu đơn để yêu cầu bản sao thông tin của mình và trả một khoản phí. Thông thường, khoản phí này không được vượt quá tổng chi phí cho:

- Nhân công để sao chép thông tin được yêu cầu
- Vật tư để tạo bản sao
- Bưu phí (nếu quý vị yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe gửi bản sao cho quý vị qua đường bưu điện)

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ không bị tính phí cho việc xem xét, tìm kiếm, tải xuống hoặc gửi thông tin của quý vị qua cổng thông tin điện tử.

Truy cập [HHS.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers) để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc nhận và sử dụng hồ sơ sức khỏe của mình, “Hướng dẫn Cách Nhận và Sử dụng Hồ sơ Sức khỏe của Quý vị” có thể giúp quý vị tìm hiểu cách thực hiện. Hướng dẫn này chỉ cho quý vị cách nhận hồ sơ sức khỏe và bảo đảm rằng hồ sơ đó 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/get-it-check-it-use-it](https://www.healthit.gov/get-it-check-it-use-it) để xem lại hướng dẫn.

Medicare sử dụng thông tin cá nhân của tôi như thế nào?

Medicare bảo vệ quyền riêng tư của thông tin sức khỏe của quý vị. Hai trang tiếp theo mô tả cách Medicare có thể sử dụng và cung cấp thông tin của quý vị, đồng thời giải thích cách quý vị có thể nhận được thông tin này.

Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư đối với Original Medicare

Thông báo này mô tả cách thông tin y tế về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ, cũng như cách quý vị có thể truy cập thông tin này. Vui lòng xem xét kỹ lưỡng.

Luật pháp yêu cầu Medicare bảo vệ quyền riêng tư của thông tin y tế cá nhân của quý vị. Luật 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”) 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, người do 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 và Dịch vụ Nhân sinh, nếu cần thiết
- Bất kỳ người nào khác mà pháp luật yêu cầu phải được cung cấp thông tin đó

Chúng tôi có quyền sử dụng và cung cấp thông tin của quý vị để thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và để vận hành Medicare. Ví dụ:

- Các Nhà thầu Hành chính Medicare sử dụng thông tin của quý vị để thanh toán 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) công ty bảo hiểm khác của quý vị, hoặc chuẩn bị “Thông báo Tóm tắt Medicare” của quý vị.
- Chúng tôi có thể sử dụng thông tin của quý vị để cung cấp dịch vụ khách hàng, giải quyết các khiếu nại mà quý vị có, liên hệ với quý vị về các nghiên cứu, và bảo đảm 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 đây:

- Với các cơ quan tiểu bang và các cơ quan liên bang khác có quyền hợp pháp nhận dữ liệu Medicare (chẳng hạn như để bảo đảm Medicare thực hiện các khoản thanh toán đúng quy định và hỗ trợ các chương trình liên bang/tiểu bang **Medicaid**)
- Đối với các hoạt động y tế công cộng (như báo cáo các đợt bùng phát dịch bệnh)
- Đối với các hoạt động giám sát chăm sóc sức khỏe của chính phủ (như điều tra gian lận và lạm dụng)
- Cho các thủ tục tố tụng tư pháp và hành chính (chẳng hạn như trả lời lệnh của tòa án)
- Cho mục đích thực thi pháp luật (chẳng hạn như cung cấp thông tin giới hạn để tìm kiếm người mất tích)
- Cho các nghiên cứu đáp ứng tất cả các yêu cầu của pháp luật về quyền riêng tư (chẳng hạn như nghiên cứu nhằm phòng ngừa bệnh tật hoặc tình trạng khuyết tật)
- Để tránh một mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc sự an toàn
- Để liên hệ với quý vị về các quyền lợi Medicare mới hoặc đã thay đổi
- Để tạo một tập hợp thông tin mà không ai có thể truy ngược đến quý vị

- Với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ khác mà họ có thể hợp tác nhằm mục đích phối hợp chăm sóc và cải thiện chất lượng (chẳng hạn như tham gia vào một **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)**)

Chúng tôi không bán hoặc sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để thông báo cho quý vị về các sản phẩm hoặc dịch vụ y tế (“tiếp thị”). Chúng tôi phải có sự cho phép bằng văn bản của quý vị (một “ủy quyền”) để sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị cho bất kỳ mục đích nào không được mô tả trong thông báo này.

Quý vị có thể rút lại (“thu hồi”) sự cho phép bằng văn bản của mình bất cứ lúc nào, trừ khi chúng tôi đã chia sẻ thông tin vì quý vị đã cho phép chúng tôi.

Quý vị có quyền:

- Xem xét và nhận một bản sao của thông tin chúng tôi có về quý vị.
- Hãy yêu cầu chúng tôi thay đổi thông tin của quý vị nếu quý vị cho rằng thông tin đó sai hoặc chưa đầy đủ, và chúng tôi đồng ý. Nếu chúng tôi không đồng ý, quý vị có thể yêu cầu bổ sung một tuyên bố nêu rõ ý kiến không đồng ý của quý vị vào thông tin của mình.
- Nhận danh sách những người nhận thông tin của quý vị từ chúng tôi. Danh sách 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 hành pháp, hoặc thông tin mà chúng tôi đã sử dụng để thanh toán cho việc chăm sóc của quý vị hoặc cho các hoạt động của chúng tôi.
- Yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một cách khác hoặc tại một địa điểm khác (ví dụ, bằng cách gửi tài liệu đến hộp thư bưu điện thay vì địa chỉ nhà của quý vị).
- Yêu cầu chúng tôi giới hạn cách chúng tôi sử dụng thông tin của quý vị và cách chúng tôi cung cấp thông tin đó để chi trả các yêu cầu thanh toán và quản lý Medicare. Chúng tôi có thể không thể chấp thuận yêu cầu của quý vị.
- Nhận thư thông báo 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 giấy riêng của thông báo này.
- Trao đổi với Đại diện Dịch vụ Khách hàng về thông báo quyền riêng tư của chúng tôi. Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về quyền riêng tư với:

- Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS). Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE.
- Bộ Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HHS) Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền (OCR). 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 phạm vi bảo hiểm của quý vị theo Medicare.

Luật pháp yêu cầu chúng tôi tuân thủ 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 cho quý vị một thông báo qua thư trong vòng 60 ngày kể từ ngày thay đổi.

Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư cho **Original Medicare có hiệu lực từ ngày 23 tháng 9 năm 2013.**

Làm thế nào để tôi có thể tự bảo vệ mình khỏi hành vi gian lận và trộm cắp danh tính y tế?

Rộm cắp danh tính y tế xảy ra khi ai đó đánh cắp hoặc sử dụng thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như tên, Số An sinh Xã hội hoặc Số Medicare của quý vị) để gửi các yêu cầu thanh toán gian lận đến Medicare và các công ty bảo hiểm y tế mà không có sự cho phép của quý vị. Khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy ghi lại ngày nhận dịch vụ trên lịch. Giữ lại biên lai và bản kê khai quý vị nhận được từ các nhà cung cấp để kiểm tra sai sót. Nếu quý vị cho rằng có sai sót hoặc nhà cung cấp lập hóa đơn cho các dịch vụ mà quý vị không nhận được, hãy thực hiện các bước sau để tìm hiểu nội dung đã được lập hóa đơn:

- Kiểm tra “Thông báo Tóm tắt Medicare” (MSN) của quý vị nếu quý vị có **Original Medicare** để biết liệu dịch vụ đó có được lập hóa đơn cho Medicare hay không. Nếu quý vị tham gia một **Chương trình bảo hiểm sức khỏe 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** để xem lại các yêu cầu thanh toán Medicare của quý vị 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 được xử lý. Quý vị cũng có thể tải xuống dữ liệu yêu cầu thanh toán của mình từ tài khoản **Medicare.gov** bằng cách chọn tên của quý vị trong menu ở góc trên bên phải, sau đó chọn “Tải xuống yêu cầu thanh toán và dữ liệu cá nhân của tôi” (Download my claims & personal data) trong “Tài khoản của tôi” (My Account). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Nếu quý vị biết nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp hàng hóa, hãy gọi và yêu cầu một bảng kê chi tiết. Họ phải cung cấp cho quý vị trong vòng 30 ngày.

Nếu quý vị đã liên hệ với nhà cung cấp và nghi ngờ rằng Medicare đang bị lập hóa đơn cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị không nhận được, hoặc quý vị không biết nhà cung cấp trên yêu cầu thanh toán, hãy gọi 1-800-MEDICARE.

Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE nếu quý vị cho rằng Số Medicare của mình đã bị sử dụng một cách gian lận.

Chỉ cung cấp thông tin cá nhân, như Số Medicare của quý vị, cho bác sĩ hoặc các nhà cung cấp Medicare khác, các công ty bảo hiểm (và các đại lý hoặc môi giới được cấp phép của họ), hoặc các chương trình đang hành động thay mặt quý vị; hoặc các chương trình hỗ trợ của tiểu bang phối hợp với Medicare. Không chia sẻ Số Medicare của quý vị hoặc bất kỳ thông tin cá nhân nào khác với bất kỳ ai liên hệ với quý vị qua điện thoại, email hoặc trực tiếp, trừ khi quý vị đã cho phép họ trước đó. Medicare, hoặc đại diện **Chương trình Medicare** của quý vị, sẽ chỉ gọi trong những tình huống hạn chế:

- Một chương trình Medicare có thể gọi cho quý vị nếu quý vị đã là thành viên của chương trình đó. Đại lý đã giúp quý vị tham gia cũng có thể gọi cho quý vị.
- Đại diện dịch vụ khách hàng của 1-800-MEDICARE có thể gọi cho quý vị nếu quý vị đã để lại lời nhắn hoặc nếu một đại diện cho biết sẽ có người gọi lại cho quý vị.
- Nếu quý vị đã báo cáo hành vi bị nghi ngờ là gian lận, quý vị có thể nhận được cuộc gọi từ người đại diện cho Medicare để theo dõi tình trạng báo cáo về hành vi gian lận bị nghi ngờ của quý vị.

Quan trọng! Medicare đang thực hiện các hành động nhanh chóng để ngăn chặn và phòng ngừa gian lận, lãng phí và lạm dụng trong chăm sóc sức khỏe. Hãy nhớ kiểm tra các MSN, biên lai và bảng sao kê của quý vị, và bảo vệ thẻ Medicare và Số Medicare của quý vị. Truy cập **Medicare.gov/basics/reporting-medicare-fraud-and-abuse** hoặc liên hệ với Chương trình Tuần tra Medicare Người cao tuổi tại địa phương của quý vị. Tìm hiểu thêm về Chương trình Tuần tra Medicare Người cao tuổi và tìm sự trợ giúp tại tiểu bang của quý vị tại **smpresource.org**, hoặc gọi 1-877-808-2468.

Các chương trình phải tuân thủ các quy tắc tiếp thị

Các chương trình Medicare và các đại lý phải tuân thủ một số quy tắc nhất định khi tiếp thị các chương trình của họ và thu thập thông tin ghi danh của quý vị. Các chương trình không cần thông tin cá nhân của quý vị để cung cấp báo giá. Các chương trình Medicare không thể ghi danh quý vị vào một chương trình qua điện thoại trừ khi quý vị gọi cho họ và yêu cầu ghi danh, hoặc quý vị đã cho phép họ liên hệ với quý vị.

Quan trọng! Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để báo cáo bất kỳ chương trình hoặc đại lý nào mà:

- Yêu cầu thông tin cá nhân của quý vị qua điện thoại hoặc email
- Gọi để ghi danh quý vị vào một chương trình
- Đến gặp quý vị mà không báo trước
- Sử dụng thông tin sai lệch để đánh lừa quý vị

Quý vị cũng có thể gọi cho Nhà thầu Liền chính Thuốc Medicare phụ trách Điều tra (I-MEDIC) theo số 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). MEDIC chống gian lận, lãng phí và lạm dụng trong **các chương trình Medicare Advantage** I- và các chương trình thuốc Medicare.

Việc điều tra hành vi bị nghi ngờ là gian lận cần có thời gian

Mọi thông tin cung cấp đều có giá trị. Medicare xem xét nghiêm túc tất cả các báo cáo về hành vi bị nghi ngờ là gian lận. Khi quý vị báo cáo gian lận, quý vị có thể sẽ không biết ngay kết quả. Việc điều tra báo cáo của quý vị và xây dựng hồ sơ cần thời gian, nhưng xin yên tâm rằng thông tin của quý vị đang giúp chúng tôi bảo vệ Medicare.

Cách Thanh tra Quyền lợi Người thụ hưởng Medicare có thể giúp quý vị

Thanh tra viên Quyền lợi Người thụ hưởng Medicare giúp quý vị với các khiếu nại, than phiền và yêu cầu thông tin liên quan đến Medicare. Họ bảo đảm rằng quý vị có thông tin về quyền và các biện pháp bảo vệ của Medicare và hiểu cách thức để các mối quan ngại của quý vị được giải quyết. Nếu quý vị có một mối quan ngại chưa được Medicare hoặc chương trình của quý vị giải quyết, hãy yêu cầu 1-800-MEDICARE gửi yêu cầu của quý vị tới Thanh tra Quyền lợi Người thụ hưởng Medicare. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Truy cập [Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/get-help-with-your-rights-protections](https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/get-help-with-your-rights-protections) để tìm hiểu thêm.

Phần 9:

Tìm các liên hệ hữu ích

Nhận trợ giúp cá nhân hóa

1. Gọi cho chúng tôi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 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 tại PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Nhận thông tin 24 giờ mỗi ngày, kể cả cuối tuần

- Nói rõ ràng và làm theo các lời nhắc bằng giọng nói để chọn danh mục phù hợp nhất với nhu cầu của quý vị.
- Quý vị hãy chuẩn bị sẵn thẻ Medicare của mình trước mặt và sẵn sàng cung cấp Số Medicare của quý vị. Quý vị cũng có thể lấy Số Medicare của mình bằng cách đăng nhập vào tài khoản Medicare an toàn của quý vị. Truy cập [Medicare.gov/account](https://www.medicare.gov/account).
- Khi được yêu cầu cung cấp Số Medicare của quý vị, hãy nói rõ từng chữ số và chữ cái một cách lần lượt, từng ký tự một.
- Để được hỗ trợ bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc tiếng Tây Ban Nha, hoặc để nhận ấn phẩm Medicare ở định dạng dễ tiếp cận (như bản in cỡ chữ lớn hoặc chữ nổi Braille), hãy yêu cầu đại diện dịch vụ khách hàng.

Quan trọng! Quý vị có cần một người nào đó (chẳng hạn như thành viên gia đình, bạn bè hoặc người chăm sóc) truy cập thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị khi họ gọi đến số 1-800-MEDICARE không?

Quý vị có thể điền mẫu "Giấy Cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe Cá nhân" để cho phép Medicare cung cấp thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị cho người khác ngoài quý vị. Để nhận mẫu này bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha, hãy truy cập [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nộp mẫu này tại [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) trong tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Medicare phải xử lý biểu mẫu trước khi việc ủy quyền có hiệu lực.

Các cách khác để nhận thông tin về Medicare

Email của Medicare

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tạo tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Vui lòng cung cấp địa chỉ email của quý vị để nhận các nhắc nhở và thông tin quan trọng về Medicare.

Ấn phẩm

Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem xét, in hoặc tải xuống các bản sao của các ấn phẩm về các chủ đề Medicare khác nhau và bằng các ngôn ngữ khác. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Truy cập trang 124 để biết thông tin về việc nhận các ấn phẩm ở định dạng dễ tiếp cận (như bản in cỡ chữ lớn, sách điện tử hoặc chữ nổi Braille) mà không mất phí.



Cần định nghĩa? Các từ màu xanh lam được định nghĩa trên trang 119–122.

Mạng xã hội

Hãy cập nhật thông tin mới nhất và kết nối với những người khác có Medicare bằng cách theo dõi chúng tôi trên Facebook (facebook.com/Medicare) và X, trước đây được gọi là Twitter (x.com/MedicareGov).

Video

Tìm các video chính thức về Medicare và các chủ đề chăm sóc sức khỏe khác tại YouTube.com/cmsshsgov.

Các liên hệ hữu ích khác

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

SHIP là các chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính phủ liên bang để cung cấp tư vấn bảo hiểm y tế tại địa phương cho những người có Medicare. SHIP không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm y tế nào. Họ cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí, cá nhân hóa cho quý vị và gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị để hỗ trợ về các vấn đề liên quan đến Medicare.

Truy cập trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP địa phương của quý vị, hoặc truy cập shiphelp.org.

An sinh Xã hội

Truy cập SSA.gov để nộp đơn và đăng ký **Original Medicare**, đồng thời tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện nhận **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** với chi phí thuốc theo Medicare hay không. Ngoài ra, khi mở tài khoản “my Social Security” cá nhân, quý vị có thể xem lại Bản kê An sinh Xã hội, xác minh thu nhập của mình, thay đổi thông tin gửi tiền trực tiếp, cập nhật địa chỉ và thực hiện nhiều việc khác. Truy cập SSA.gov/myaccount để mở tài khoản cá nhân của quý vị.

Trung tâm Điều phối & Thu hồi Quyền lợi

Liên hệ Trung tâm Điều phối và Thu hồi Quyền lợi theo số 1-855-798-2627 để báo cáo những thay đổi về thông tin bảo hiểm của quý vị hoặc thông báo cho Medicare nếu quý vị có bảo hiểm khác (chẳng hạn như chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của chủ lao động, bảo hiểm bồi thường cho người lao động hoặc bảo hiểm ô tô không xét lỗi). Người dùng TTY có thể gọi 1-855-797-2627.

Tổ chức Cải tiến Chất lượng về Chăm sóc Lấy Người thụ hưởng và Gia đình làm Trung tâm và Cơ quan Khảo sát Tiểu bang

Hãy liên hệ với Tổ chức Cải tiến Chất lượng về Chăm sóc Lấy Người thụ hưởng và Gia đình làm Trung tâm (BFCC-QIO) nếu quý vị cho rằng phạm vi bao trả của Medicare cho dịch vụ của quý vị đang chấm dứt quá sớm (chẳng hạn như khi bệnh viện cho biết quý vị phải xuất viện nhưng quý vị không đồng ý). Quý vị có thể có quyền kháng nghị nhanh. Nếu quý vị lo ngại về chất lượng chăm sóc tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc không hài lòng với cách nhà cung cấp giải quyết mối lo ngại của quý vị, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại chính thức trực tiếp đến cơ quan khảo sát của tiểu bang hoặc BFCC-QIO. Gọi 1-800-MEDICARE để lấy số điện thoại của BFCC-QIO hoặc cơ quan khảo sát của tiểu bang quý vị. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Truy cập Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/complaints để biết thêm thông tin.

Bộ Quốc phòng

Nhận thông tin về TRICARE For Life (TFL) và Chương trình Dược phẩm TRICARE.

TFL:

1-866-773-0404, TDD: 1-866-773-0405

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

Chương trình Nhà thuốc TRICARE:

1-877-363-1303, TTY: 1-877-540-6261

tricare.mil/pharmacy

militaryrx.express-scripts.com

Bộ Cựu chiến binh (VA)

Hãy liên hệ với VA nếu quý vị là cựu chiến binh hoặc đã phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ và có thắc mắc về các quyền lợi dành cho cựu chiến binh.

1-800-827-1000, TTY: 711

[VA.gov](https://va.gov)

Văn phòng Quản lý Nhân sự

Nhận thông tin về Chương trình Quyền lợi Sức khỏe dành cho Nhân viên Liên bang đối với nhân viên liên bang hiện tại và đã nghỉ hưu.

Người nghỉ hưu liên bang:

1-888-767-6738, TTY: 711

[OPM.gov/healthcare-insurance/Guide-Me/Retirees-Survivors](https://opm.gov/healthcare-insurance/Guide-Me/Retirees-Survivors)

Nhân viên liên bang đang làm việc:

Liên hệ với Cán bộ Phụ trách Quyền lợi của quý vị. Truy cập apps.opm.gov/abo để xem danh sách các Cán bộ Phụ trách Quyền lợi.

Hội đồng ngành Hưu trí Đường sắt (RRB)

Nếu quý vị nhận được trợ cấp từ RRB, hãy gọi cho họ để thay đổi địa chỉ hoặc tên của quý vị, kiểm tra điều kiện đủ, đăng ký Medicare, thay thế thẻ Medicare của quý vị, hoặc báo cáo một trường hợp tử vong.

1-877-772-5772, TTY: 1-312-751-4701

[RRB.gov](https://rrb.gov)

Quý vị có câu hỏi hoặc ý kiến về cuốn sổ tay này không?

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

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

Truy cập shiphelp.org, hoặc sử dụng thông tin dưới đây để được hỗ trợ miễn phí, cá nhân hóa về các câu hỏi liên quan đến kháng nghị, mua bảo hiểm khác, chọn một chương trình sức khỏe, mua một hợp đồng [Medigap](#), và các quyền cũng như biện pháp bảo vệ của Medicare.

Alabama

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế 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 Tiểu bang Arizona (SHIP)
1-800-432-4040

Arkansas

Chương trình Thông tin Bảo hiểm Y tế cho Người Cao Tuổi (SHIIP)
1-800-224-6330

California

Chương trình Tư vấn & Vận động về Bảo hiểm Y tế California (HICAP)
1-800-434-0222

Colorado

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)
1-888-696-7213

Connecticut

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế, Tiếp cận, Thông tin và Giới thiệu, Tư vấn, Sàng lọc Đủ điều kiện của Connecticut (CHOICES)
1-800-994-9422

Delaware

Cục Hỗ trợ Medicare của 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 Tiểu bang Georgia (SHIP)
1-866-552-4464 (tùy chọn 4)

Guam

Chương trình Hỗ trợ Medicare của 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 cho Người Cao tuổi (SHIBA)
1-800-247-4422

Illinois

Chương trình Bảo hiểm Y tế cho Người Cao tuổi (SHIP)
1-800-252-8966
TRS: 711

Indiana

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

Iowa

Chương trình Thông tin Bảo hiểm Y tế cho Người Cao Tuổi (SHIIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

Kansas

Tư vấn Bảo hiểm Y tế cho Người Cao tuổi của Kansas (SHICK)
1-800-860-5260

Kentucky

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)
1-877-293-7447

Louisiana

Chương trình Thông tin Bảo hiểm Y tế cho Người Cao tuổi (SHIIP)
1-800-259-5300

Maine

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Maine (SHIP)
1-800-262-2232

Maryland

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)
1-800-243-3425

Massachusetts

Phục vụ Nhu cầu Bảo hiểm Y tế của Mọi người (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

Michigan

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Michigan (SHIP)
1-800-803-7174

Minnesota

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Minnesota/Đường dây Senior LinkAge Line
1-800-333-2433

Mississippi

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang MS (SHIP)
1-844-822-4622

Missouri

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Missouri (SHIP)
1-800-390-3330

Montana

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Montana (SHIP)
1-800-551-3191

Nebraska

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

Nevada

Chương trình Hỗ trợ Medicare Nevada (MAP)
1-800-307-4444

New Hampshire

NH SHIP – ServiceLink
Trung tâm Tài nguyên
1-866-634-9412

New Jersey

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP)
1-800-792-8820

New Mexico

New Mexico ADRC-SHIP
1-800-432-2080

New York

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Thông tin về Bảo hiểm Y tế (HICAP)
1-800-701-0501

North Carolina

Chương trình Thông tin Bảo hiểm Y tế cho Người Cao tuổi (SHIIP)
1-855-408-1212

North Dakota

Tư vấn Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

Ohio

Chương trình Thông tin Bảo hiểm Y tế cho Người Cao tuổi Ohio (OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

Oklahoma

Chương trình Hỗ trợ Medicare Oklahoma (MAP)
1-800-763-2828 (cho các mã vùng của tiểu bang 405, 918 và 580)
Tất cả các mã vùng khác:
405-521-6628

Oregon

Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế cho Người cao tuổi (SHIBA)
1-800-722-4134

Pennsylvania

Chương trình Giáo dục và Hỗ trợ Quyết định về Medicare Pennsylvania (PA MEDI)
1-800-783-7067

Puerto Rico

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế 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

South Carolina

Sở Người cao tuổi South Carolina
1-800-868-9095

South Dakota

Chương trình Giáo dục về Thông tin Sức khỏe và Bảo hiểm dành cho Người cao tuổi (SHIINE)
1-888-854-5321

Tennessee

TN SHIP
1-877-801-0044
TTY: 1-800-848-0299

Texas

Chương trình Tư vấn và Vận động về Thông tin Y tế (HICAP)
1-800-252-9240

Utah

Chương trình Thông tin Bảo hiểm Y tế cho Người Cao tuổi (SHIP)
1-800-541-7735

Vermont

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Vermont
1-800-642-5119

Quần đảo Virgin

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Quần đảo Virgin (VISHIP)
1-340-772-7368 khu vực St. Croix;
1-340-714-4354 khu vực St. Thomas

Virginia

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bảo hiểm Virginia (VICAP) 1-800-552-3402

Washington

Cố vấn Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Toàn tiểu bang (SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

Washington D.C.

DC SHIP
202-727-8370

West Virginia

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang West Virginia (WV SHIP)
1-877-987-4463

Wisconsin

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang WI (SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

Wyoming

Chương trình Thông tin Bảo hiểm Y tế Tiểu bang Wyoming (WSHIP)
1-800-856-4398

Lưu ý

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Phần 10:

Định nghĩa

Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)

Các nhóm bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận Original Medicare và phối hợp với nhau để cung cấp cho bệnh nhân dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao, được điều phối tốt, đồng thời chịu trách nhiệm về chất lượng và chi phí chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị.

Thỏa thuận chi trả trực tiếp

Thỏa thuận của bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc nhà cung ứng của quý vị về việc nhận thanh toán trực tiếp từ Medicare, chấp nhận số tiền Medicare phê duyệt cho dịch vụ đó là khoản thanh toán đầy đủ và không tính phí quý vị vượt quá mức khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm của Medicare.

Giai đoạn quyền lợi

Cách Original Medicare tính mức sử dụng dịch vụ bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn của quý vị. Một giai đoạn quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị được nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú nào tại bệnh viện (hoặc dịch vụ chăm sóc chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị nhập viện hoặc vào 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

Khoản tiền quý vị có thể phải trả như phần chi phí của mình cho các quyền lợi sau khi đã thanh toán mọi khoản khấu trừ. Khoản đồng bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ phần trăm (ví dụ: 20%).

Đồng thanh toán

Khoản tiền quý vị có thể phải trả như phần chi phí của mình cho các quyền lợi sau khi đã thanh toán mọi khoản khấu trừ. Khoản đồng thanh toán là một số tiền cố định, như \$30.

Bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy

Bảo hiểm thuốc theo toa được kỳ vọng sẽ chi trả, trung bình, ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc của Medicare. Bảo hiểm này có thể bao gồm bảo hiểm thuốc từ một chủ lao động hoặc công đoàn hiện tại hoặc trước đây, TRICARE, Dịch vụ Sức khỏe Người bản địa, VA, hoặc bảo hiểm y tế cá nhân.

Bệnh viện tiếp cận thiết yếu

Một cơ sở nhỏ nằm ở khu vực nông thôn, cách một bệnh viện hoặc bệnh viện tiếp cận thiết yếu khác hơn 35 dặm (hoặc 15 dặm nếu ở địa hình miền núi hoặc khu vực chỉ có đường phụ). Cơ sở này cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần, có không quá 25 giường bệnh nội trú và duy trì thời gian nằm viện trung bình không quá 96 giờ đối với bệnh nhân được chăm sóc cấp tính.

Khoản khấu trừ

Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi Original Medicare, Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc Medicare của quý vị, hoặc bảo hiểm khác của quý vị bắt đầu chi trả.

Các chương trình trình diễn

Các dự án đặc biệt, đôi khi được gọi là “chương trình thí điểm” hoặc “nghiên cứu”, nhằm thử nghiệm các cải tiến trong bảo hiểm Medicare, thanh toán và chất lượng chăm sóc. Các dự án này thường chỉ hoạt động trong một khoảng thời gian giới hạn, dành cho một nhóm người cụ thể và ở những khu vực cụ thể.

Hồ sơ Sức khỏe Điện tử

Hồ sơ sức khỏe điện tử là hồ sơ ghi lại tiền sử bệnh, dịch vụ chăm sóc sức khỏe và quá trình điều trị của quý vị, được bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, nhân viên cơ sở y tế hoặc bệnh viện lưu trữ trên máy tính.

- Hồ sơ này có thể giúp giảm nguy cơ xảy ra sai sót y khoa, tránh thực hiện các xét nghiệm trùng lặp và có thể cải thiện chất lượng chăm sóc tổng thể của quý vị.
- Hồ sơ sức khỏe điện tử của bác sĩ quý vị có thể kết nối với bệnh viện, phòng xét nghiệm, nhà thuốc, các bác sĩ khác hoặc hệ thống thông tin y tế chung (cơ sở đăng ký), nhờ đó những người chăm sóc quý vị có thể có cái nhìn đầy đủ hơn về tình trạng sức khỏe của quý vị.

Kê đơn điện tử

Đây là phương thức điện tử để người kê đơn của quý vị (bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được pháp luật cho phép kê đơn) gửi đơn thuốc trực tiếp đến nhà thuốc của quý vị. Kê đơn điện tử có thể giúp quý vị tiết kiệm tiền bạc và thời gian, đồng thời góp phần bảo đảm an toàn cho quý vị.

Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)

Một chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn tài chính hạn chế chi trả các chi phí của chương trình thuốc theo toa Medicare, như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Danh mục thuốc

Danh sách các thuốc theo toa được chi trả bởi một chương trình thuốc theo toa hoặc một chương trình bảo hiểm khác cung cấp quyền lợi thuốc theo toa. Còn được gọi là danh sách thuốc.

Cơ sở phục hồi chức năng nội trú

Bệnh viện hoặc một bộ phận của bệnh viện cung cấp chương trình phục hồi chức năng chuyên sâu cho bệnh nhân nội trú.

Ngày dự trữ trọn đời

Trong Original Medicare, đây là những ngày bổ sung mà Medicare sẽ thanh toán khi quý vị nằm viện hơn 90 ngày. Quý vị có tổng cộng 60 ngày dự trữ có thể được sử dụng trong suốt cuộc đời của mình. Đối với mỗi ngày dự trữ trọn đời, Medicare thanh toán tất cả các chi phí được bảo hiểm ngoại trừ khoản đồng bảo hiểm hàng ngày.

Bệnh viện chăm sóc dài hạn

Các bệnh viện chăm sóc cấp tính cung cấp điều trị cho bệnh nhân lưu trú trung bình hơn 25 ngày. Hầu hết bệnh nhân được chuyển từ đơn vị chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc đặc biệt.

Medicaid

Một chương trình liên bang và tiểu bang phối hợp giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và (trong một số trường hợp) các nguồn tài chính hạn chế. Các chương trình Medicaid khác nhau tùy theo từng tiểu bang, nhưng hầu hết chi phí chăm sóc sức khỏe sẽ được chi trả nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid.

Cần thiết về mặt y tế

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc vật dụng cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh, chấn thương, tình trạng, bệnh tật hoặc các triệu chứng của bệnh đó và đáp ứng các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận.

Chương trình Medicare Advantage (Phần C)

Một loại chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare do một công ty tư nhân ký hợp đồng với Medicare cung cấp. Các chương trình Medicare Advantage cung cấp toàn bộ quyền lợi Phần A và Phần B của quý vị, ngoại trừ một số trường hợp, chẳng hạn như một số khía cạnh của các thử nghiệm lâm sàng được Original Medicare đài thọ mặc dù quý vị vẫn tham gia chương trình. Các chương trình Medicare Advantage bao gồm:

- Các Tổ chức Duy trì Sức khỏe
- Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên
- Các Chương trình Trả phí theo Dịch vụ Tư nhân
- Các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt
- Các Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế

Nếu quý vị đã ghi danh tham gia một Chương trình Medicare Advantage:

- Hầu hết các dịch vụ Medicare được chi trả thông qua chương trình
- Hầu hết các dịch vụ Medicare không được Original Medicare chi trả
- Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage đều cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa

Số tiền được Medicare phê duyệt

Số tiền thanh toán mà Original Medicare quy định cho một dịch vụ hoặc vật dụng được bảo hiểm. Medicare thanh toán phần chi phí thuộc trách nhiệm của Medicare, còn quý vị thanh toán phần chi phí thuộc trách nhiệm của mình trong số tiền đó.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare

Các chương trình do các công ty tư nhân cung cấp, ký hợp đồng với Medicare để cung cấp quyền lợi Phần A, Phần B và trong nhiều trường hợp là Phần D. Bao gồm các chương trình Medicare Advantage và một số loại bảo hiểm khác (như Chương trình Chi phí Medicare, các chương trình PACE và các chương trình trình diễn/thí điểm).

Chương trình Medicare

Bất kỳ hình thức nào ngoài Original Medicare mà qua đó quý vị có thể nhận phạm vi bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của Medicare. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các chương trình sức khỏe Medicare và chương trình thuốc Medicare.

Medigap

Bảo hiểm Bổ sung Medicare do các công ty bảo hiểm tư nhân bán để bù đắp những “khoảng trống” trong phạm vi bảo hiểm của Original Medicare.

Original Medicare

Một chương trình bảo hiểm y tế theo hình thức Trả phí theo Dịch vụ có 2 phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế). Thông thường, quý vị sẽ thanh toán một phần chi phí cho các dịch vụ được bảo hiểm khi quý vị sử dụng chúng. Theo Original Medicare, quý vị không nhận phạm vi bảo hiểm thông qua Chương trình Medicare Advantage hoặc một loại chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác.

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 bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc theo toa.

Dịch vụ phòng ngừa

Chăm sóc sức khỏe để phòng ngừa bệnh hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi việc điều trị có khả năng hiệu quả nhất (ví dụ, các dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, vắc xin cúm, và chụp quang tuyến vú sàng lọc).

Bác sĩ chăm sóc chính

Bác sĩ mà quý vị đến khám đầu tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. Bác sĩ này có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc quý vị và giới thiệu quý vị đến họ.

Giới thiệu

Một chỉ định bằng văn bản của bác sĩ chăm sóc ban đầu để quý vị đến 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 do bác sĩ chuyên khoa cung cấp.

Bệnh viện cấp cứu nông thôn

Một cơ sở cung cấp dịch vụ khoa cấp cứu, chăm sóc theo dõi và một số dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe ngoại trú khác được chỉ định cho bệnh nhân thường lưu trú dưới 24 giờ.

Khu vực dịch vụ

Khu vực mà quý vị phải cư trú để chương trình chấp nhận quý vị làm thành viên. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đây cũng thường là khu vực nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ thông thường (không phải cấp cứu). Chương trình có thể, và trong một số trường hợp bắt buộc phải, chấm dứt tư cách thành viên của quý vị nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)

Một cơ sở điều dưỡng có đội ngũ nhân viên và trang thiết bị để cung cấp chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn cùng các dịch vụ y tế liên quan khác.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)

Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và trị liệu được cung cấp hàng ngày tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm truyền tĩnh mạch chỉ có thể được thực hiện bởi một chuyên gia vật lý trị liệu hoặc một y tá chuẩn định.

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 dưới bất kỳ hình thức nào khác đối với bất kỳ người nào dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, giới tính hoặc tuổi tác trong việc được tiếp nhận, tham gia hoặc nhận các dịch vụ và quyền lợi theo bất kỳ chương trình và hoạt động nào của CMS, cho dù các chương trình và hoạt động đó do CMS trực tiếp thực hiện hay được thực hiện thông qua nhà thầu hoặc bất kỳ tổ chức nào khác mà CMS thu xếp để thực hiện các chương trình và hoạt động của mình.

Quý vị có thể liên hệ với CMS bằng bất kỳ phương thức nào được nêu trong thông báo này nếu quý vị có bất kỳ lo ngại nào về 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 cả việc gặp khó khăn khi nhận thông tin ở định dạng dễ tiếp cận từ bất kỳ Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc Medicare, văn phòng Medicaid của tiểu bang hoặc địa phương hay Chương trình Sức khỏe Đủ điều kiện của Marketplace nào. Có ba cách để nộp đơn khiếu nại với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền:

1. Trực tuyến:

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process)

2. Qua điện thoại:

Gọi 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 tới:

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

Trao đổi Liên lạc Dễ tiếp cận của CMS

Medicare cung cấp các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí, bao gồm thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận như chữ nổi braille, bản in cỡ chữ lớn, tệp dữ liệu/âm thanh, dịch vụ chuyển tiếp và liên lạc qua TTY. Nếu quý vị yêu cầu thông tin ở định dạng dễ tiếp cận, quý vị sẽ không bị bất lợi do cần thêm thời gian để cung cấp thông tin đó. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ được gia hạn thời gian để thực hiện bất kỳ hành động nào nếu việc đáp ứng yêu cầu của quý vị bị chậm trễ.

Để yêu cầu thông tin về Medicare hoặc Marketplace ở định dạng dễ tiếp cận, quý vị có thể:

1. Gọi cho chúng tôi:
 Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 TTY: 1-877-486-2048
 Marketplace: 1-800-318-2596
 TTY: 1-855-889-4325
2. Gửi email cho chúng tôi: altformatrequest@cms.hhs.gov
3. Gửi cho chúng tôi một lá thư:
 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 phải bao gồm tên, số điện thoại, loại thông tin quý vị cần (nếu biết) và địa chỉ nhận thư nơi chúng tôi sẽ gửi tài liệu. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị để yêu cầu 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 có thể tiếp cận. Đối với Medicaid, hãy liên hệ với văn phòng Medicaid của tiểu bang quý vị.

Quý vị đang tìm kiếm trợ giúp bằng các ngôn ngữ khác?

Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị đang hỗ trợ, có câu hỏi về Medicare, quý vị có quyền được nhận trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình mà không mất phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, hãy gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

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, vogliate 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 một nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Bộ Y tế và 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 được quy định trong các đạo luật, quy định và phán quyết có liên quan.

Sản phẩm này được thực hiện bằng chi phí của người nộp 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 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Công Vụ
Phạt \$300 nếu sử dụng cho mục đích cá nhân

CMS Product No. 10050-V (Vietnamese)
September 2026

VIỆC BÁN LẠI BỊ NGHIÊM CẤM

Sổ tay Medicare Quốc gia

Quý vị chuyển đi?

Nếu quý vị nhận được **trợ cấp An sinh Xã hội**, hãy truy cập [SSA.gov](https://ssa.gov) để thay đổi địa chỉ. Nếu quý vị nhận **trợ cấp của Ban Hưu trí ngành Đường sắt (RRB)**, hãy truy cập [RRB.gov](https://rrb.gov) để thay đổi địa chỉ của quý vị.



Medicare