

Tìm Hiểu Về Các Chương Trình Medicare Advantage

Tài liệu chính thức của cơ quan chính phủ này cung cấp cho quý vị thông tin về:

- Các Chương trình Medicare Advantage khác với Medicare Original như thế nào
- Cách các Chương trình Medicare Advantage Hoạt động
- Cách quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage

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



Medicare

Mục lục

- 1** **Mục 1: Các Tùy chọn Bảo hiểm Medicare**
- 6** **Mục 2: Giới thiệu về các Chương trình Medicare Advantage**
- 14** **Mục 3: Các Loại hình Chương trình Medicare Advantage**
- 23** **Mục 4: Thêm Thông tin**
- 25** **Trao đổi Liên lạc Dễ Tiếp cận CMS**
- 26** **Thông báo Không Phân biệt Đối xử**



Mục 1:

Các Tùy chọn Bảo hiểm của Medicare

Khi quý vị lần đầu đăng ký Medicare và trong một số thời điểm nhất định trong năm, quý vị có thể lựa chọn cách thức nhận quyền lợi bảo hiểm Medicare của mình.

Có hai cách để tham gia bảo hiểm Medicare:

- **Original Medicare** bao gồm Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) và Phần B (Bảo Hiểm Y Tế). Sau khi quý vị thanh toán khoản khấu trừ, Medicare thanh toán số tiền chia sẻ chi phí theo mức được Medicare chấp thuận, và quý vị thanh toán phần của mình (đồng bảo hiểm). Nếu quý vị muốn được Medicare bảo hiểm thuốc (Phần D), quý vị có thể tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt.
- **Medicare Advantage (còn gọi là “Phần C”)** là một chương trình bảo hiểm y tế được Medicare chấp thuận, do công ty tư nhân cung cấp, mang đến một lựa chọn thay thế cho chương trình Original Medicare trong việc cung cấp bảo hiểm y tế cho quý vị. Các chương trình “trộn gói” này bao gồm Phần A, Phần B và thường có cả Phần D. Các chương trình có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không có.

Quyết định của quý vị về cách thức nhận quyền lợi Medicare sẽ ảnh hưởng đến số tiền quý vị phải chi trả cho bảo hiểm, các dịch vụ quý vị được hưởng, và những bác sĩ quý vị có thể lựa chọn.

Sự khác biệt giữa Original Medicare và Medicare Advantage là gì?

Original Medicare

- Original Medicare bao gồm Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) và Phần B (Bảo Hiểm Y Tế).
- Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng để nhận được bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).
- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào chấp nhận Medicare, bất cứ nơi nào ở Hoa Kỳ.
- Quý vị cũng có thể tìm hiểu và mua bảo hiểm bổ sung để hỗ trợ chi trả các chi phí tự trả của mình (chẳng hạn như khoản đồng bảo hiểm 20%).

Phần A



Phần B



Quý vị có thể thêm:

Phần D



Quý vị cũng có thể bổ sung:



Bổ sung bảo hiểm

Bảo hiểm này có thể giúp chi trả một số chi phí mà Original Medicare không chi trả. Bao gồm Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (Medigap). Hoặc quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ chủ lao động hiện tại hoặc trước đây, hoặc từ công đoàn, hoặc Medicaid (nếu quý vị có tham gia).

Medicare Advantage (còn được gọi là Phần C)

- Medicare Advantage là một lựa chọn thay thế cho Original Medicare nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe và thuốc của quý vị. Quý vị nhận quyền lợi thông qua một chương trình bảo hiểm y tế tư nhân đã được Medicare chấp thuận. Những chương trình “trộn gói” này bao gồm Phần A, Phần B, và thường là Phần D.
- Quý vị có thể cần sử dụng bác sĩ trong mạng lưới của chương trình và phải được phê duyệt đối với một số loại thuốc hoặc dịch vụ nhất định.
- Thường có mức chi phí tự trả khác so với Original Medicare, bao gồm cả giới hạn cho chi phí tự trả, giúp quý vị không cần mua thêm bảo hiểm bổ sung như Medigap.
- Hầu hết chương trình cung cấp thêm các quyền lợi mà Original Medicare không đài thọ—như thị lực, thính giác, nha khoa và các quyền lợi khác.

Phần A



Phần B



Hầu hết các chương trình bao gồm:

Phần D



Một số quyền lợi bổ sung

Tổng quan: Original Medicare so với Kế Hoạch Lợi Điểm Medicare

Lựa chọn bác sĩ và bệnh viện	
Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
<p>Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào chấp nhận Medicare, ở bất kỳ đâu trên toàn Hoa Kỳ.*</p> <p>* Bao gồm 50 tiểu bang, District of Columbia, Puerto Rico, Hoa Kỳ. Quần đảo Virgin, Guam, Quần đảo Bắc Mariana và Samoa thuộc Mỹ.</p>	<p>Quý vị có thể cần sử dụng các bác sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới và khu vực dịch vụ của chương trình (đối với dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp). Một số chương trình cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ không khẩn cấp ở ngoài mạng lưới, nhưng thường với chi phí cao hơn.</p>
<p>Trong hầu hết trường hợp, quý vị không cần giấy giới thiệu để khám bác sĩ chuyên khoa.</p>	<p>Quý vị có thể cần được giới thiệu để khám với bác sĩ chuyên khoa.</p>

Chi phí	
Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
<p>Đối với các dịch vụ được bảo hiểm Phần B, quý vị thường trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình. Số tiền này được gọi là khoản đồng bảo hiểm của quý vị.</p>	<p>Chi phí tự trả khác nhau. Các chương trình có thể có chi phí tự trả khác nhau cho một số dịch vụ nhất định.</p>
<p>Quý vị trả phí bảo hiểm hàng tháng cho Phần B. Nếu quý vị chọn tham gia chương trình thuốc của Medicare, quý vị thường sẽ trả phí bảo hiểm riêng cho bảo hiểm thuốc Medicare của mình (Phần D).</p>	<p>Quý vị trả phí bảo hiểm Phần B hàng tháng và cũng có thể phải trả thêm phí bảo hiểm của chương trình. Một số chương trình có thể có phí bảo hiểm \$0 và có thể giúp trả tất cả hoặc một phần phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Đa số các chương trình có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).</p>
<p>Không có giới hạn hàng năm đối với khoản chi phí tự trả của quý vị, trừ khi quý vị có bảo hiểm bổ sung—như Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap), Medicaid, bảo hiểm của chủ lao động, hưu trí hoặc công đoàn.</p>	<p>Các chương trình có giới hạn hàng năm về số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B (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 mức giới hạn của chương trình, quý vị sẽ không phải trả thêm chi phí nào cho các dịch vụ được bảo hiểm trong thời gian còn lại của năm.</p>
<p>Quý vị có thể chọn mua Medigap để hỗ trợ chi trả các chi phí tự trả mà Medicare không chi trả (chẳng hạn như khoản đồng bảo hiểm 20%). Hoặc, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn hiện tại hoặc trước đây, hoặc Medicaid (nếu quý vị đủ điều kiện).</p>	<p>Quý vị không thể mua Medigap để đòi hỏi các chi phí tự trả của mình. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn trước đây hoặc hiện tại, hoặc Medicaid (nếu quý vị đủ điều kiện).</p>

Tổng quan: Original Medicare so với Kế Hoạch Lợi Điểm Medicare

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

Đi ra Nước ngoài	
Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
Original Medicare thường không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế bên ngoài Hoa Kỳ . Quý vị có thể mua một hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) đài thọ cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ.	Các chương trình thường không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế bên ngoài Hoa Kỳ . Một số chương trình có thể cung cấp quyền lợi bổ sung đài thọ các dịch vụ khẩn cấp và cần thiết khẩn cấp khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ.

Điều gì xảy ra nếu tôi có Hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)?

Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (Medigap) là bảo hiểm bổ sung mà quý vị có thể mua từ một công ty bảo hiểm y tế tư nhân để giúp chi trả số tiền chi phí tự trả của mình trong Original Medicare.

Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage, bất cứ ai bán cho quý vị một hợp đồng Medigap đều bất hợp pháp trừ khi quý vị chuyển đổi trở lại Original Medicare.

Nếu quý vị không có kế hoạch rời khỏi Chương trình Medicare Advantage của mình, và có người muốn bán cho quý vị một hợp đồng bảo hiểm Medigap, hãy báo cáo điều này với Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị. Để tìm Sở Bảo hiểm của quý vị, hãy truy cập [Content.naic.org/state-insurance-departments](https://www.content.naic.org/state-insurance-departments). Nếu quý vị có hợp đồng Medigap và tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể muốn từ bỏ chính sách Medigap của mình. Quý vị không thể sử dụng Medigap để thanh toán các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ và phí bảo hiểm của Chương trình Medicare Advantage.

Quyền dùng thử để mua Medigap

Nếu quý vị lần đầu tham gia một Chương trình Medicare Advantage, và không hài lòng với chương trình này, quý vị có “quyền xét xử” theo luật liên bang để mua một hợp đồng Medigap và một chương trình thuốc Medicare riêng nếu quý vị quay lại Original Medicare trong vòng 12 tháng kể từ khi tham gia vào Chương trình Medicare Advantage.

- Nếu quý vị đã có một hợp đồng Medigap trước khi tham gia Chương trình Medicare Advantage và quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage chưa đến một năm, quý vị có thể được mua lại chính hợp đồng Medigap đó nếu công ty vẫn còn cung cấp. Nếu hợp đồng đó không còn được cung cấp, quý vị có thể mua một hợp đồng Medigap khác có sẵn từ một công ty bảo hiểm trong tiểu bang của mình.
- Một số tiểu bang còn cung cấp thêm các quyền đặc biệt bổ sung để mua một hợp đồng Medigap. Hãy liên hệ với Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị để biết thêm thông tin.

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

Các chương trình Medigap được bán cho những người mới tham gia Medicare từ ngày 1 Tháng Một, 2020 trở đi không được phép chi trả khoản khấu trừ của Phần B. Để biết thêm thông tin về Medigap, hãy truy cập [Medicare.gov/health-drug-plans/medigap](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap) hoặc đọc cuốn cẩm nang “Choosing a Medigap Policy” (Lựa chọn Hợp đồng Medigap) tại [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications).



Mục 2:

VỀ các Chương trình Medicare Advantage

Các chương trình Medicare Advantage là gì?

Chương trình Medicare Advantage là một cách khác để nhận đài thọ Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Chương trình Medicare Advantage, đôi khi được gọi là “Phần C” hoặc “các Chương trình MA”, là các chương trình đã được Medicare phê duyệt. Các chương trình được cung cấp bởi các công ty tư nhân và phải tuân theo quy tắc do Medicare đặt ra. Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc (Phần D). Có một số loại Chương trình Medicare Advantage khác nhau (xem trang 14 để biết thêm thông tin). Mỗi loại Chương trình Medicare Advantage này có các quy tắc đặc biệt về cách thức quý vị nhận được các dịch vụ Phần A và Phần B do Medicare đài thọ và bất kỳ quyền lợi bổ sung nào mà chương trình của quý vị đài thọ.

Nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ vẫn có Medicare, nhưng quý vị sẽ nhận được hầu hết bảo hiểm Phần A và Phần B từ Chương trình Medicare Advantage, không phải Original Medicare. Quý vị sẽ có các quyền và biện pháp bảo vệ tương tự như khi tham gia Original Medicare.

Quý vị phải sử dụng thẻ của Chương trình Medicare Advantage của quý vị để nhận được các dịch vụ do Medicare đài thọ. Giữ thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị ở một nơi an toàn vì quý vị có thể cần phải xuất trình thẻ Medicare của mình cho một số dịch vụ. Ngoài ra, quý vị sẽ cần đến thẻ nếu quý vị chuyển trở lại Original Medicare.

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

Các Chương trình Medicare Advantage cung cấp gần như tất cả quyền lợi của quý vị trong Phần A và Phần B, bao gồm hầu hết các quyền lợi mới trong luật hoặc các quyết định chính sách của Medicare. Nếu quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage, Original Medicare vẫn sẽ giúp đài thọ các chi phí cho dịch vụ chăm sóc cuối đời, một số chi phí của các thử nghiệm lâm sàng, và các quyền lợi đến từ luật hoặc các quyết định chính sách của Medicare mà chương trình không đài thọ.

Với Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể được bảo hiểm cho những thứ mà Original Medicare không đài thọ, chẳng hạn như các chương trình thể dục (hội viên phòng tập thể dục hoặc giảm giá) và một số dịch vụ về thị lực, thính lực và nha khoa (như khám hoặc vệ sinh định kỳ). Các chương trình cũng có giới hạn hàng năm về chi phí tự trả của quý vị cho tất cả các dịch vụ được đài thọ bởi Phần A và Phần B. Khi quý vị đạt đến mức giới hạn này, quý vị sẽ không phải trả thêm chi phí nào cho các dịch vụ được Phần A và Phần B chi trả.

Các chương trình Medicare Advantage hoạt động ra sao?

Khi tham gia Chương trình Medicare Advantage, Medicare sẽ trả một khoản cố định cho bảo hiểm của quý vị mỗi tháng cho công ty tư nhân cung cấp Chương trình Medicare Advantage của quý vị. Tuy nhiên, mỗi Chương trình Medicare Advantage có thể tính các chi phí tự trả khác nhau và có các quy tắc khác nhau về cách quý vị nhận dịch vụ (chẳng hạn như liệu quý vị có cần giới thiệu để sử dụng bác sĩ chuyên khoa hay không hoặc liệu quý vị có phải đến bác sĩ, cơ sở điều trị, hoặc nhà cung cấp thiết bị thuộc mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc phi cấp cứu hoặc không khẩn cấp hay không). Các chi phí và quy tắc này có thể thay đổi mỗi năm. Chương trình phải thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi nào trước khi bắt đầu Giai đoạn Ghi Danh Mở cho năm tiếp theo thông qua Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm. Các thông báo này thường được gửi qua đường bưu điện đến quý vị trước ngày 30 Tháng Chín (thời gian Ghi danh Mở diễn ra từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai hàng năm). Quý vị cũng có thể lựa chọn chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác trong khoảng thời gian này cho năm sắp tới. Trang 11 cung cấp thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia hoặc chuyển đổi chương trình.

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)

Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage đều có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Trong một số loại hình chương trình nhất định không có bảo hiểm thuốc Medicare (như các chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA) và một số chương trình Dịch vụ Có trả phí Tư nhân (PFFS)), quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng.

Tuy nhiên, nếu quý vị tham gia một chương trình của Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) hoặc Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO) mà không có bảo hiểm thuốc, quý vị không thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng. Xem trang 15 để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia một chương trình không cung cấp bảo hiểm thuốc và quý vị không có chương trình thuốc Medicare hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu quý vị quyết định nhận bảo hiểm thuốc Medicare sau này. Truy cập [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties) để tìm hiểu thêm về khoản phạt ghi danh muộn Phần D.

Chi phí của tôi là bao nhiêu?

Mỗi năm, các Chương trình Medicare Advantage xác định số tiền quý vị phải trả cho phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, dịch vụ, vật tư và thuốc. Chương trình (thay vì Medicare) quyết định số tiền quý vị phải chi trả cho các loại thuốc, vật tư và dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được.

Trong một số trường hợp nhất định, các Chương trình Medicare Advantage có bao gồm bảo hiểm thuốc được phép thực hiện thay đổi đối với danh sách thuốc (danh mục thuốc) trong năm chương trình, điều này có thể ảnh hưởng đến chi phí quý vị phải trả cho một loại thuốc cụ thể. Tuy nhiên, các Chương trình Medicare Advantage chỉ có thể thay đổi số tiền quý vị phải thanh toán mỗi năm một lần, vào ngày 1 Tháng Một. Quý vị vẫn phải trả phí bảo hiểm Phần B. Hầu hết mọi người đều trả mức phí bảo hiểm Phần B tiêu chuẩn mỗi tháng. Để biết mức phí tiêu chuẩn Phần B năm nay, hãy truy cập [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs).

Khi tính toán chi phí tự trả trong Medicare Advantage, ngoài phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm, quý vị cũng nên cân nhắc:

- Loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần và mức độ thường xuyên mà quý vị sử dụng dịch vụ đó.
- Liệu các bác sĩ và/hoặc nhà cung cấp của quý vị có nằm trong mạng lưới của chương trình hay không.
- Nếu quý vị tham gia chương trình PPO, PFFS hoặc MSA, hãy xem xét liệu bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị có nằm ngoài mạng lưới của chương trình hay không, nhưng vẫn chấp nhận mức thanh toán theo quy định. Phân công có nghĩa là bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị đồng ý (hoặc được pháp luật yêu cầu) chấp nhận số tiền được Medicare chấp thuận là phần thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được Medicare bao trả.
- Liệu quý vị có cần phải xin phê duyệt trước (chấp thuận trước) từ chương trình của mình trước khi chương trình chi trả cho một số dịch vụ nhất định hay không.
- Liệu chương trình có cung cấp các quyền lợi bổ sung (ngoài các quyền lợi của Original Medicare) hay không, và quý vị có khả năng đủ điều kiện nhận các quyền lợi này và/hoặc có cần phải trả thêm chi phí để được hưởng hay không.
- Liệu quý vị có Medicaid hoặc nhận trợ giúp từ tiểu bang thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare để thanh toán các chi phí Medicare hay không. Mỗi loại hình bảo hiểm được gọi là một "bên chi trả" (payer). Khi có nhiều hơn một bên chi trả, các quy định về "phối hợp quyền lợi" (coordination of benefits) sẽ xác định bên nào thanh toán trước.
- Mức giới hạn chi phí tự trả tối đa do chương trình của quý vị quy định, bao gồm cả bất kỳ mức giới hạn chi phí tự trả tối đa nào đối với các dịch vụ ngoài mạng lưới.

Sự khác biệt giữa khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ và giới hạn chi phí tự trả tối đa là gì?

Đồng Bảo Hiểm: Số tiền mà quý vị có thể phải thanh toán, như là khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các quyền lợi sau khi quý vị thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào. Đồng bảo hiểm thường là tỷ lệ phần trăm (ví dụ: 20%).

Tiền Đồng Trả: Số tiền mà quý vị có thể phải thanh toán, như là khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các quyền lợi sau khi quý vị thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào. Khoản đồng thanh toán là một khoản tiền cố định, ví dụ như \$30.

Khấu trừ: Là số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa trước khi Original Medicare, Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc của Medicare, hoặc chương trình bảo hiểm khác của quý vị bắt đầu chi trả.

Giới hạn Chi phí Tự trả Tối đa: Giới hạn hàng năm đối với khoản chi phí tự trả của quý vị cho các dịch vụ được Phần A và Phần B đài thọ. Khi đạt đến giới hạn của các chương trình, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ Phần A và Phần B mà chương trình chi trả trong phần thời gian còn lại của năm.

Có thêm thông tin chi tiết về chi phí từ mỗi chương trình

Nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage, xin xem lại những thông báo mà quý vị nhận được từ chương trình của mình mỗi năm:

- **Thông báo Thay đổi Hàng năm:** Bao gồm mọi thay đổi về lựa chọn bảo hiểm, chi phí, mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ, khu vực dịch vụ, và các thay đổi khác sẽ có hiệu lực kể từ Tháng Một. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một bản in vào ngày 30 Tháng Chín.
- **Chứng Từ Bảo Hiểm:** Cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về những gì chương trình chi trả, số tiền quý vị phải thanh toán và các nội dung khác. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo (hoặc bản sao được in) vào ngày 15 Tháng Mười. Thông báo bao gồm thông tin và cách thức nhận Chứng từ Bảo hiểm điện tử hoặc qua thư.

Mạng lưới: Các cơ sở, nhà cung cấp dịch vụ và nhà cung ứng có hợp đồng với chương trình của quý vị để cung cấp dịch vụ (đối với chăm sóc không khẩn cấp). Trong một số chương trình, quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp trong phạm vi mạng lưới của chương trình. Những chương trình khác cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ không khẩn cấp ở ngoài mạng lưới, nhưng thường với chi phí cao hơn.

Quyết định của tổ chức: Đây là một quyết định mà quý vị, người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu, nhằm cho biết liệu một dịch vụ, vật tư hoặc thuốc có được chi trả hay không, hoặc quý vị sẽ phải thanh toán bao nhiêu.

Người đại diện là một người mà quý vị chỉ định để hỗ trợ quý vị. Người đại diện của quý vị có thể là một thành viên gia đình, bạn bè, người biện hộ, luật sư, cố vấn tài chính, bác sĩ, hoặc một ai đó khác sẽ hành động thay mặt cho quý vị.

Dựa trên nhu cầu sức khỏe của quý vị, quý vị, người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ có thể yêu cầu một quyết định nhanh về việc xác định của tổ chức. Nếu chương trình của quý vị từ chối bảo hiểm, họ phải cho quý vị biết bằng văn bản. Quý vị có quyền kháng nghị. Để biết thêm thông tin về cách nộp đơn kháng nghị, hãy truy cập [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals).

Chăm sóc theo sự điều phối của chương trình: Nếu một nhà cung cấp trong mạng lưới giới thiệu quý vị sử dụng dịch vụ hoặc đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới nhưng không xin quyết định của tổ chức trước, **thì điều này được gọi là “dịch vụ chăm sóc do chương trình chỉ định” (plan-directed care).** Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí thông thường của chương trình. Hãy hỏi chương trình của quý vị để biết thêm thông tin về biện pháp bảo vệ này.

Ủy quyền trước: Quyết định mà quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể nhận được trước từ chương trình, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, để xác định liệu chương trình có chi trả cho một dịch vụ, vật tư hoặc thuốc hay không. Nếu chương trình của quý vị không chấp thuận yêu cầu xin chấp thuận trước, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đó.

Ai có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage?

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

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

Điều gì xảy ra nếu tôi có một tình trạng bệnh tồn tại từ trước?

Quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage ngay cả khi quý vị có bệnh từ trước.

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

Quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage ngay cả khi quý vị có ESRD. Trong nhiều Chương trình Medicare Advantage, quý vị chỉ có thể sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nằm trong mạng lưới và khu vực dịch vụ của chương trình. Trước khi tham gia, quý vị nên kiểm tra với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình và chương trình mà quý vị đang cân nhắc để bảo đảm rằng các nhà cung cấp quý vị hiện đang sử dụng (như cơ sở lọc máu hoặc bác sĩ chuyên khoa thận), hoặc dự định sử dụng trong tương lai (như bác sĩ chuyên khoa cấy ghép), đều nằm trong mạng lưới của chương trình. Nếu quý vị đã tham gia Chương trình Medicare Advantage, hãy kiểm tra với các nhà cung cấp của quý vị để đảm bảo rằng họ vẫn sẽ là một phần trong mạng lưới của chương trình mới. Đọc tài liệu của chương trình hoặc liên hệ với chương trình mà quý vị đang xem xét để biết thêm thông tin.

Nếu tôi có bảo hiểm khác thì sao?

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

Khi nào tôi có thể tham gia, chuyển đổi hoặc bỏ một Chương trình Medicare Advantage?

Quý vị chỉ có thể tham gia, chuyển đổi hoặc từ bỏ Chương trình Medicare Advantage trong các giai đoạn ghi danh sau:

Thời gian Ghi danh Mở: Từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai hàng năm, bất kỳ ai có Medicare đều có thể tham gia, chuyển đổi hoặc từ bỏ Chương trình Medicare Advantage. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày 1 Tháng Một năm sau (miễn là chương trình nhận được yêu cầu của quý vị trước ngày 7 Tháng Mười Hai).

Thời gian Ghi danh Mở cho Medicare Advantage: Từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba hàng năm, nếu quý vị đã tham gia một Chương trình Medicare Advantage (có hoặc không bao gồm bảo hiểm thuốc), quý vị có thể:

- Chuyển sang Chương trình Medicare Advantage khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc).
- Bỏ Chương trình Medicare Advantage của mình và trở lại Original Medicare. Quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.

Trong Giai đoạn Ghi danh Mở cho Medicare Advantage, nếu quý vị có Original Medicare, quý vị **không thể:**

- Chuyển sang Chương trình Medicare Advantage.
- Tham gia chương trình thuốc Medicare.
- Chuyển từ chương trình thuốc Medicare này sang chương trình khác.

Quý vị chỉ có thể thực hiện một thay đổi trong Giai đoạn Ghi danh Mở cho Medicare Advantage, và bất kỳ thay đổi nào quý vị thực hiện sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị trở lại với Original Medicare và tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng, quý vị không cần phải liên hệ với Chương trình Medicare Advantage của mình để hủy ghi danh. Việc hủy ghi danh sẽ diễn ra tự động khi quý vị tham gia vào chương trình thuốc.

Thời gian Ghi danh Ban đầu: Khi lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị có thể ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage (nếu quý vị có cả Phần A và Phần B) trong Thời gian Ghi danh Ban đầu. Đây là khoảng thời gian dài 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng quý vị bước sang tuổi 65, bao gồm tháng quý vị bước sang tuổi 65 và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị bước sang tuổi 65.

Nếu quý vị đăng ký tham gia Medicare trong 3 tháng đầu của Thời gian Ghi danh Ban đầu, trong hầu hết các trường hợp, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng mà quý vị tròn 65 tuổi. Tuy nhiên, nếu sinh nhật của quý vị là vào ngày đầu tiên của tháng, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng trước đó.

Nếu quý vị ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage trong tháng quý vị tròn 65 tuổi, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.

Nếu quý vị đăng ký trong 3 tháng cuối của Thời gian Ghi danh Ban đầu, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.

Chuyển sang một chương trình khác trong Thời gian Ghi danh Ban đầu của quý vị

Nếu quý vị ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage trong Thời gian Ghi danh Ban đầu, quý vị có thể chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác (có hoặc không bao gồm bảo hiểm thuốc) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không kèm theo một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng) trong vòng 3 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị có Medicare.

Nếu quý vị có bảo hiểm Phần A và lần đầu tiên ghi danh Phần B trong khoảng thời gian từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba (được gọi là “Thời gian Ghi danh Chung”), quý vị cũng có thể ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký.

Nếu quý vị dưới 65 tuổi và có khuyết tật, quý vị sẽ tự động nhận được Phần A và Phần B sau khi quý vị nhận được phúc lợi khuyết tật từ An sinh Xã hội hoặc một số phúc lợi khuyết tật từ Ủy ban Hưu trí Đường sắt trong 24 tháng.

Thời gian Ghi danh Đặc biệt: Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị phải tiếp tục tham gia trong năm dương lịch bắt đầu vào ngày mà bảo hiểm của quý vị bắt đầu. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định, chẳng hạn như khi quý vị chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chương trình, muốn tham gia một chương trình trong khu vực của mình có xếp hạng 5 sao, hoặc mất bảo hiểm khác, quý vị có thể được phép tham gia, chuyển đổi hoặc hủy Chương trình Medicare Advantage trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Truy cập [Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.medicare.gov/special-enrollment-periods) hoặc liên hệ với chương trình bảo hiểm của quý vị để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể đủ điều kiện tham gia Thời gian Ghi danh Đặc biệt để ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage nếu quý vị đã đăng ký Phần A có phí và/hoặc Phần B trong một Thời gian Ghi danh Đặc biệt, khi có một tình huống đặc biệt khiến quý vị bỏ lỡ cơ hội đăng ký Medicare trước đó. Truy cập [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up) để biết thêm thông tin về cách đăng ký Medicare Phần A và/hoặc Phần B.

Cách tôi có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage?

Không phải tất cả các Chương trình Medicare Advantage đều hoạt động theo cùng một cách thức. Trước khi tham gia, quý vị có thể tìm và so sánh các Chương trình Medicare Advantage trong khu vực của mình bằng cách truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Khi quý vị đã hiểu các quy tắc và chi phí của chương trình, quý vị có thể tham gia bằng cách:

- Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) và tìm kiếm theo mã ZIP để tìm một chương trình và tham gia. Quý vị cũng có thể đăng nhập vào tài khoản an toàn của mình trên Medicare.gov và thêm các đơn thuốc cùng nhà thuốc của quý vị để giúp so sánh các chương trình trong khu vực của mình. Nếu quý vị có thắc mắc về một chương trình, hãy chọn “Plan Details” (Chi tiết Chương trình) trên trang kết quả tìm kiếm để có được thông tin liên hệ của chương trình.

- Gọi cho chương trình mà quý vị muốn tham gia hoặc truy cập trang web của chương trình để tìm hiểu xem quý vị có thể tham gia trực tuyến hay không.
- Điền vào mẫu ghi danh bản giấy. Liên hệ với chương trình để nhận được một mẫu đơn ghi danh, điền và gửi lại cho chương trình. Tất cả các chương trình phải cung cấp tùy chọn này.
- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Khi quý vị sẵn sàng tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ cần thông tin này từ thẻ Medicare của mình:

- Số Medicare của quý vị
- Ngày bảo hiểm Medicare Phần A và/hoặc Phần B của quý vị bắt đầu

Xin nhớ rằng, khi tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, trong hầu hết các trường hợp, **quý vị phải sử dụng thẻ từ Chương trình Medicare Advantage của quý vị** để nhận được các dịch vụ được Medicare đài thọ. Đối với một số dịch vụ (như chăm sóc cuối đời), quý vị có thể cần xuất trình thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của mình.



Mục 3:

Các Loại hình Chương trình Medicare Advantage

Có nhiều loại Chương trình Medicare Advantage khác nhau:

- Chương trình Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO): Xem trang 15.
- Chương trình HMO Point-of-Service (HMOPOS): Xem trang 15.
- Chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO): Xem trang 15.
- Chương trình Tính phí Theo Dịch vụ Tư nhân (PFFS): Xem trang 16.
- Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNPs): Xem trang 17.
- Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA): Xem trang 19.

Khu vực nơi quý vị sinh sống có thể có đầy đủ, một phần, hoặc không có các loại chương trình này; và cũng có thể có nhiều chương trình cùng một loại được cung cấp trong khu vực của quý vị. Để tìm các Chương trình Medicare Advantage hiện có, quý vị hãy truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), đọc sổ tay “Medicare & You” (Medicare & Quý vị) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Các chương trình Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO)

Một loại Chương trình Medicare Advantage thường cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe chỉ từ các bác sĩ, các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, hoặc bệnh viện trong mạng lưới chương trình (ngoại trừ tình huống chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực, hoặc lọc máu tạm thời ngoài khu vực). Một mạng lưới là một nhóm các bác sĩ, bệnh viện và các cơ sở y tế có hợp đồng với một chương trình để cung cấp dịch vụ. Nhiều HMO cũng yêu cầu quý vị phải nhận được sự giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để được chăm sóc chuyên khoa, để sự chăm sóc của quý vị được phối hợp thực hiện.

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

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

Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe không khẩn cấp ngoài mạng lưới của chương trình, thì quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí. Điều quan trọng là quý vị cần tuân thủ các quy tắc của chương trình, như nhận được sự phê duyệt trước (phê duyệt trước) cho một dịch vụ nhất định khi cần. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính. Một số dịch vụ nhất định, như chụp quang tuyến vú tầm soát hàng năm, không cần giấy giới thiệu. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác rời khỏi mạng lưới chương trình, chương trình của quý vị phải thông báo cho quý vị. Quý vị sẽ cần chọn một bác sĩ khác trong mạng lưới của chương trình.

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

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

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

Một loại Chương trình Medicare Advantage có mạng lưới các bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể sử dụng. Quý vị sẽ trả ít hơn nếu đến các nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở nằm trong mạng lưới của chương trình. Quý vị thường có thể đến các nhà cung cấp ngoài mạng lưới để nhận các dịch vụ được chi trả, nhưng thông thường quý vị sẽ phải trả chi phí cao hơn.

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

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

Trước khi nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị nên yêu cầu chương trình đưa ra quyết định của tổ chức để bảo đảm rằng các dịch vụ đó là cần thiết về mặt y tế và được chương trình chi trả. Xem trang 9 để xem thêm thông tin về quyết định của tổ chức.

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

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

Các chương trình Dịch vụ có trả phí Tư nhân (PFFS)

Một loại Chương trình Medicare Advantage do một công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp, trong đó chương trình xác định mức chi trả cho bác sĩ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và bệnh viện, cũng như số tiền quý vị phải thanh toán khi nhận dịch vụ chăm sóc.

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

Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ nào được Medicare chấp thuận, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện chấp nhận các điều khoản thanh toán của chương trình, đồng ý điều trị cho quý vị và không lựa chọn không tham gia Medicare (đối với các vật phẩm và dịch vụ của Medicare Phần A và Phần B).

Nếu quý vị tham gia vào một Chương trình PFFS có một mạng lưới, thì quý vị cũng có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào trong mạng lưới đã đồng ý điều trị cho các hội viên của chương trình. Quý vị không cần phải xin chấp thuận trước (cho phép trước) đối với các vật tư và dịch vụ thuộc Medicare Phần A và Phần B. Quý vị cũng có thể chọn bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác ngoài mạng lưới chấp nhận các điều khoản của chương trình, nhưng quý vị có thể sẽ phải trả nhiều tiền hơn. Thông thường, thẻ ID chương trình bảo hiểm của quý vị cho nhà cung cấp của quý vị biết rằng quý vị thuộc chương trình PFFS.

Nếu nhà cung cấp của quý vị không đồng ý với các điều khoản và điều kiện thanh toán của chương trình, thì chương trình chỉ bắt buộc phải thanh toán cho họ đối với các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ khẩn cấp cần thiết và lọc máu ngoài khu vực. Đối với các dịch vụ được đòi hỏi khác, quý vị sẽ cần tìm một nhà cung cấp khác sẽ chấp nhận chương trình PFFS của quý vị.

Lưu ý: Một chương trình PFFS cũng có thể cho phép “lập hóa đơn số dư”, có nghĩa là nhà cung cấp dịch vụ có thể tính phí nhiều hơn tối đa 15% so với số tiền mà Medicare thanh toán, và lập hóa đơn số tiền đó cho quý vị.

Nếu chương trình của quý vị cho phép lập hóa đơn số dư, quý vị có thể phải thanh toán cả khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm của chương trình và khoản chênh lệch giữa số tiền nhà cung cấp tính phí và số tiền mà Medicare chi trả.

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

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

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP)

Các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt cung cấp các quyền lợi và dịch vụ cho những người mắc các bệnh nghiêm trọng hoặc mạn tính cụ thể, một số nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhất định, hoặc những người có bảo hiểm Medicaid. Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) nếu quý vị có Medicare Phần A và Phần B, sinh sống trong khu vực phục vụ của chương trình, và đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện của một trong 3 loại SNP sau (hoặc một nhóm con của một trong các nhóm này):

- **SNP cho tình trạng bệnh mạn tính (hoặc C-SNP):** Quý vị có một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng hoặc khuyết tật cụ thể như:
 - Ung thư
 - Một số tình trạng rối loạn tự miễn dịch
 - Một số tình trạng rối loạn tim mạch
 - Một số tình trạng sức khỏe tâm thần mãn tính và khuyết tật
 - Một số bệnh đường tiêu hóa mạn tính
 - Một số tình trạng rối loạn phổi nghiêm trọng
 - Một số tình trạng rối loạn thần kinh
 - Một số tình trạng rối loạn huyết học nghiêm trọng
 - Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và các rối loạn sử dụng chất gây nghiện khác
 - Suy tim mãn tính
 - Bệnh thận mạn tính và Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD)
 - Sa sút trí tuệ
 - Tiểu đường
 - HIV/AIDS
 - Đột quỵ
- **SNP Tổ chức (hay I-SNP):** Quý vị sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà một cơ sở cung cấp, hoặc nếu quý vị sống (hoặc dự kiến sẽ sống) ít nhất 90 ngày liên tục trong một cơ sở như:
 - Cơ sở chăm sóc trung cấp
 - Bệnh viện chăm sóc dài hạn
 - Cơ sở điều dưỡng
 - Bệnh viện tâm thần
 - Bệnh viện phục hồi chức năng
 - Cơ sở điều dưỡng chuyên môn
 - Bệnh viện swing-bed (có thể linh hoạt chuyển đổi mục đích của giường bệnh)
 - Cơ sở khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn tương tự, và nơi mà cư dân có nhu cầu và tình trạng chăm sóc sức khỏe tương tự như cư dân của các cơ sở được liệt kê ở trên

- **SNP với điều kiện hội đủ kép (hay D-SNP):** Quý vị hội đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid. D-SNP sẽ ký hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị để giúp điều phối các quyền lợi Medicare và Medicaid của quý vị. Một số chương trình D-SNP, được gọi là “D-SNP tích hợp” (integrated D-SNPs), kết hợp cả quyền lợi Medicare của quý vị và phần lớn hoặc toàn bộ quyền lợi, dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình duy nhất. Có nhiều loại D-SNP tích hợp khác nhau, nhưng tất cả đều phải:
 - Cung cấp cho quý vị một thẻ ID hội viên duy nhất sử dụng cho cả quyền lợi Medicare và Medicaid.
 - Cung cấp một bản đánh giá nguy cơ sức khỏe duy nhất bao gồm cả hai chương trình.
 - Cung cấp cho quý vị một điều phối viên chăm sóc hoặc quản lý ca bệnh để hỗ trợ quản lý việc chăm sóc sức khỏe và xây dựng kế hoạch chăm sóc cá nhân (một kế hoạch được cá nhân hóa, bao gồm nhu cầu y tế và xã hội, mục tiêu sức khỏe, cũng như việc điều phối các dịch vụ chăm sóc của quý vị).
 - Có một quy trình khiếu nại và kháng nghị thống nhất, cho phép quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu xem xét lại với chương trình của mình đối với bất kỳ vấn đề nào liên quan đến quyền lợi Medicare hoặc Medicaid.

Mức độ sẵn có của chương trình khác nhau tùy theo:

- Vị trí địa lý (bang và quận).
- Các loại SNP hoặc tình trạng bệnh mạn tính mà chương trình bảo hiểm chi trả.
- Các giai đoạn ghi danh và các yêu cầu khác.

Quý vị chỉ có thể duy trì ghi danh vào SNP nếu quý vị tiếp tục đáp ứng các quy tắc đủ điều kiện đặc biệt cho SNP.

SNP là các loại chương trình PPO, HMO hoặc HMOPOS, và đòi hỏi các dịch vụ Medicare Phần A và Phần B mà tất cả các Chương trình Medicare Advantage đều đòi hỏi. Các chương trình SNP cũng bao gồm các dịch vụ điều phối chăm sóc và điều chỉnh các quyền lợi, lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ, cũng như danh sách thuốc mà họ chi trả (danh mục thuốc) sao cho phù hợp để đáp ứng tốt nhất nhu cầu cụ thể của các nhóm mà chương trình phục vụ. Tuy nhiên, SNP cũng có thể chi trả các dịch vụ bổ sung phù hợp với các nhóm đặc biệt mà họ phục vụ. Ví dụ: nếu quý vị mắc một tình trạng bệnh nghiêm trọng hoặc mạn tính, như ung thư hoặc suy tim mạn tính, và cần phải ở lại bệnh viện, SNP có thể chi trả thêm số ngày nằm viện bổ sung.

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

Nếu SNP của quý vị cũng là HMO, quý vị thường phải nhận sự chăm sóc và dịch vụ của mình từ các bác sĩ, 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 ngoài khu vực). Quý vị có thể được yêu cầu phải có một bác sĩ chăm sóc chính.

Tuy nhiên, nếu SNP của quý vị cũng là một PPO, thì quý vị có thể nhận dịch vụ từ bất kỳ nhà cung cấp hoặc bệnh viện đạt yêu cầu nào, nhưng thường là chi phí sẽ cao hơn chi phí quý vị phải trả cho dịch vụ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

SNP thường có các bác sĩ chuyên khoa về các bệnh hoặc tình trạng ảnh hưởng đến các thành viên của họ. Cả HMO và PPO SNP đều có thể yêu cầu quý vị phải có một điều phối viên chăm sóc để giúp quý vị chăm sóc sức khỏe. Một điều phối viên chăm sóc là người giúp đảm bảo mọi người có được sự chăm sóc và thông tin phù hợp. Ví dụ, một điều phối viên chăm sóc trong SNP cho người mắc bệnh tiểu đường có thể giúp các thành viên theo dõi lượng đường trong máu và tuân theo chế độ ăn uống của họ.

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

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

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

Các chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare (MSA) kết hợp một chương trình bảo hiểm có mức khấu trừ cao với một tài khoản tiết kiệm y tế:

1. **Chương trình bảo hiểm sức khỏe có mức khấu trừ cao:** Phần đầu tiên của chương trình MSA là một loại Chương trình Medicare Advantage được khấu trừ đặc biệt. Chương trình sẽ chỉ bắt đầu bao trả chi phí của quý vị sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ hàng năm cao, thay đổi theo từng chương trình.
2. **Tài khoản tiết kiệm y tế:** Phần thứ hai của một MSA là một loại tài khoản tiết kiệm đặc biệt. Chương trình MSA sẽ nạp tiền vào tài khoản của quý vị để quý vị sử dụng thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe.

Ai không thể tham gia Chương trình MSA?

Quý vị không thể tham gia Chương trình MSA nếu:

- Quý vị có bảo hiểm y tế chi trả toàn bộ hoặc một phần mức khấu trừ của chương trình.
- Quý vị đã tham gia một Chương trình Medicare Advantage khác. Quý vị sẽ cần hủy ghi danh khỏi chương trình hiện tại trước khi có thể tham gia một Chương trình MSA.
- Quý vị nhận được quyền lợi từ Bộ Quốc phòng Hoa Kỳ (TRICARE) hoặc từ Bộ Cựu Chiến binh Hoa Kỳ (VA).
- Quý vị là nhân viên liên bang đã nghỉ hưu và đang tham gia một chương trình thông qua Chương trình Phúc lợi Y tế Nhân viên Liên bang (FEHBP).
- Quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid.
- Quý vị hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- Quý vị sống ngoài Hoa Kỳ hơn 183 ngày (tổng cộng) mỗi năm.

Nếu quý vị quan tâm đến việc tham gia một Chương trình MSA cụ thể, quý vị cần liên hệ trực tiếp với chương trình đó để đăng ký tham gia. Chương trình sẽ cho quý vị biết cách thiết lập tài khoản tiết kiệm y tế của quý vị với ngân hàng mà chương trình chọn. Quý vị phải thiết lập tài khoản này trước khi có thể tham gia chương trình. Sau khi quý vị tham gia, quý vị sẽ nhận được thư từ chương trình cho quý vị biết khi nào bảo hiểm của quý vị bắt đầu. Sau khi quý vị tham gia và có bảo hiểm MSA:

- Medicare cung cấp cho chương trình một khoản tiền mỗi năm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Chương trình sẽ nạp tiền vào tài khoản của quý vị mỗi năm thay mặt quý vị. Quý vị không thể gửi bằng tiền của riêng mình.
- Quý vị có thể sử dụng tiền trong tài khoản của mình để thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả chi phí chăm sóc sức khỏe không được Medicare chi trả.

- Nếu quý vị sử dụng tất cả số tiền trong tài khoản của mình và phát sinh thêm chi phí chăm sóc sức khỏe, quý vị sẽ phải trả tiền cho các dịch vụ được Medicare chi trả cho đến khi quý vị đạt được khoản khấu trừ của chương trình.
- Trong thời gian quý vị phải trả tiền túi cho các dịch vụ trước khi khoản khấu trừ được đáp ứng, các bác sĩ và các nhà cung cấp khác có thể tính phí cho quý vị nhiều hơn số tiền được Medicare chấp thuận.
- Các khoản thanh toán quý vị thực hiện cho các dịch vụ Phần A và Phần B do Medicare đài thọ được tính vào khoản khấu trừ của chương trình của quý vị. Sau khi đạt được khoản khấu trừ của mình, chương trình của quý vị sẽ chi trả cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
- Số tiền còn lại trong tài khoản của quý vị vào cuối năm sẽ vẫn ở trong tài khoản và có thể được sử dụng cho chi phí chăm sóc sức khỏe trong những năm tới. Nếu quý vị tiếp tục tham gia cùng một chương trình MSA vào năm sau, khoản tiền nạp mới sẽ được cộng vào số dư còn lại.

Các Chương trình MSA và thuế của quý vị

Nếu quý vị sử dụng tiền từ tài khoản của mình, khi nộp thuế thu nhập, quý vị phải đính kèm Mẫu 8853 của Sở Thuế vụ Hoa Kỳ (IRS) kèm theo thông tin về cách quý vị đã sử dụng số tiền trong tài khoản tiết kiệm y tế.

Mỗi năm, quý vị sẽ nhận được mẫu 1099-SA từ ngân hàng của mình, bao gồm tất cả các khoản rút tiền từ tài khoản của quý vị. Quý vị sẽ phải chứng minh rằng mình đã có Chi phí Y tế Đủ tiêu chuẩn ít nhất bằng số tiền này, hoặc quý vị có thể phải trả thuế và các hình phạt khác.

Truy cập [IRS.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969) để nhận thêm thông tin về thuế liên quan đến các chương trình MSA, như danh sách Chi phí Y tế Đủ tiêu chuẩn.

Nếu quý vị có, hãy trao đổi với cố vấn tài chính cá nhân của mình về việc lựa chọn Chương trình MSA có thể ảnh hưởng như thế nào đến tình hình tài chính của quý vị.

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

Có. Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ nào được Medicare chấp thuận, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện đồng ý điều trị cho quý vị và không lựa chọn không tham gia Medicare (đối với các vật phẩm và dịch vụ của Medicare Phần A và Phần B). Các chương trình MSA thường không có mạng lưới các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và bệnh viện.

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

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

So sánh các Loại hình Chương trình Medicare Advantage

Biểu đồ dưới đây cho thấy thông tin cơ bản về từng loại Chương trình Medicare Advantage.

Câu hỏi	HMO Tổ chức Duy trì Sức khỏe	PPO Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên	PFFS Chương trình Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân	SNP Chương trình Nhu cầu Đặc biệt	MSA Tài khoản Tiết kiệm Y tế
Phí bảo hiểm Hầu hết các chương trình có tính phí bảo hiểm hàng tháng không?	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Không Không có phí bảo hiểm hàng tháng riêng, nhưng quý vị vẫn phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm hàng tháng cho Phần B.
Thuốc Chương trình có cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) không?	Thường xuyên Nếu quý vị muốn có bảo hiểm thuốc, quý vị phải tham gia vào một chương trình HMO cung cấp bảo hiểm thuốc. Quý vị không thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.	Thường xuyên Nếu quý vị muốn được bảo hiểm thuốc, quý vị phải tham gia vào một chương trình PPO cung cấp bảo hiểm thuốc. Quý vị không thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.	Đôi khi Thuốc có thể được chi trả. Nếu quý vị tham gia một Chương trình PFFS không cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa, quý vị có thể tham gia một Chương trình thuốc Medicare riêng biệt.	Có Tất cả Chương trình SNP phải cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).	Không Nếu quý vị tham gia một chương trình MSA và cần đến bảo hiểm thuốc Medicare, thì quý vị sẽ phải tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng.
Chăm Sóc Chính Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?	Thường xuyên	Không	Không	Đôi khi Một số chương trình SNP yêu cầu quý vị chọn bác sĩ chăm sóc chính, trong khi một số chương trình khác thì không.	Không

Câu hỏi	HMO Tổ chức Duy trì Sức khỏe	PPO Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên	PFFS Chương trình Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân	SNP Chương trình Nhu cầu Đặc biệt	MSA Tài khoản Tiết kiệm Y tế
Nhà cung cấp dịch vụ Tôi có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào chấp nhận Medicare cho các dịch vụ được bảo hiểm không?	Đôi khi Thông thường, quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc và điều trị từ các nhà cung cấp và cơ sở y tế trong mạng lưới của chương trình (trừ trường hợp cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc chạy thận ngoài khu vực). Trong chương trình HMO Point-of-Service (HMOPOS), quý vị có thể được sử dụng một số dịch vụ ngoài mạng lưới, nhưng thông thường quý vị sẽ phải trả chi phí cao hơn.	Có Mỗi chương trình có một mạng lưới các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác mà quý vị có thể đến. Quý vị cũng có thể sử dụng dịch vụ ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chương trình, nhưng có thể phải trả chi phí cao hơn.	Có Quý vị có thể đến bất kỳ nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế nào được Medicare chấp thuận, miễn là họ chấp nhận các điều khoản thanh toán của chương trình và đồng ý điều trị cho quý vị. Nếu chương trình có mạng lưới, quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp nào trong mạng lưới đó. Nếu quý vị đến nhà cung cấp ngoài mạng lưới nhưng chấp nhận các điều khoản của chương trình, quý vị có thể phải trả chi phí cao hơn.	Đôi khi Nếu SNP của quý vị là HMO, quý vị thường phải nhận sự chăm sóc và dịch vụ của mình từ các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của SNP (trừ chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc lọc máu ngoài khu vực). Tuy nhiên, nếu chương trình SNP của quý vị là PPO, quý vị có thể nhận các dịch vụ được Medicare chi trả ngoài mạng lưới.	Có Các Chương trình MSA thường không có nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể đến bất kỳ nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế nào được Medicare chấp thuận, miễn là họ đồng ý điều trị cho quý vị và không lựa chọn không tham gia Medicare đối với các dịch vụ mà Original Medicare chi trả.
Giấy giới thiệu Tôi có cần giấy giới thiệu từ bác sĩ của mình để thăm khám với bác sĩ chuyên khoa không?	Có	Không	Không	Đôi khi Nếu chương trình SNP là HMO, thông thường quý vị cần có giấy giới thiệu. Nếu SNP là PPO, quý vị không cần giấy giới thiệu.	Không

Lưu ý: Nếu quý vị tham gia chương trình Medicare Advantage, thông thường quý vị sẽ cần được chương trình chấp thuận trước (cho phép trước) trước khi một số dịch vụ hoặc vật tư được chi trả. Hãy liên hệ với chương trình nếu quý vị có thắc mắc về bảo hiểm.



Mục 4:

Thêm thông tin

Tôi có thể nhận thêm thông tin ở đâu?

Các chương trình Medicare Advantage

Liên hệ với các chương trình mà quý vị quan tâm để biết thông tin chi tiết về chi phí và bảo hiểm của họ.

Tìm một chương trình Medicare

Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để mua, so sánh các chương trình Medicare Advantage và các chương trình Medicare khác phù hợp với nhu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể nhập thông tin về thuốc và nhà thuốc của mình để nhận được ước tính chi phí chính xác hơn cho các chương trình trong khu vực của quý vị.

SHIP (Chương trình Tiểu bang Hỗ trợ Miễn phí về Bảo hiểm Sức khỏe)

SHIP là các chương trình của tiểu bang nhận tài trợ từ chính phủ liên bang để tư vấn bảo hiểm y tế tại địa phương miễn phí cho những người có Medicare. Các chương trình SHIP không được kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Các tình nguyện viên của SHIP có thể giúp quý vị với những câu hỏi hoặc thắc mắc về Medicare:

- Các quyền Medicare của quý vị
- Các khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc điều trị của quý vị
- Các vấn đề về thanh toán
- Các lựa chọn chương trình
- Cách thức hoạt động của Medicare cùng với các chương trình bảo hiểm khác
- Tìm kiếm trợ giúp để thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe

Quý vị có thể tìm số điện thoại các chương trình SHIP của tiểu bang mình bằng cách truy cập shiphelp.org hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4277). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

1-800-MEDICARE

Gọi 1-800-MEDICARE để được hỗ trợ giải đáp các câu hỏi cụ thể về hóa đơn, yêu cầu thanh toán bảo hiểm, hồ sơ y tế, chi phí và nhiều vấn đề khác.

Thông tin Liên lạc Dễ Tiếp cận CMS

Medicare cung cấp các dịch vụ và trợ giúp phụ trợ miễn phí, bao gồm các thông tin ở định dạng dễ tiếp cận như chữ nổi Braille, bản in khổ chữ lớn, các tệp dữ liệu/âm thanh, dịch vụ tiếp âm và thông tin liên lạc qua thiết bị TTY. Nếu quý vị yêu cầu thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật, quý vị sẽ không phải chịu thiệt thòi bởi bất kỳ thời gian bổ sung nào cần có để cung cấp thông tin đó. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ có thêm thời gian để thực hiện bất kỳ hành động nào nếu có sự chậm trễ trong việc thực hiện yêu cầu của quý vị.

Để yêu cầu thông tin về Medicare hoặc Marketplace ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật, quý vị có thể:

1. Gọi cho chúng tôi: Đối với Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Với Thị trường: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325

2. Gửi email cho chúng tôi: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Gửi thư cho chúng tôi:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Yêu cầu của quý vị phải bao gồm tên, số điện thoại, loại thông tin quý vị cần (nếu biết) và địa chỉ gửi thư mà chúng tôi sẽ gửi tài liệu. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị để hỏi thêm thông tin.

Lưu ý: Nếu quý vị đã tham gia Chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình thuốc Medicare, hãy liên hệ với chương trình của quý vị để yêu cầu cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận. Đối với Medicaid, hãy liên hệ với Văn phòng Medicaid Tiểu bang hoặc địa phương của quý vị.

Thông báo Không phân biệt Đối xử

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) không loại trừ, từ chối quyền lợi, hoặc phân biệt đối xử với bất kỳ người nào dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, quốc gia xuất xứ, khuyết tật, giới tính hoặc độ tuổi trong việc tiếp nhận, tham gia hoặc nhận các dịch vụ và quyền lợi theo bất kỳ chương trình và hoạt động nào của CMS, bất kể được thực hiện trực tiếp bởi CMS hoặc thông qua một nhà thầu hoặc bất kỳ tổ chức nào khác mà CMS sắp xếp để thực hiện các chương trình và hoạt động của mình.

Quý vị có thể liên hệ với CMS theo bất kỳ cách nào có trong thông báo này nếu có bất kỳ quan ngại nào đối với việc nhận thông tin ở định dạng mà quý vị có thể sử dụng.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại nếu cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử trong một chương trình hoặc hoạt động của CMS, bao gồm việc gặp phải vấn đề với việc nhận thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật từ bất kỳ Chương trình Medicare Advantage, chương trình thuốc Medicare, văn phòng Medicaid của Tiểu bang hoặc địa phương, hoặc các Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Đủ tiêu chuẩn Marketplace nào. Có ba cách để nộp đơn khiếu nại với Bộ Y tế & Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền:

1. Trực tuyến:

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. Qua điện thoại:

Gọi số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-537-7697.

3. Bằng văn bản: Gửi thông tin về khiếu nại của quý vị đến:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

**U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services**

7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Official Business
Penalty for Private Use, \$300

Quý vị cần một bản sao của tài liệu này bằng tiếng Tây Ban Nha?

Để nhận một bản sao miễn phí của tài liệu này bằng tiếng Tây Ban Nha, 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.

Esta publicación está disponible en español. Para obtener una copia gratis, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

Thông tin trong tài liệu này mô tả Chương trình Medicare tại thời điểm tài liệu này được in. Có thể có các thay đổi sau khi in. Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để có những thông tin mới nhất. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Tài liệu "Tìm hiểu về các chương trình Medicare Advantage" không phải là một tài liệu pháp lý. Hướng dẫn pháp lý chính thức của Chương trình Medicare có trong các quy chế, quy định và phán quyết có liên quan.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.