

Medicare & Quý vị 2025

Sổ tay Medicare chính thức
của chính phủ Hoa Kỳ



Medicare

Những điều mới & quan trọng?



Kiểm tra những điều mới trong Medicare trong năm nay để giúp quý vị quản lý sức khỏe thể chất và tâm thần tổng thể của mình.

Giảm chi phí thuốc kê toa của quý vị

Vì luật mới của Tổng thống Biden về thuốc kê toa, trong năm 2025, chi phí thuốc cá nhân hàng năm của quý vị sẽ được giới hạn ở mức \$2,000. Nếu quý vị có Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) và chi phí thuốc của quý vị đủ cao để đạt đến giới hạn này, quý vị không cần phải trả đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm cho thuốc của Phần D trong thời gian còn lại của năm dương lịch. Bắt đầu từ 2025, quý vị cũng sẽ có tùy chọn cho việc chia nhỏ chi phí thuốc của mình thành các khoản thanh toán hàng tháng trong suốt cả năm. Xem trang 83.

Quản lý sức khỏe tâm thần và phúc lợi của quý vị

Medicare đài thọ dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mở rộng, như các dịch vụ chương trình ngoại trú chuyên sâu tại các địa điểm nhất định và các dịch vụ từ các nhà trị liệu hôn nhân và gia đình cũng như các cố vấn về sức khỏe tâm thần (trang 46). Trong lần thăm khám “Sức khỏe” hàng năm của quý vị, nhà cung cấp dịch vụ về sức khỏe của quý vị có thể dùng đánh giá nguy cơ sức khỏe để hiểu hơn về nhu cầu xã hội của quý vị và giới thiệu quý vị đến với các dịch vụ và hỗ trợ phù hợp (trang 55).

Thêm nguồn trợ giúp cho những người chăm sóc

Medicare đài thọ hỗ trợ bổ sung cho người chăm sóc, như đào tạo cho người chăm sóc của quý vị chăm sóc cho quý vị tốt hơn (trang 33) và hỗ trợ kho họ đang chăm sóc cho các thành viên gia đình trong giai đoạn cuối đời (trang 27). Ngoài ra, một số người mắc chứng mất trí nhớ và người chăm sóc của họ có thể nhận được nhiều hỗ trợ hơn thông qua chương trình thí điểm mới (trang 35).

Chương trình Phúc lợi Y tế của Dịch vụ Bưu chính

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2025, những nhân viên, người đã nghỉ hưu của Dịch vụ Bưu chính Hoa Kỳ cùng gia đình họ sẽ nhận được bảo hiểm thông qua chương trình phúc lợi mới thay vì thông qua chương trình Phúc lợi Sức khỏe Nhân viên Liên bang. Xem trang 89.

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

Quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa tại bất kỳ địa điểm nào ở Hoa Kỳ, bao gồm cả tại nhà của quý vị, **cho đến hết ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024.** Sau thời gian đó, quý vị phải ở phòng khám hoặc cơ sở y tế ở khu vực nông thôn để nhận được hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Tuy nhiên, quý vị vẫn sẽ nhận được các dịch vụ y tế từ xa (như dịch vụ cho sức khỏe tâm thần và hành vi) tại nhà cho dù quý vị đang sống ở bất kì đâu. Xem trang 51.

Mục lục

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

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

Xem trang 124–126.

Khóa biểu tượng

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



So sánh: Đưa ra các tính năng khác nhau giữa **Chương trình Original Medicare** và **Chương trình Medicare Advantage**.



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



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

Quan trọng!

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

Mới!

Mới: Nêu bật những điều mới.



Khám phá: Giúp quý vị tìm thông tin quan trọng về **Medicare.gov**.



Đánh giá về các lựa chọn Medicare của quý vị tại các trang 10–14.

Mục lục các chủ đề

A

Phình động mạch chủ ở bụng 30
Giao tiếp Dễ tiếp nhận 124
Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO) 29, 74, 103, **110–111**, 119
Châm cứu **30**, 87
Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về Không Chi trả Bảo hiểm 101
Lập kế hoạch chăm sóc nâng cao 30–31, 35, 54
Khám sàng lọc & tư vấn về lạm dụng rượu bia 31
Dịch vụ xe cứu thương 31, 53
Trung tâm phẫu thuật ngoại trú 31
Teo cơ xơ cứng cột bên (ALS) 15
Kháng nghị 28, 66, 87, **97–101**, 108, 112
Chi giả 49
Thỏa thuận chi trả trực tiếp 29–33, 35, 43, 45, 47, 48, 54–55, 58, **59–60**, 65, 119

B

Khám thẳng bằng 42
Chụp X-quang bằng thuốc thực bari 35
Các dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi **32**, 87
Các Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình 100, **112**
Giai đoạn Quyền lợi 27, 29, **119**
Điều phối các quyền lợi **21–22**, 89–90, 112
Hóa đơn 23–24, 58–59, 82, 89, 99, 105
Máu **26**, 32–33, 35–36, 38–39, 43, 44, 76
Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa vào máu 36
Đai (cánh tay, chân, lưng, cổ) 49

C

Điều trị phục hồi chức năng tim 32–33
Trợ giúp huấn luyện người chăm sóc 33
Tầm soát thư cổ tử cung và âm đạo 33
Hóa trị liệu **34**, 65
Dịch vụ chỉnh nắn xương 34
Dịch vụ quản lý chăm sóc bệnh mạn tính 34
Dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính 34
Yêu cầu thanh toán 25, 58–59, 99–100, 102–105, 109
Các nghiên cứu lâm sàng 27, **34**, 62
COBRA 18–19, **89**
Đánh giá nhận thức **35**, 55
Nội soi đại tràng 35–36
Các ứng dụng được kết nối 59, **109**
Thiết bị, phụ kiện và liệu pháp Áp lực Đường thở Dương Liên tục (CPAP) 36
Dịch bệnh Coronavirus 2019 (COVID-19) **37–38**, 49, 50
Giải phẫu thẩm mỹ 55
Chương trình Chi phí. *Xem* Chương trình Chi phí Medicare.
Tiết kiệm Chi phí. *Xem* Chương trình Tiết kiệm Medicare (MSPs).
Các chi phí (đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khoản khấu trừ, và phí bảo hiểm) Extra Help giúp chi trả Phần D 92–94
Các chương trình Medicare Advantage 65–66
Original Medicare 58–59
Phần A và Phần B **22–24**, 25–55
Khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần D 83–85
Tư vấn phòng ngừa sử dụng thuốc lá & các bệnh do thuốc lá gây ra 37
Quyết định bảo hiểm (phần D) 99–100
Các dịch vụ được đài thọ (Phần A và Phần B) 25–55
Bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín 64, 79, 81, 83–85, 89, 94, **119**

D

Máy khử rung tim 38
 Sa sút trí tuệ 35, 55, 70
 Thử nghiệm/các chương trình thí điểm 74, **120**, 121
 Chăm sóc răng miệng và răng hàm giả 55, 56, 62, 67, 75, 94
 Bộ Quốc Phòng 113
 Bộ Y Tế và Nhân Sự, Bộ Y Tế và Xã Hội.
Xem Văn phòng Dân quyền.
 Bộ Cựu Chiến binh 84, **90**, 113
 Trầm cảm 32, 35, **38**, 46, 55
 Tiểu đường 34, 38–39, 42, **46**, 51
 Thẩm tách (chạy thận/thẩm tách thận)
 16, 44, 51, 65, 66, 98
 Tình trạng khuyết tật **15–19**, 21, 30, 54, 91, 96, 103, 123
 Bảo hiểm thuốc (Phần D) 79–90
 Kháng nghị 97–101
 Bảo hiểm theo Phần A 26–29
 Bảo hiểm theo Phần B 39–40
 Tham gia, chuyển đổi, hoặc bỏ 80–81
 Các chương trình Medicare Advantage 61–65
 Chi phí Chương
 Trình thuốc 81–85
 Ghi danh 80–81
 Loại hình chương trình 79
 Những gì bảo hiểm sẽ đài thọ 85–88
 Thuốc (ngoại trú) 39–40
 Đủ điều kiện kép (các chương trình Medicare-Medicaid) 94–95
 SNP với Điều kiện Hội đủ Kép 70
 Thiết bị y khoa dùng lâu bền 9, 26, 29, 39, **40**, 44

E

EKG/ECG **41**, 51
 Sổ tay điện tử 14, 63
 Hồ sơ Sức khỏe Điện tử 111
 Thông báo Tóm lược về Medicare bằng hình thức điện tử 59, 109
 kê toa thuốc điện tử 111
 Các dịch vụ khoa cấp cứu 41

Chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm của chủ lao động Các chi phí trong Phần A có thể khác
 Bảo hiểm thuốc 84, 88
 Cách thức nó hoạt động cùng với Medicare 21
 Ghi danh Mở cho Medigap 77
 Bệnh suy thận thời kỳ cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) 16–17, 21, 42, 44, 51–53, 64, 70, 74, 98
 Ghi
 Chương trình Medicare Advantage (Phần C) 64–65
 Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) 80–81
 Thăm khám điện tử E-visit 41
 Extra Help (giúp thanh toán chi phí thuốc Medicare) 79, 81, **92–94**, 96, 112, 120
 Mắt kính **41**, 55, 75

F

Xét nghiệm máu ẩn trong phân 35–36
 Chương trình Quyền lợi Sức khỏe Nhân viên Liên bang (FEHB) 89
 Các dịch vụ của Trung tâm Sức khỏe Đủ tiêu chuẩn Liên bang 41
 Nội soi hậu môn và tràng sigma 36
 Tiêm phòng cúm **41**, 50, 54, 122
 Chăm sóc bàn chân 38, **42**
 Danh mục thuốc 81, 85–86, 88, 99, **120**
 Gian lận 103, **105–106**

G

Thời gian Ghi danh Chung **18**, 23, 71, 80
 Khám sàng lọc tăng nhãn áp 42

H

Health Insurance Marketplace® -
 Thị trường Bảo hiểm Y tế 18, 19, **20**
 Các chương trình Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) 61, 64, **66–67**
 Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe 54
 Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA) 20
 Máy trợ thính 42, **56**, 75
 Tiêm phòng viêm gan B **42**, 50
 Sàng lọc viêm gan C 43
 Tầm soát bệnh HIV 43
 Dịch vụ/chăm sóc sức khỏe tại nhà 9, 25, 26, 29, **43**, 100, 108

6 Chỉ mục cho các chủ đề

Các dịch vụ, thiết bị & nguồn tiếp liệu trị liệu truyền dịch tại nhà 40, **44**

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

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

I

Chủng ngừa. *Xem* Chích ngừa.

Bảo hiểm thuốc ức chế miễn dịch 52–53, 64, 91

Khoản tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) 23–24, 82

Dịch Vụ Y Tế Thổ Dân Mỹ 84, **90**, 119

Thời gian Ghi Danh Ban đầu 17, 18, 20, 23, 71, 80, 83, 84

Chăm sóc nội trú tại bệnh viện 27–28

Viện, bệnh viện 28, 70, 93

Insulin 38, 88

J

Tham gia

Chương trình thuốc Medicare 79–80

Chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare 64–65

K

Phổ biến kiến thức về bệnh thận 44

Lọc thận. *Xem* thẩm tách.

Cấy ghép Thận 16, 44, 45, 52–53, 64, 98

L

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm 37, **44**, 51

Tiền phạt ghi danh trễ. *Xem* Tiền phạt.

Ngày dự phòng trọn đời 27, **120**

Chăm sóc dài hạn 28, 55, 56, 75

Mất thẻ Medicare. *Xem* Thẻ Medicare Thay thế.

Sàng lọc ung thư phổi 45

Vật phẩm điều trị ép phù bạch huyết 45

M

Chụp quang tuyến vú **45**, 70, 122

Thị trường Marketplace. *Xem* Health Insurance Marketplace® - Thị trường Bảo hiểm Y tế.

Medicaid 10, 11, 18, 19, 21, 26, 29, 34, 52, 55–59, 65, 74, 88, 103, **120**

Trộm cắp danh tính y tế 105

Trị liệu dinh dưỡng y tế 39, **45**, 51

Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA) 20, 61, 64–65, **67**, 79

Medicare

Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) 25–29

Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) 29–55

Phần C (Các Chương trình Medicare Advantage) 61–74

Phần D (Bảo hiểm thuốc của Medicare) 79–90

Tài khoản Medicare 14, 24, 59, 91, 105, 108, **109**, 111

Nhà thầu Hành chính của Medicare 99, 103

Thời gian Ghi danh Mở cho Medicare Advantage 13, **71–72**, 80

Kế Hoạch Lợi Điểm Medicare 121

Cách chúng hoạt động cùng với các bảo hiểm khác 64

Loại hình chương trình 66–70

Ứng dụng Medicare 59

Thanh tra viên về Người thụ hưởng Medicare 106

Thẻ Medicare 15, 24–25, 37, 61, 108, 109, 112–113

Chương trình Chi phí Medicare 55, 72, 79, 82, 121

Chương trình thuốc Medicare 79–80

Các Chương trình Medicare-Medicaid 94–95

Các Chương Trình Tiết Kiệm Của Medicare (MSP) 91–92

Thông Báo Tóm Lược Medicare (MSN) 58, 59, 91, 99, 101, 103, 105, 109

Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) 10–12, 26, 29, 56–58, 65, 73, **75–78**, 89, 98, 121

Các dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc 88

Medigap. *Xem* Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare.

Chăm sóc sức khỏe tâm thần 46

MSN. *Xem* Tóm Tắt Thông Báo Medicare.

N

Lưu ý 28, **58–59**, 63, 69, 81, 91, 97, 99–101, 103–105, 109, 110, 123
 Thông báo Thay đổi Hàng năm 63, 69, 81
 Thông báo Quan sát Ngoại trú của Medicare (còn gọi là “MOON”) 28
 Thông Báo Tóm Lược Medicare (MSN) 58, 91, 99, 101, 103, 105, 109
 Thông báo Không Phân biệt Đối xử 123
 Thông báo về Thực hành Quyền Riêng tư 103–104
 Y tá hành nghề 39, 43, 46, 48
 Viện dưỡng lão, bệnh xá 26, 56, 70, 74–75, 93, 94
 Viện dưỡng lão 108
 Dịch vụ trị liệu dinh dưỡng. *Xem* Trị liệu dinh dưỡng y tế

O

Quan sát 28
 Dịch vụ trị liệu chức năng hoạt động 43, **47**
 Văn phòng Dân quyền 104, 123
 Văn phòng Quản lý Nhân sự 24, 89, **113**
 Thời Gian Ghi Danh Mở 13, 71–72, 77–78, 80, 84
 Điều trị Rối loạn Sử dụng opioid 27, 40, **47**, 54, 86–87
 OPM. *Xem* Văn phòng Quản lý Nhân sự.
 Từ chối (bác sĩ) 60
 Original Medicare 57–60, 121
 Vật phẩm chỉnh hình 49
 Các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện 48
 Liệu pháp ôxy 40

P

PACE. *Xem* Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi.
 Lựa chọn thanh toán (phí bảo hiểm) 23–24
 Khám vùng chậu 33
 Tiền phạt (ghi danh muộn)
 Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) 17, 18, 22
 Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) 15–16, 17, 18, 23, 25
 Phần D (Bảo hiểm thuốc của Medicare) 64, 79, 81, 82, 83–85, 89, 93, 94

Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm 95
 Dịch vụ vật lý trị liệu 48
 Trợ lý bác sĩ 39, 46, 48
 Các chương trình thử nghiệm/thí điểm 74, 95, 120, 121
 Tiêm phòng phế cầu khuẩn **48**, 50, 54
 Kế Hoạch Tổ Chức Nhà Cung Cấp Dược Ưu Chuộng (PPO) 61, 64, 65, 68
 Dịch vụ phòng ngừa 9, 29–33, 35–39, 41–43, 45–50, 54–55, 90, 108–109, **122**
 Bác sĩ chăm sóc chính 31, 33, 43, 47, 50, 57, 66–70, 110, **122**
 Dịch vụ quản lý chăm sóc chính 48
 Các dịch vụ điều hướng bệnh quan trọng 49
 Thông báo về Quyền Riêng tư 103–104
 Chương trình Dịch vụ có trả phí Tư nhân (PFFS) 61, 64, **69**, 121
 Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE) **74**, 95, 121
 Sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt (Xét nghiệm PSA) 49
 Các vật phẩm bộ phận cơ thể giả/chỉnh hình 49
 Puerto Rico 15, 16, 53, 92, 93, 96
 Các chương trình về phục hồi chức năng phổi 49

R

Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB) 15–16, 20, 23–24, 59, 82, **113**
 Giới thiệu
 Định nghĩa 122
 Các chương trình Medicare Advantage 11, 62, 66–70
 Original Medicare 11, 57, 63
 Các dịch vụ mà Phần B đài thọ 30–55
 Tổ chức tôn giáo chăm sóc sức khỏe phi y tế 28
 Thẻ Medicare Thay thế 108, 112
 Bảo hiểm cho người nghỉ hưu (bảo hiểm) 18, 19, 21–22, 26, 29, 58–59, 64, 88, 90
 RB. *Xem* Ban Hưu Trí Ngành đường sắt.
 Bệnh viện cấp cứu nông thôn 31
 Phòng khám Sức khỏe Nông thôn 49

S

Các sàng lọc. *Xem* Các dịch vụ phòng ngừa.
 Chương trình Tuần tra Medicare cho Người cao tuổi 105
 Khu vực dịch vụ 11, 64, 74, 79, 81, **122**

Sàng lọc và tư vấn bệnh lây nhiễm qua đường tình dục 50
SHIP. *Xem* Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang.
Chích ngừa (vắc-xin) 9, 37, 41, 42, 48, **50**, 54, 108, 122
Nội soi đại tràng sigma 35–36
Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) 9, 25, **28**, 74, 76, 100, 101, 110, **122**
SNF. *Xem* Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF).
SNP. *Xem* Chương trình Nhu cầu Đặc biệt.
An sinh Xã hội
Đổi địa chỉ trên MSN 59
Extra Help chi trả chi phí Phần D 92
Các liên hệ hữu ích khác 112–113
Phí bảo hiểm Phần A và Phần B 22–24
Phí bảo hiểm Phần D 82
Đăng ký mua Phần A và Phần B 15–19
Trợ cấp Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) 93, **96**
SPAP. *Xem* Chương trình Hỗ trợ Dược Phẩm Tiểu bang
Thời gian Ghi danh Đặc biệt
Phần A và Phần B 17–18, 23
Phần C (các chương trình Medicare Advantage) 71–73
Phần D (các chương trình thuốc Medicare) 80, 89, 93
Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) 61, **70**
Bệnh học về ngôn ngữ-nói 39, 43, **50**
SSI. *Xem* Thu nhập An sinh Bổ sung.
Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) 14, 16, 56, 60, 73, 77, 78, 80, 83, 89, 94, 95, 100, 105, **108**, **114–117**
Chương trình Hỗ trợ về mặt Y tế Tiểu bang (Medicaid) 70
Văn phòng Hỗ trợ về mặt Y tế Tiểu bang (Medicaid) 56, 58, 91, 95–96, 124
Chương trình Hỗ trợ Dược Phẩm Tiểu bang 95
Điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện 47, 51, 54, 55, 86–87
Bảo hiểm bổ sung (Medigap)
Bảo hiểm thuốc 89
Thời Gian Ghi Danh Mở
Original Medicare 58
Lợi Tức An Sinh Bổ Sung (SSI) 93, **96**

Vật liệu (về mặt y tế) 27, 28, 36, 38–39, 44, 48, 49, 58, 75, 88, 90, 120
Các dịch vụ băng phẫu thuật 50

T

Biểu mẫu thuế 22–23
Telehealth (Khám sức khỏe từ xa) **51**, 110
Xét nghiệm (Ngoài phòng thí nghiệm) 51
Các bậc (danh mục thuốc) 81–83, **85–86**, 99–100
Dịch vụ quản lý chăm sóc chuyển tiếp 52
Dịch vụ cấy ghép 16, 33, 44, 45, **52–53**, 64, 98
Trong trường hợp đi du lịch 12, **53**, 75–76
TRICARE 19, 21, 52, 84, **90**, 113, 119

U

Công đoàn
Chi phí cho Phần A có thể khác 26
Bảo hiểm thuốc 79–80, 84, 88, 94
Kế Hoạch Lợi Điểm Medicare 64
Đăng ký mua Phần B 19
Chăm sóc cần thiết khẩn cấp 12, **53**, 60

V

VA. *Xem* Quyền lợi cựu chiến binh.
Vắc-xin. *Xem* Chích ngừa.
Quyền lợi cựu chiến binh (VA) 18, 84, **90**, 113
Thị lực (chăm sóc mắt) 41, 55

W

Khung tập đi 9, 28, 40, 44
Thăm khám phòng ngừa “Chào Mừng đến với Medicare” 41, **54–55**
Thăm khám Sức khỏe Hàng năm 9, 30, 35, **54–55**, 108
Xe lăn 9, 44

X

Chụp X-quang 28, 48, 51

Medicare có những phần nào?



Phần A – Bảo hiểm Bệnh viện

Giúp đài thọ cho:

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

Xem trang 25–29.



Phần B – Bảo hiểm Y tế

Giúp đài thọ cho:

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

Xem trang 29-55.



Phần D – Bảo hiểm thuốc

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

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

Xem trang 79-90.

Các lựa chọn Medicare của quý vị

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

Original Medicare

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

Phần A



Phần B



Quý vị có thể thêm:

Phần D



Quý vị cũng có thể thêm:

Bảo hiểm bổ sung



Điều này có thể giúp quý vị trả một vài chi phí mà các phần khác không đài thọ. Bao gồm Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (**Medigap**). Xem trang 75 để tìm hiểu thêm về Medigap. Hoặc, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn trước đây, hoặc **Medicaid** (nếu quý vị có).

Xem trang 57 để tìm hiểu thêm về Original Medicare.

Medicare Advantage (còn được gọi là Phần C)

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

Phần A



Phần B



Hầu hết các chương trình bao gồm:

Phần D



Một số quyền lợi bổ sung

Xem trang 61 để tìm hiểu thêm về Medicare Advantage.

Tổng quan: Original Medicare so với Medicare Advantage Plan



Lựa chọn về bác sĩ & bệnh viện

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



Chi phí

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



Bảo hiểm

Original Medicare	Medicare Advantage (Phần C)
Original Medicare đài thọ cho hầu hết các dịch vụ và vật tư cần thiết về mặt y tế trong bệnh viện, phòng khám bác sĩ, và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác. Original Medicare không 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. Xem trang 55.	Các chương trình phải đài thọ cho tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà Original Medicare đài thọ. Đối với một số dịch vụ, các chương trình có thể sử dụng tiêu chí bảo hiểm riêng để xác định sự cần thiết về mặt y tế. Các chương trình cũng có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không đài thọ.
Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không cần được Original Medicare phê duyệt (cho phép trước) để chi trả cho các dịch vụ hoặc vật tư của quý vị.	Trong nhiều trường hợp, quý vị có thể cần được chương trình của mình phê duyệt (cho phép trước) 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).	Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) có trong hầu hết các chương trình. Trong hầu hết các loại hình Chương trình Medicare Advantage , quý vị sẽ không thể tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.



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) để được 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 bao gồm các dịch vụ cấp cứu và khẩn cấp khi quý vị đi ra bên ngoài Hoa Kỳ.

Số tiền phí bảo hiểm năm 2025, chi phí thuốc và giới hạn thu nhập không có sẵn tại thời điểm in. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để nhận thông tin cập nhật nhất sẵn có.

Bắt đầu với Medicare

Đảm bảo quý vị:

- **Hiểu các lựa chọn bảo hiểm Medicare của quý vị.** Có 2 cách chính để quý vị tham gia bảo hiểm Medicare—**Original Medicare** (Phần A và Phần B) và Medicare Advantage (Phần C). Xem trang 10–12 để tìm hiểu thêm 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 xem trang 15. Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), xem trang 79.
- **Tìm hiểu cách Medicare hoạt động với các bảo hiểm khác nếu quý vị có.** Xem trang 19–22 để tìm hiểu thêm.
- **Xem lại bảo hiểm thuốc và sức khỏe Medicare của quý vị mỗi năm.** Đảm bảo bảo hiểm vẫn đáp ứng được các nhu cầu của quý vị và quyết định xem liệu quý vị có muốn thay đổi bảo hiểm hay không. Quý vị không cần phải đăng ký Medicare hàng năm, nhưng quý vị vẫn nên xem lại các lựa chọn của mình.

Đánh dấu những ngày quan trọng sau trong lịch của quý vị!



01 Tháng Mười 2024	Bắt đầu so sánh bảo hiểm thuốc hoặc sức khỏe Medicare hiện tại của quý vị với các tùy chọn bảo hiểm cho năm 2025. Quý vị có thể tiết kiệm được tiền hoặc nhận được thêm các quyền lợi. Medicare.gov/plan-compare
Ngày 15 Tháng Mười đến 7 Tháng Mười Hai, 2024	Thay đổi lựa chọn bảo hiểm Medicare về sức khỏe hoặc thuốc cho năm 2025, nếu quý vị đã có quyết định. Quý vị có thể tham gia, chuyển đổi hoặc rời khỏi Chương trình Medicare Advantage hoặc một chương trình thuốc Medicare, hoặc chuyển sang Original Medicare trong Giai đoạn Ghi danh Mở này mỗi năm.
01 Tháng Giêng 2025	Lựa chọn bảo hiểm mới bắt đầu có hiệu lực nếu quý vị đã thực hiện thay đổi. Nếu quý vị giữ nguyên lựa chọn bảo hiểm hiện có nhưng các chi phí hoặc quyền lợi trong chương trình bảo hiểm của quý vị thay đổi, thì những thay đổi đó cũng sẽ bắt đầu có hiệu lực vào ngày này.
Ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba, 2025	Nếu đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể thay đổi sang một Chương trình Medicare Advantage khác hoặc chuyển sang Original Medicare (và tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng) một lần trong thời gian này. Bất kỳ thay đổi nào quý vị thực hiện sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị. Xem trang 63.

Quan trọng! Quý vị có thể phải trả nhiều hơn nếu quý vị không đăng ký Medicare khi quý vị hội đủ điều kiện lần đầu. Xem trang 22–23 (Phần A và Phần B) và trang 83 (Phần D) để biết thêm thông tin về các khoản tiền phạt ghi danh trễ.

Nhận trợ giúp tìm bảo hiểm phù hợp với quý vị

Khám phá các lựa chọn bảo hiểm của quý vị

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

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

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Quý vị sẽ được tư vấn miễn phí và khách quan bởi tư vấn viên bảo hiểm sức khỏe cá nhân từ Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Của Tiểu Bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.
- Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp. 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 cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Có nhiều chương trình sẵn có để trợ giúp về chi phí. Nhiều người hội đủ điều kiện tham gia Medicare. Xem trang 91-96.

Dùng kỹ thuật số

Quý vị có thể giúp Medicare tiết kiệm tiền bằng cách chuyển sang sổ tay này ở dạng phiên bản điện tử. Đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để chuyển sang sổ tay điện tử. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một đường dẫn tới phiên bản PDF qua email thay vì gửi một bản sao giấy qua đường bưu điện vào mỗi mùa thu. Tính đến đầu năm 2024, những người ghi danh nhận sổ tay điện tử đã giúp Chương trình Medicare tiết kiệm gần \$19.5 triệu đô-la.

Mục 1:

Đăng ký Medicare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quan trọng! Nếu quý vị sống ở Puerto Rico và nhận trợ cấp từ An sinh Xã hội hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt (RRB), quý vị sẽ tự động nhận được Phần A bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng mà quý vị bước sang tuổi 65 hoặc sau khi quý vị nhận được trợ cấp khuyết tật 24 tháng. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn có Phần B, quý vị sẽ cần phải đăng ký phần đó bằng cách hoàn thành “Mẫu đơn Ghi danh Phần B” (CMS-40B). Để nhận mẫu đơn này bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha, truy cập [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu gửi một bản sao cho quý vị. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị không đăng ký Phần B khi đủ điều kiện lần đầu tiên, quý vị có thể bị chậm trễ trong việc nhận bảo hiểm Phần B trong tương lai vì quý vị chỉ có thể đăng ký vào những thời điểm nhất định. **Quý vị cũng có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ đến chừng nào quý vị có được Phần B.** Xem trang 23.

Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

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

Quý vị cũng có thể nhận được tư vấn cá nhân miễn phí và khác quan về bảo hiểm sức khỏe từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP). Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

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

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

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

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

Quý vị chỉ có thể đăng ký Phần B trong thời gian đăng ký được liệt kê trên trang 17-18.

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

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

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

Thời gian Ghi Danh Ban đầu

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

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

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

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

Thời gian Ghi danh Đặc biệt

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

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

Bảo hiểm của quý vị thường bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký. Nếu quý vị đăng ký Phần B trong khi vẫn đang làm việc hoặc trong tháng đầu tiên sau khi mất quyền bảo hiểm của chủ lao động, quý vị có thể yêu cầu hoãn ngày bắt đầu Phần B của mình tối đa 3 tháng. Thông thường, quý vị sẽ không phải trả khoản tiền phạt ghi danh trễ nếu đăng ký trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Khoảng Thời gian Ghi danh Đặc biệt này không áp dụng nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare do mắc Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), hoặc quý vị vẫn đang trong Thời gian Ghi danh Ban đầu.

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

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

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

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

Quan trọng! Nếu gần đây quý vị đã bị mất Medicaid và hiện quý vị đủ điều kiện nhận Medicare, nhưng không đăng ký Medicare khi quý vị mới đủ điều kiện, quý vị có thể đăng ký Phần A và Phần B mà không phải trả tiền phạt ghi danh trễ. Nếu quý vị đã có Medicare nhưng bị mất Medicaid, thì quý vị cũng có các lựa chọn bảo hiểm. Để biết thêm thông tin, hãy xem tờ thông tin “Quý vị bị Mất Medicaid?” tại [Medicare.gov/media/document/12177-2023-02-508.pdf](https://www.Medicare.gov/media/document/12177-2023-02-508.pdf).

Thời gian Ghi danh Chung

Quý vị có thể đăng ký Phần B trong Thời gian Ghi danh Chung (từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba hàng năm) nếu quý vị đã bị lỡ Thời gian Ghi danh Ban đầu và không đủ điều kiện ghi danh trong Thời gian Ghi danh Đặc biệt. Quý vị cũng có thể mua Phần A trong thời gian này nếu quý vị không đủ điều kiện nhận được Phần A miễn **phí bảo hiểm** và đã bị lỡ Thời gian Ghi danh Ban đầu. **Quý vị có thể phải trả phí bảo hiểm Phần A và/hoặc Phần B cao hơn do ghi danh trễ.** Xem trang 22-23.

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

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

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

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

Bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn

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

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

- COBRA (hoặc bảo hiểm tiếp tục tương tự sau khi kết thúc làm việc)
- Bảo hiểm cho người về hưu
- Bảo hiểm VA
- Bảo hiểm sức khỏe cá nhân (như thông qua Health Insurance Marketplace® (Thị trường Bảo hiểm Y tế))
- Bảo hiểm của chủ lao động trước đó mà quý vị nhận được thông qua việc thôi việc hoặc sa thải

TRICARE

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

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

Medicaid

Nếu quý vị có **Medicaid** và không có Phần B, Medicare sẽ chi trả trước cho các dịch vụ Phần A mà Medicare chi trả. Quý vị cũng có thể nhận được sự trợ giúp từ tiểu bang của mình để chi trả **phí bảo hiểm** Phần A và Phần B thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare. Xem các trang 91-92. Để tìm hiểu thêm về việc đăng ký Phần B, truy cập trang 15.

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

Health Insurance Marketplace® - Thị trường Bảo hiểm Y tế

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

Nếu quý vị có bảo hiểm Marketplace:

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

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

Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA)

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

Nếu quý vị đăng ký Medicare:	Trong Thời gian Đăng ký Ban đầu của quý vị	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách thực hiện khoản đóng góp HSA cuối cùng của mình vào tháng trước khi quý vị bước sang tuổi 65.
	2 tháng sau khi Thời gian Ghi danh Ban đầu của quý vị kết thúc	
	Và sinh nhật của quý vị là vào ngày 1 của tháng	Bảo hiểm Medicare của quý vị thường sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng trước khi quý vị bước sang tuổi 65. Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách thực hiện khoản đóng góp HSA cuối cùng của mình vào 2 tháng trước khi quý vị bước sang tuổi 65.
Nếu quý vị chờ đăng ký Medicare:	Dưới 6 tháng sau khi quý vị bước sang tuổi 65	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách ngừng các khoản đóng góp HSA vào tháng trước khi quý vị bước sang tuổi 65.
	6 tháng trở lên sau khi quý vị bước sang tuổi 65	Quý vị có thể tránh bị phạt thuế bằng cách ngừng các khoản đóng góp HSA 6 tháng trước tháng quý vị đăng ký tham gia Medicare.

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

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

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

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

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

Hãy nhớ:

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

Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem lại cẩm nang, “Cách thức Hoạt động của Medicare cùng với các Chương trình 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 y tế nhóm của quý vị kết thúc, hãy gọi 1-800-MEDICARE để cập nhật hồ sơ. Nếu quý vị có sự thay đổi đối với bảo hiểm của mình, quý vị cũng có thể gọi đến Trung tâm Điều phối & Phục hồi Quyền lợi của Medicare theo số 1-855-798-2627. Người dùng TTY có thể gọi số 1-855-797-2627. Nếu quý vị sắp nghỉ hưu, hãy gọi 1-800-MEDICARE để đảm bảo thông tin bảo hiểm chính của quý vị chính xác.

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

Tôi có phải chi trả cho Phần A không?

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

Nếu quý vị mua Phần A, quý vị sẽ trả một khoản phí bảo hiểm là \$278 hoặc lên đến \$505 mỗi tháng trong năm 2024 phụ thuộc tùy thuộc vào thời gian mà quý vị hoặc vợ/chồng quý vị đã làm việc và đóng thuế Medicare. Nếu quý vị cần trợ giúp để thanh toán phí bảo hiểm Phần A của mình, hãy xem các trang 91-92. Nếu quý vị có thắc mắc về việc thanh toán cho Phần A, hãy truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE.

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

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết số tiền phí bảo hiểm Phần A năm 2025.

Khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần A là gì?

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

Bảo hiểm Phần B có phí bao nhiêu?

Số tiền **phí bảo hiểm** Phần B tiêu chuẩn cho năm 2024 là \$174.70. Hầu hết mọi người đều trả phí bảo hiểm Phần B tiêu chuẩn mỗi tháng.

Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị cao hơn một số tiền nhất định (trong năm 2024 là \$103,000 nếu quý vị nộp hồ sơ riêng hoặc \$206,000 nếu quý vị đã kết hôn và nộp hồ sơ chung), quý vị có thể phải trả Khoản tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA). IRMAA là một khoản phí bổ sung được thêm vào bảo phí của quý vị.

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

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để biết số tiền phí bảo hiểm Phần B năm 2025 và giới hạn thu nhập.

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

Nếu quý vị phải trả số tiền bổ sung nhưng quý vị không đồng ý (ví dụ: thu nhập của quý vị bị giảm do xảy ra biến cố trong cuộc sống), hãy truy cập [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.ssa.gov/medicare/lower-irmaa).

Khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần B là gì?

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

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



Chi phí & bảo hiểm: Để tìm hiểu về cách nhận hỗ trợ cho các chi phí Medicare, hãy chuyển đến trang 91.

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

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

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

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

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

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

Nếu quý vị không nhận được các khoản thanh toán trợ cấp An sinh Xã hội hoặc RRB, quý vị sẽ nhận được hóa đơn cho phí bảo hiểm Phần B của mình. Thông thường, phí bảo hiểm Phần B được lập hóa đơn hàng quý (3 tháng một lần). Nếu quý vị cũng chi trả cho Phần A hoặc IRMAA 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 22 và 82). Có 4 cách để thanh toán các hóa đơn phí bảo hiểm của quý vị:

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

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

Nếu quý vị cần thay đổi địa chỉ trên hóa đơn của mình, truy cập [SSA.gov/mycontact](https://www.SSA.gov/mycontact).

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

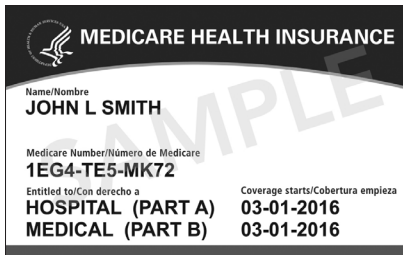
Mục 2:

Tìm hiểu Medicare sẽ đài thọ những gì

Medicare đài thọ cho những dịch vụ nào?

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

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



Quan trọng! Nếu quý vị tham gia một **Chương trình Medicare Advantage** hoặc **chương trình bảo hiểm y tế Medicare** khác, hãy đảm bảo chia sẻ thẻ bảo hiểm của quý vị với nhà cung cấp để nhận được các dịch vụ được Medicare đài thọ

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

Phần A đài thọ những gì?

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

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

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

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

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

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

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

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

Các dịch vụ mà Phần A đòi hỏi

Máu

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

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Phần A và/hoặc Phần B đòi hỏi cho các quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà. Xem trang 43.

Chăm sóc cuối đời

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

Bảo hiểm sẽ bao gồm:

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

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

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

Hỗ trợ và cứu trợ người chăm sóc

Medicare cũng đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc nghỉ ngơi nội trú, là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được trong một cơ sở được Medicare phê duyệt để người chăm sóc của quý vị (người thân hoặc bạn bè) có thể nghỉ ngơi. Quý vị có thể lưu trú lên đến 5 ngày mỗi lần quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc nghỉ ngơi. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời sẽ bố trí việc này cho quý vị.

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

Quý vị sẽ trả:

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

Original Medicare sẽ được lập hóa đơn đối với dịch vụ chăm sóc cuối đời, ngay cả khi quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**. Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, Chương trình Medicare Advantage vẫn có thể đòi hỏi cho các dịch vụ không liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hoặc bất kỳ tình trạng nào liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Để biết thêm về dịch vụ chăm sóc cuối đời và tìm nhà cung cấp dịch vụ 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 đòi hỏi cho các phòng ở chung hai bệnh nhân, các bữa ăn, dịch vụ điều dưỡng chung, các loại thuốc (bao gồm methadone để điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid), và các dịch vụ và vật tư khác tại bệnh viện trong quá trình điều trị nội trú của quý vị. Điều này bao gồm dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại các bệnh viện chăm sóc cấp tính, **bệnh viện tiếp cận quan trọng, cơ sở phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn**, dịch vụ chăm sóc điều trị tâm thần trong các cơ sở điều trị tâm thần nội trú, và dịch vụ chăm sóc nội trú phục vụ cho nghiên cứu lâm sàng đủ điều kiện. Điều này không bao gồm dịch vụ điều dưỡng chăm sóc riêng, ti-vi hoặc điện thoại trong phòng của quý vị (nếu có phí riêng cho những vật dụng này), các vật dụng chăm sóc cá nhân (như dao cạo râu hoặc tất dèp), hoặc phòng riêng, trừ khi **cần thiết về mặt y tế**.

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

Trong năm 2024, quý vị chi trả:

- **Ngày 1–60** (mỗi ngày của **giai đoạn quyền lợi**): \$0 sau khi quý vị đáp ứng **khoản khấu trừ Phần A** của mình.
- **Ngày 61–90** (mỗi ngày của mỗi giai đoạn quyền lợi): \$408 mỗi ngày.
- **Sau ngày 90** (mỗi ngày của mỗi giai đoạn quyền lợi): \$816 mỗi ngày cho mỗi **ngày dự phòng trọn đời** (tối đa 60 ngày trong suốt cuộc đời).

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

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

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để biết số tiền năm 2025.

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

Tôi là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú?

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

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

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

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

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

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

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn

Medicare đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi bệnh nhân nội trú cần thiết về mặt y tế (không bao gồm ngày quý vị rời khỏi viện dưỡng lão). Medicare đòi hỏi cho các phòng ở chung hai bệnh nhân, các bữa ăn, các dịch vụ trị liệu và điều dưỡng chuyên môn, cũng như các dịch vụ và vật tư cần thiết về mặt y tế trong một **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**.

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

Quý vị có thể nhận được chăm sóc trị liệu hoặc điều dưỡng chuyên môn nếu điều đó cần thiết để cải thiện hoặc duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với việc xuất viện của mình, quý vị có thể kháng nghị. Ví dụ: nếu quý vị được xuất viện chỉ vì tình trạng không cải thiện, nhưng quý vị vẫn cần được chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc trị liệu để đảm bảo tình trạng bệnh của mình không trở nên tồi tệ hơn, thì quý vị có thể kháng nghị. Xem trang 100.

Trong mỗi **giai đoạn quyền lợi** (2024), **quý vị phải trả:**

- **Ngày 1-20:** Không có gì. **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có thể bị tính các khoản **đồng thanh toán** trong 20 ngày đầu tiên.
- **Ngày 21-100:** \$204 mỗi ngày.
- **Từ ngày 101 trở đi:** Toàn bộ chi phí.

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

Phần B đòi hỏi những gì?

Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế) giúp đòi hỏi cho các dịch vụ bác sĩ, chăm sóc ngoại trú, dịch vụ sức khỏe tại nhà, thiết bị y tế lâu bền, dịch vụ sức khỏe tâm thần, thuốc kê toa ngoại trú có giới hạn và các dịch vụ y tế khác **cần thiết về mặt y tế**. Phần B cũng đòi hỏi cho nhiều **dịch vụ phòng ngừa**. Hãy xem trang 30–55 để biết danh sách các dịch vụ thông thường mà Phần B đòi hỏi. Medicare có thể đòi hỏi cho một số dịch vụ và xét nghiệm một cách thường xuyên hơn so với khung thời gian quy định nếu cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng bệnh.

Tìm hiểu xem liệu Medicare có đòi hỏi cho dịch vụ nào không có trong danh sách này không:

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

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

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

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

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

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

Các dịch vụ mà Phần B đài thọ

Quả táo này 🍏 nằm ở cạnh các **dịch vụ phòng ngừa** ở trang 30–55.



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc phình động mạch chủ ở bụng

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

Châm cứu

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

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

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

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

Lập kế hoạch chăm sóc nâng cao

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

Hãy cân nhắc kỹ lưỡng về người mà quý vị muốn đại diện cho mình và chỉ dẫn mà quý vị muốn đưa ra. Quý vị có quyền thực hiện các kế hoạch của mình theo lựa chọn của mình mà không bị phân biệt đối xử dựa trên tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật của quý vị. Quý vị có thể cập nhật chỉ thị trước của mình bất kỳ lúc nào.

Quý vị sẽ không phải trả tiền nếu việc lập kế hoạch này nằm trong buổi khám “Sức khỏe” hàng năm và bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

Khám sàng lọc & tư vấn về lạm dụng rượu bia

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

Dịch vụ xe cứu thương

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

Trong một số trường hợp, Medicare có thể chi trả cho dịch vụ vận chuyển cứu thương phi cấp cứu, cần thiết về mặt y tế nếu quý vị có y lệnh bằng văn bản của bác sĩ nêu rõ rằng việc vận chuyển cứu thương là cần thiết về mặt y tế. Ví dụ, một bệnh nhân xuất viện có thể cần xe cứu thương để vận chuyển đến cơ sở điều dưỡng chuyên môn.

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

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

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú

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



Chi phí & bảo hiểm: Nhận chi phí ước tính cho các thủ thuật ngoại trú tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú:

Medicare.gov/procedure-price-lookup

Phẫu thuật dạ dày chống béo phì

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

Các dịch vụ tích hợp sức khỏe hành vi

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

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

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

Máu

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



Dịch vụ phòng ngừa

Đo khối lượng xương

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

Điều trị phục hồi chức năng tim

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

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

- Cấy ghép tim hoặc tim-phổi
- Suy tim mạn tính ổn định

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



Dịch vụ phòng ngừa

Trị liệu hành vi hỗ trợ bệnh tim mạch

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



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc bệnh tim mạch

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

Mới!

Nguồn lực Đào tạo Người chăm sóc

Medicare hiện đài thọ cho chương trình **đào tạo** giúp người chăm sóc của quý vị học hỏi và xây dựng các kỹ năng chăm sóc quý vị (như cho thuốc, chăm sóc cá nhân, v.v.) như một phần của kế hoạch điều trị. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị xác định rằng chương trình đào tạo người chăm sóc phù hợp với kế hoạch điều trị, người chăm sóc của quý vị có thể tham gia các buổi đào tạo riêng hoặc theo nhóm từ nhà cung cấp dịch vụ mà không yêu cầu quý vị phải có mặt. Chương trình đào tạo phải tập trung vào các mục tiêu về sức khỏe của quý vị và việc điều trị của quý vị phải cần có sự giúp đỡ của người chăm sóc để thành công. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

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

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

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

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

Hóa trị liệu

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

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

Đối với dịch vụ hóa trị liệu được đòi hỏi theo Phần A trong môi trường bệnh viện nội trú, hãy xem cơ sở chăm sóc bệnh nhân nội trú ở trang 27–28.

Dịch vụ chỉnh nắn xương

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

Dịch vụ quản lý chăm sóc bệnh mạn tính

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

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

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

Dịch vụ quản lý và điều trị đau mạn tính

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

Các nghiên cứu lâm sàng

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

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

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

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

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

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

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

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

Mới!

Một số người mắc chứng mất trí nhớ và gia đình họ cùng những người chăm sóc không được trả lương có thể được hỗ trợ bổ sung thông qua chương trình thí điểm Hướng dẫn Mô hình Cải thiện Trải nghiệm Chứng mất trí nhớ. Trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để biết thêm thông tin và tìm hiểu xem liệu họ có tham gia chương trình hay không.



Dịch vụ phòng ngừa

Tầm soát ung thư đại trực tràng

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

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

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

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

- **Nội soi hậu môn và tràng sigma:** Medicare đài thọ cho xét nghiệm này 48 tháng một lần nếu quý vị từ 45 tuổi trở lên, hoặc 120 tháng sau lần nội soi đại tràng sàng lọc trước đó nếu quý vị không có nguy cơ cao. Quý vị không phải trả gì cho xét nghiệm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp.

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

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

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

Thiết bị & phụ kiện Áp lực Đường thở Dương Liên tục (CPAP)

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

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

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

Medicare sẽ chi trả tối đa 8 lần thăm khám gặp gỡ trực tiếp trong khoảng thời gian 12 tháng nếu quý vị hút thuốc. Quý vị không phải trả gì cho các buổi tư vấn này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận [thỏa thuận chi trả trực tiếp](#).

COVID-19 (Dịch bệnh Coronavirus 2019)

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

Các loại Vắc-xin Phòng ngừa COVID-19:

- Vắc xin được FDA phê duyệt và cấp phép giúp giảm nguy cơ mắc bệnh do COVID-19 bằng cách làm việc với hệ thống phòng thủ tự nhiên của cơ thể để phát triển khả năng miễn dịch (bảo vệ) chống lại vi-rút một cách an toàn.
- Quý vị không phải trả gì cho mũi tiêm vắc-xin COVID-19 này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp cho mũi tiêm này.
- Hãy nhớ mang theo thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương khi quý vị đi chủng ngừa để nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nhà thuốc có thể lập hóa đơn cho Medicare. Nếu quý vị tham gia [Chương trình Medicare Advantage](#), quý vị phải sử dụng thẻ từ Chương trình để nhận các dịch vụ được Medicare đòi hỏi. Quý vị sẽ không phải trả tiền khi tiêm vắc-xin từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Hãy liên hệ với chương trình bảo hiểm của quý vị để biết thêm thông tin.

Các xét nghiệm chẩn đoán:

- Các xét nghiệm này sẽ kiểm tra xem quý vị có bị nhiễm COVID-19 hay không.
- Quý vị không phải chi trả bất kỳ khoản phí nào khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe yêu cầu thực hiện xét nghiệm này và quý vị nhận được xét nghiệm từ một phòng xét nghiệm, nhà thuốc, bác sĩ hoặc bệnh viện chấp nhận Medicare.
- Nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage, hãy kiểm tra với chương trình để tìm hiểu xem liệu quý vị có phải trả bất kỳ chi phí nào không.

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

- Những phương pháp điều trị được FDA chấp thuận hoặc cho phép này có thể giúp chống lại căn bệnh này và giúp quý vị không phải nhập viện. Quý vị phải có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19, có các triệu chứng ở mức độ từ nhẹ đến trung bình và có nguy cơ cao tiến triển thành COVID-19 nặng và/hoặc cần phải nhập viện.
- [Original Medicare](#) sẽ chi trả cho các phương pháp điều trị bằng kháng thể đơn dòng nếu quý vị có các triệu chứng của COVID-19.
- Quý vị không phải trả gì cho việc điều trị này khi quý vị nhận được sự điều trị từ nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung cấp của Medicare. Quý vị phải đáp ứng các điều kiện nhất định để đủ điều kiện. Nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage, hãy kiểm tra với chương trình về bảo hiểm và chi phí.

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

Nhận thêm thông tin

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

Máy khử rung tim

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



Dịch vụ phòng ngừa Sàng lọc trầm cảm

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

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

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

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

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

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



Dịch vụ phòng ngừa Sàng lọc tiểu đường

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



Dịch vụ phòng ngừa

Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường

Medicare đài thọ cho chương trình đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường ngoại trú để dạy quý vị ứng phó và kiểm soát bệnh tiểu đường của mình. Chương trình có thể bao gồm các lời khuyên giúp ăn uống lành mạnh, chăm hoạt động, theo dõi đường huyết, dùng thuốc theo đơn, và giảm thiểu nguy cơ. Quý vị phải được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường và có chỉ định bằng văn bản của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Một số bệnh nhân cũng có thể đủ điều kiện để nhận được đào tạo về liệu pháp dinh dưỡng y tế (trang 45). Quý vị trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Lưu ý: Quý vị có thể nhận được huấn luyện để tự kiểm soát bệnh tiểu đường từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác ở nơi khác bằng cách sử dụng công nghệ truyền thông âm thanh và video, như điện thoại hoặc máy tính. Truy cập [adces.org/program-finder](https://www.adces.org/program-finder) để tìm các chương trình được chứng nhận gần quý vị.

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

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

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

Thuốc

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

- Hầu hết các loại thuốc tiêm và truyền dịch khi một nhà cung cấp dịch vụ y tế có giấy phép cung cấp
- Một số loại thuốc chống ung thư đường uống
- Thuốc được sử dụng với một số loại thiết bị y tế lâu bền (như máy xông khí dung hoặc thiết bị bơm truyền dịch bên ngoài)
- Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để sử dụng tại nhà
- Một số loại thuốc quý vị nhận được trong môi trường ngoại trú của bệnh viện (trong những trường hợp rất hạn chế)
- Hầu hết các loại thuốc lọc máu và các sản phẩm sinh học (trang 44)

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

Đối với một số loại thuốc được sử dụng với thiết bị bơm truyền dịch bên ngoài và Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để sử dụng tại nhà, Medicare cũng có thể đài thọ cho các dịch vụ (như thăm khám điều dưỡng) theo quyền lợi liệu pháp tiêm truyền tại nhà và quyền lợi Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch (trang 44). Phần B cũng đài thọ cho một số loại thuốc tiêm truyền hoặc cấy ghép để điều trị rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện khi nhà cung cấp dịch vụ cung cấp các loại thuốc này tại phòng khám bác sĩ hoặc trong bệnh viện ngoại trú. Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các loại thuốc này. **Khoản khấu trừ** Phần B sẽ được áp dụng. Quý vị sẽ không phải chi trả bất kỳ khoản **đồng thanh toán** nào cho các dịch vụ này nếu quý vị nhận dịch vụ từ Chương trình Điều trị Opioid được Medicare ghi danh (trang 47).

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

Quan trọng! Khoản đồng bảo hiểm của quý vị có thể thay đổi tùy thuộc vào giá thuốc theo toa của quý vị. Quý vị có thể phải trả khoản đồng bảo hiểm thấp hơn đối với một số loại thuốc và chất sinh học được đài thọ theo Phần B khi quý vị nhận thuốc tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà thuốc, hoặc tại bệnh viện ngoại trú, nếu giá của các loại thuốc này tăng cao hơn tỷ lệ lạm phát. Các loại thuốc cụ thể và khoản tiền tiết kiệm tiềm năng thay đổi theo từng quý.

Nếu các loại thuốc Phần B được đài thọ mà quý vị nhận được tại một cơ sở ngoại trú của bệnh viện nằm trong các dịch vụ ngoại trú của quý vị, thì quý vị sẽ trả một khoản đồng thanh toán cho các dịch vụ này. Phần B không đài thọ “thuốc tự cho dùng” trong môi trường ngoại trú của bệnh viện. “Thuốc tự cho dùng” là các loại thuốc mà quý vị thường tự uống.

Số tiền quý vị phải chi trả cho các loại thuốc tự cho dùng trong môi trường 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 thuộc 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 đài thọ cho các loại thuốc mà Phần B có thể không đài thọ. Liên hệ với chương trình thuốc của quý vị để tìm hiểu số tiền quý vị phải trả khi Phần B không đài thọ cho các loại thuốc quý vị nhận được trong môi trường ngoại trú của bệnh viện.

Thiết bị y tế lâu bền (DME)

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

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

Sàng lọc điện tâm đồ (EKG hoặc ECG)

Medicare đòi hỏi cho việc khám sàng lọc điện tâm đồ (EKG/ECG) định kỳ nếu quý vị được bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác **giới thiệu** trong buổi khám “Chào mừng đến với Medicare” một lần (trang 54). Sau khi quý vị đáp ứng **khoản khấu trừ** của Phần B, quý vị sẽ phải trả 20% **số tiền Medicare phê duyệt**. Medicare cũng đòi hỏi cho các xét nghiệm EKG hay ECG như các xét nghiệm chẩn đoán (trang 52). Quý vị cũng sẽ trả một khoản **đồng thanh toán** nếu quý vị làm xét nghiệm tại bệnh viện hoặc phòng khám thuộc sở hữu của bệnh viện.

Các dịch vụ khoa cấp cứu

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

Thăm khám điện tử E-visit

Medicare đòi hỏi cho các lần Thăm khám điện tử E-visit để quý vị có thể nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của mình bằng cách sử dụng cổng thông tin bệnh nhân trực tuyến mà không cần đến phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ. Các nhà cung cấp dịch vụ có thể cung cấp các dịch vụ này bao gồm bác sĩ, y tá hành nghề, chuyên gia y tá lâm sàng, trợ lý bác sĩ, chuyên gia vật lý trị liệu, chuyên gia trị liệu vận động, chuyên gia bệnh học về khả năng nói và khi họ chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhân viên xã hội lâm sàng có giấy phép, chuyên gia tâm lý học lâm sàng, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình và cố vấn sức khỏe tâm thần.

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

Mắt kính

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

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

Chích ngừa cúm

Medicare đòi hỏi cho vắc-xin phòng cúm theo mùa (hoặc vắc-xin). Quý vị không phải trả gì cho mũi chích ngừa cúm này nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** cho mũi tiêm này.

Chăm sóc bàn chân

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



Dịch vụ phòng ngừa

Sàng lọc bệnh tăng nhãn áp

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

Khám thính giác & thăng bằng

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

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

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

Các mũi tiêm phòng viêm gan B

Medicare đài thọ cho các mũi tiêm này (hoặc vắc-xin) nếu quý vị có nguy cơ mắc virus viêm gan B ở mức trung bình hoặc cao. Một số yếu tố nguy cơ bao gồm bệnh máu khó đông, Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD, End-Stage Renal Disease), bệnh tiểu đường, sống chung với người mắc Viêm gan B hoặc làm nhân viên y tế thường xuyên tiếp xúc với máu hoặc dịch cơ thể. Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ để tìm hiểu xem liệu quý vị có nguy cơ mắc Viêm gan B ở mức trung bình hoặc cao hay không. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho mũi tiêm nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** cho các mũi tiêm này.



Dịch vụ phòng ngừa

Tầm soát nhiễm vi-rút viêm gan B

Medicare đài thọ cho các xét nghiệm tầm soát nhiễm virus viêm gan B nếu bác sĩ yêu cầu. Medicare cũng đài thọ cho các xét nghiệm tầm soát:

- Hàng năm chỉ khi quý vị tiếp tục có nguy cơ cao và không tiêm phòng Viêm gan B.

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

Tầm soát nhiễm vi-rút viêm gan C

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

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

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

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

Medicare đài thọ cho 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 tăng cao.

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

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

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

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

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

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

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

Các dịch vụ, thiết bị & nguồn tiếp liệu trị liệu truyền dịch tại nhà

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

Dịch vụ và vật tư lọc máu thận

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

Phổ biến kiến thức về bệnh thận

Medicare đài thọ lên tới 6 buổi phổ biến kiến thức về bệnh thận nếu quý vị mắc bệnh thận mãn tính Giai đoạn 4 mà thường sẽ phải lọc máu 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 sẽ phải trả 20% số tiền được Medicare chấp thuận cho mỗi buổi nếu quý vị nhận dịch vụ từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm

Medicare đài thọ cho các xét nghiệm chẩn đoán lâm sàng **cần thiết về mặt y tế** khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu. 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. Quý vị thường không phải trả gì cho các xét nghiệm này.



Dịch vụ phòng ngừa

Tầm soát ung thư phổi

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

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

Trước khi tầm soát ung thư phổi lần đầu, quý vị sẽ cần đặt lịch hẹn với bác sĩ chăm sóc sức khỏe để thảo luận về những lợi ích và nguy cơ của việc tầm soát ung thư phổi để quyết định xem việc tầm soát này có phù hợp với quý vị hay không.

Vật phẩm điều trị ép phù bạch huyết

Nếu quý vị bị chẩn đoán mắc bệnh phù bạch huyết, Medicare có thể chi trả cho quần áo bó sát theo chỉ định (trang bị tiêu chuẩn và tùy chỉnh). Quý vị trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt**. **Khoản khấu trừ Phần B** sẽ được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Chụp quang tuyến vú

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

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

Lưu ý: Medicare chỉ đài thọ cho các lần siêu âm vú cần thiết về mặt y khoa khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu.



Dịch vụ phòng ngừa

Các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế

Medicare đài thọ cho các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế nếu quý vị bị tiểu đường hoặc bệnh thận, hoặc nếu quý vị đã ghép thận trong vòng 36 tháng qua và bác sĩ giới thiệu quý vị đến các dịch vụ này. Chỉ Chuyên gia về Chế độ Ăn uống hoặc chuyên gia dinh dưỡng chuẩn định, những người đáp ứng các yêu cầu nhất định mới có thể cung cấp các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế. Nếu quý vị bị tiểu đường, quý vị cũng có thể đủ điều kiện tham gia chương trình huấn luyện tự kiểm soát bệnh tiểu đường (trang 39). Quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ phòng ngừa liệu pháp dinh dưỡng y tế vì khoản khấu trừ và **đồng bảo hiểm** không được áp dụng.



Dịch vụ phòng ngừa

Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường của Medicare

Nếu quý vị bị tiền tiểu đường và đáp ứng được các yêu cầu về điều kiện hội đủ khác, Medicare sẽ đài thọ cho chương trình thay đổi hành vi sức khỏe một lần trong đời để giúp quý vị phòng ngừa bệnh tiểu đường loại 2. Chương trình bắt đầu với 16 buổi học chính mỗi tuần do các huấn luyện viên hướng dẫn trong một nhóm trong khoảng thời gian 6 tháng. Sau khi quý vị hoàn thành các buổi học chính, quý vị sẽ nhận được 6 buổi theo dõi hàng tháng để giúp quý vị duy trì các thói quen lành mạnh. Quý vị có thể tham gia các buổi trực tiếp, trực tuyến hoặc cả hai.

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

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

Chăm sóc sức khỏe tâm thần (ngoại trú)

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

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được Medicare đài thọ bao gồm:

- Các dịch vụ do các chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình và cố vấn sức khỏe tâm thần cung cấp.
- **Các dịch vụ nhập viện một phần** do 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 các dịch vụ tâm thần ngoại trú thay cho dịch vụ chăm sóc tâm thần nội trú.
- **Các dịch vụ chương trình ngoại trú chuyên sâu** bao gồm chăm sóc tâm thần chuyên sâu, cố vấn và liệu pháp. Các dịch vụ này có thể được cung cấp tại bệnh viện, Trung tâm Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng, Trung tâm Sức khỏe Đủ điều kiện của Liên bang, Phòng khám Sức khỏe Nông thôn và Chương trình Điều trị Opioid (khi các dịch vụ được cung cấp để điều trị tình trạng Rối loạn Sử dụng Opioid).

Nhập viện một phần và các dịch vụ ngoại trú chuyên sâu kéo dài nhiều giờ mỗi ngày hơn so với chăm sóc quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ hoặc nhà trị liệu. Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization).

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

Liệu pháp hành vi béo phì

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

Dịch vụ trị liệu chức năng hoạt động

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

Dịch vụ điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid

Medicare đòi thọ cho các dịch vụ điều trị tình trạng Rối loạn do Sử dụng Opioid trong các Chương trình điều trị Opioid. Các dịch vụ bao gồm thuốc (như methadone, buprenorphine, naltrexone và naloxone), cấp phát và quản lý các loại thuốc đó, tư vấn sử dụng chất gây nghiện, xét nghiệm ma túy, liệu pháp cá nhân và theo nhóm, các hoạt động tiếp nhận, đánh giá định kỳ và các dịch vụ ngoại trú chuyên sâu. Medicare đòi thọ cho các dịch vụ cố vấn, liệu pháp và đánh giá định kỳ trực tiếp và trong một số trường hợp, thực hiện trực tuyến (sử dụng công nghệ truyền thông âm thanh và video như điện thoại hoặc máy tính của quý vị). Medicare cũng đòi thọ cho các dịch vụ được cung cấp thông qua các đơn vị lưu động của Chương trình Điều trị Opioid.

Medicare đòi thọ cho các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác để điều trị tình trạng Rối loạn do Sử dụng Opioid tại phòng khám, bao gồm quản lý, điều phối chăm sóc, liệu pháp tâm lý, hoạt động cố vấn và phân bổ và cấp phát thuốc.

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

Các Chương trình Medicare Advantage cũng phải chi trả cho các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid, nhưng có thể yêu cầu quý vị phải thăm khám với một Chương trình Điều trị Opioid thuộc mạng lưới. Vì các Chương trình Medicare Advantage có thể áp dụng các khoản đồng thanh toán cho các dịch vụ của Chương trình Điều trị Opioid, hãy kiểm tra với chương trình của quý vị để tìm hiểu xem liệu quý vị có phải trả các khoản đồng thanh toán hay không.

Các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện

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



Chi phí & 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)

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

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

Dịch vụ trị liệu thể chất

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



Dịch vụ phòng ngừa

Các mũi tiêm phòng phế cầu khuẩn

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

Dịch vụ quản lý chăm sóc chính

Medicare đòi thọ các dịch vụ dành riêng cho từng bệnh để giúp quý vị kiểm soát một tình trạng bệnh mạn tính phức tạp khiến quý vị có nguy cơ phải nhập viện, suy giảm thể chất hoặc nhận thức hay tử vong. Nếu quý vị mắc một bệnh mạn tính có nguy cơ cao mà quý vị dự đoán sẽ kéo dài ít nhất 3 tháng (chẳng hạn như ung thư và quý vị không được điều trị cho bất kỳ bệnh phức tạp nào khác), Medicare có thể chi trả cho dịch vụ trợ giúp của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để kiểm soát các bệnh đó. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ lên

kế hoạch chăm sóc cụ thể cho mỗi tình trạng bệnh và liên tục theo dõi và điều chỉnh kế hoạch, bao gồm cả các loại thuốc quý vị dùng. **Khoản khấu trừ** và **đồng bảo hiểm** Phần B sẽ áp dụng.

Lưu ý: Medicare cũng có thể đài thọ cho các dịch vụ định hướng tình trạng bệnh tật cho tình trạng bệnh mạn tính có nguy cơ cao của quý vị. Các dịch vụ này có thể giúp quý vị hiểu tình trạng bệnh hoặc chẩn đoán của mình và định hướng hệ thống chăm sóc sức khỏe để tìm dịch vụ chăm sóc và 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

Tầm soát ung thư tuyến tiền liệt

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

Các vật phẩm bộ phận cơ thể giả/chỉnh hình

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

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

Các chương trình về phục hồi chức năng phổi

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

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

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

Dịch vụ Phòng khám Sức khỏe Nông thôn

Các Phòng khám Sức khỏe Nông thôn cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính cũng như **dịch vụ phòng ngừa** ở các khu vực nông thôn và khu vực còn thiếu thốn. Thông thường, quý vị phải trả 20% phí. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Quý vị không phải trả gì cho hầu hết các dịch vụ phòng ngừa.

Ý kiến phẫu thuật thứ hai

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

**Dịch vụ phòng ngừa****Khám sàng lọc và tư vấn bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI)**

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

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

Quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ này nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp**.

Tiêm phòng (hoặc vắc-xin)

Phần B đài thọ cho:

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

Quan trọng! Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) thường đài thọ tất cả các loại vắc-xin khác được khuyến nghị cho người trưởng thành để phòng bệnh (như bệnh zona, uốn ván, bạch hầu, ho gà và virus hợp bào hô hấp (RSV)) miễn phí. Nếu mũi chích ngừa chưa có trong danh sách thuốc của chương trình bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ bảo hiểm hoặc được hoàn tiền. Liên hệ với chương trình bảo hiểm của quý vị để biết chi tiết và trao đổi với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về loại vắc-xin phù hợp với quý vị. Để tìm hiểu thêm về các loại vắc-xin được bảo hiểm, hãy truy cập [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

Dịch vụ bệnh học về ngôn ngữ-nói

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

Các dịch vụ bằng phẫu thuật

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

Telehealth (Khám sức khỏe từ xa)

Medicare đài thọ một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa (telehealth) mà quý vị nhận được từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác ở nơi khác sử dụng công nghệ để trao đổi liên lạc với quý vị theo thời gian thực. Khám sức khỏe từ xa (telehealth) có thể cung cấp nhiều dịch vụ thường diễn ra trực tiếp, bao gồm khám tại phòng khám, liệu pháp tâm lý, cố vấn và một số dịch vụ y tế hoặc chăm sóc sức khỏe khác.

Đến hết ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024, quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa tại bất kỳ địa điểm nào ở Hoa Kỳ, bao gồm cả tại nhà của quý vị. Sau thời gian đó, quý vị phải ở phòng khám hoặc cơ sở y tế ở khu vực nông thôn để nhận được hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể nhận được một số dịch vụ khám sức khỏe từ xa mà **không** cần phải ở vùng nông thôn. Bao gồm:

- Thăm khám Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD) hàng tháng để lọc máu tại nhà
- Các dịch vụ chẩn đoán, đánh giá, hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ cấp cho dù quý vị ở bất cứ đâu, kể cả khi ở trong xe cấp cứu đột quỵ
- Dịch vụ điều trị rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời hoặc để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần, bao gồm cả dịch vụ tại nhà của quý vị
- Dịch vụ sức khỏe hành vi (còn gọi là dịch vụ sức khỏe tâm thần), bao gồm cả dịch vụ tại nhà của quý vị
- Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường
- Trị liệu dinh dưỡng y tế

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



So sánh: Các **Chương trình Medicare Advantage** và một số nhà cung cấp trong **Original Medicare** có thể cung cấp nhiều quyền lợi khám sức khỏe từ xa hơn so với bảo hiểm cơ bản trong Original Medicare. Ví dụ, quý vị có thể nhận được một số dịch vụ từ nhà, bất kể quý vị sống ở đâu. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị trong Original Medicare tham gia **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO, Accountable Care Organization)**, hãy kiểm tra với họ để tìm hiểu những quyền lợi khám sức khỏe từ xa có thể có. Xem trang 110–111 để biết thêm thông tin về ACO.

Xét nghiệm (Không phải xét nghiệm trong phòng xét nghiệm)

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

Nếu quý vị làm xét nghiệm tại bệnh viện với tư cách là bệnh nhân ngoại trú, quý vị cũng phải trả cho bệnh viện một khoản **đồng thanh toán** có thể nhiều hơn 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Trong hầu hết các trường hợp, số tiền này không thể nhiều hơn khoản khấu trừ nằm viện Phần A. Đến mục “Xét nghiệm trong xét nghiệm” ở trang 44 để biết các xét nghiệm khác được Phần B đài thọ.

Dịch vụ quản lý chăm sóc chuyển tiếp

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

Cấy ghép & thuốc ức chế miễn dịch

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

Medicare đài thọ các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu Medicare thanh toán cho ca cấy ghép nội tạng. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm cấy ghép tạng được đài thọ và phải có Phần B tại thời điểm quý vị dùng thuốc ức chế miễn dịch (hoặc đủ điều kiện nhận quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch được mô tả trên trang này). Quý vị sẽ trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt cho các loại thuốc này. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. Nên nhớ, bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) đài thọ cho các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đài thọ.

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

Medicare có thể bảo hiểm phẫu thuật ghép tạng như một dịch vụ nội trú tại bệnh viện theo Phần A. Xem trang 27–28.

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

Quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch

Nếu quý vị chỉ có Medicare vì Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), bảo hiểm Medicare của quý vị (bao gồm cả bảo hiểm thuốc ức chế miễn dịch) sẽ kết thúc sau 36 tháng kể từ lần ghép thận thành công. Medicare cung cấp một quyền lợi giúp quý vị chi trả cho thuốc ức chế miễn dịch sau 36 tháng **nếu quý vị không có một số loại bảo hiểm y tế khác** (như chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm, TRICARE, hoặc **Medicaid** đài thọ cho thuốc ức chế miễn dịch). **Quyền lợi này chỉ đài thọ cho thuốc ức chế miễn dịch của quý vị và không đài thọ cho các vật phẩm hoặc dịch vụ nào khác. Quyền lợi này không thay cho bảo hiểm y tế toàn diện. Quý vị có thể đăng ký quyền lợi này bất kỳ lúc nào sau khi bảo hiểm Medicare Phần A của quý vị kết thúc, miễn là quý vị đã có Medicare do ESRD tại thời điểm thực hiện ghép thận.** Để đăng ký, gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-877-465-0355. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-325-0788.

Quý vị sẽ phải trả số tiền **phí bảo hiểm** hàng tháng là \$103 (hoặc cao hơn dựa trên thu nhập của quý vị) và khoản khấu trừ \$240 cho quyền lợi thuốc ức chế miễn dịch này trong năm 2024. Khi quý vị đã đáp ứng khoản khấu trừ, quý vị sẽ phải trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các loại thuốc ức chế miễn dịch. Nếu quý vị có thu nhập và tài sản hạn chế, quý vị có thể được tiểu bang hỗ trợ để thanh toán cho quyền lợi này. Xem trang 94, hoặc truy cập [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) để tìm hiểu thêm.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để biết số tiền phí bảo hiểm năm 2025.

Du lịch

Medicare thường không đòi hỏi cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị du lịch bên ngoài Hoa Kỳ ("Hoa Kỳ" bao gồm 50 tiểu bang, District of Columbia, Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana, và Samoa thuộc Mỹ). Có một số trường hợp ngoại lệ. 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 cho việc vận chuyển cứu thương **cần thiết về mặt y tế** đến bệnh viện nước ngoài chỉ khi việc nhập viện là để thực hiện các dịch vụ nội trú được đòi hỏi và cần thiết về mặt y tế. Quý vị trả 20% số tiền được Medicare phê duyệt. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng.

Chăm sóc cần thiết khẩn cấp

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

Hỏi đáp từ xa (Virtual check-ins)

Medicare đòi hỏi cho các buổi thăm khám trực tuyến với bác sĩ của quý vị hoặc một số nhà cung cấp dịch vụ khác. Các buổi thăm khám trực tuyến cho phép quý vị trao đổi liên lạc ngắn gọn với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình không cần đến văn phòng của bác sĩ bằng công nghệ truyền thông âm thanh hoặc video như điện thoại hoặc máy tính. Bác sĩ của quý vị cũng có thể tiến hành đánh giá từ xa bằng cách sử dụng hình ảnh hoặc video mà quý vị gửi để đánh giá xác định liệu quý vị có cần đến phòng khám bác sĩ hay không. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị có thể phản hồi quý vị thông qua điện thoại, chuyển phát qua công cụ ảo, tin nhắn văn bản bảo mật, email hoặc cổng thông tin bệnh nhân.

Khám trực tuyến khác với khám sức khỏe từ xa vì các buổi thăm khám này thường kéo dài 10 phút hoặc ít hơn và không được thực hiện theo thời gian thực.

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

- Quý vị đã nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của mình về việc bắt đầu thực hiện các loại hình thăm khám này.
- Quý vị phải xác nhận đồng ý bằng lời đối với việc hỏi đáp từ xa, và bác sĩ sẽ ghi lại ý kiến đồng ý của quý vị vào hồ sơ y tế. Xác nhận đồng ý sẽ được gửi cho bác sĩ của quý vị cho mỗi năm thực hiện các dịch vụ này.
- Việc hỏi đáp từ xa không được liên quan đến buổi thăm khám y tế quý vị đã thực hiện trong vòng 7 ngày qua và không được dẫn đến việc thăm khám y tế trong vòng 24 giờ tới (hoặc cuộc hẹn sớm nhất có sẵn).



So sánh: Quý vị sẽ trả 20% **số tiền được Medicare phê duyệt** cho các dịch vụ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Khoản khấu trừ Phần B sẽ được áp dụng. **Các Chương trình Medicare Advantage** có thể cung cấp nhiều dịch vụ khám trực tuyến hơn so với **Original Medicare**. Hãy hỏi lại chương trình của quý vị để biết những dịch vụ họ cung cấp.



Dịch vụ phòng ngừa

“Khám phòng ngừa “Chào Mừng Đến với Medicare”

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

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

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

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



Dịch vụ phòng ngừa

Thăm khám “Sức khỏe” hàng năm

Nếu quý vị đã tham gia Phần B trong hơn 12 tháng, quý vị có thể được khám “Sức khỏe” hàng năm. **Khám “Sức khỏe” hàng năm không phải là khám sức khỏe tổng quát**—mà là khám nhằm mục đích xây dựng hoặc cập nhật kế hoạch cá nhân của quý vị nhằm phòng ngừa bệnh hoặc khuyết tật dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại và các yếu tố nguy cơ của quý vị. Medicare đòi thọ cho buổi khám này 12 tháng một lần.

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, được gọi là “Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe”, như một phần của buổi thăm khám này. Buổi thăm khám của quý vị cũng có thể bao gồm các hoạt động đo định kỳ, tư vấn sức khỏe, đánh giá tiền sử y tế và gia đình của quý vị, xem xét các toa thuốc hiện tại của quý vị, lập kế hoạch chăm sóc trước và nhiều hơn nữa.

Mới!

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cũng có thể sử dụng bảng câu hỏi để hiểu hơn về nhu cầu xã hội của quý vị và giới thiệu quý vị đến với các dịch vụ và hỗ trợ phù hợp. Đây được gọi là “các yếu tố xã hội quyết định đánh giá nguy cơ sức khỏe” và miễn phí khi quý vị nhận được bảng câu hỏi này như một phần của buổi khám “Sức khỏe” hàng năm của quý vị. Để biết thêm thông tin, truy cập [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).

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

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 tình trạng rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện và giới thiệu điều trị, nếu cần. Nếu quý vị có đơn thuốc opioid, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ xem xét kế hoạch điều trị cơn đau của quý vị, chia sẻ những thông tin về lựa chọn điều trị không dùng opioid, giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa nếu thích hợp.

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

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

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

Những gì KHÔNG được Phần A và Phần B đòi hỏi?

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

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

Một số vật phẩm và dịch vụ mà Original Medicare không đòi hỏi gồm có:

- ✘ Khám mắt (để kê toa kính mắt)
- ✘ Cơ sở chăm sóc dài hạn
- ✘ Giải phẫu thẩm mỹ
- ✘ Trị liệu xoa bóp

- ✘ Khám sức khỏe định kỳ.
- ✘ Thiết bị trợ thính và các buổi khám để lắp chúng
- ✘ Dịch vụ chăm sóc đặc biệt - Concierge care (còn được gọi là y khoa chăm sóc đặc biệt, y khoa theo phí trả trước, y khoa boutique, dịch vụ bạch kim hoặc chăm sóc trực tiếp)
- ✘ Các vật phẩm hoặc dịch vụ được đòi thọ mà quý vị nhận được từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác đã chọn không tham gia chương trình Medicare (trừ trường hợp cấp cứu hoặc nhu cầu khẩn cấp). Xem trang 60.
- ✘ Hầu hết các dịch vụ chăm sóc nha khoa: Trong hầu hết các trường hợp, Medicare gốc không đòi thọ cho các dịch vụ nha khoa như làm sạch định kỳ, trám răng, nhổ răng hoặc các vật phẩm như răng giả. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, Original Medicare có thể đòi thọ cho một số dịch vụ nha khoa có liên quan chặt chẽ đến một số dịch vụ được đòi thọ như:
 - Sửa chữa hoặc thay thế van tim.
 - Ghép tạng.
 - Các phương pháp điều trị liên quan đến ung thư.

Việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn

Medicare và hầu hết các bảo hiểm y tế, bao gồm Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap), không thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc dài hạn phi y tế (xem trang 43 để biết về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà). Điều này bao gồm hỗ trợ chăm sóc cá nhân, như trợ giúp trong các hoạt động hàng ngày, bao gồm thay quần áo, tắm và sử dụng phòng tắm. Các dịch vụ chăm sóc dài hạn phi y tế cũng có thể bao gồm các bữa ăn giao tận nhà, chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn, các dịch vụ tại nhà và cộng đồng và các dịch vụ khác. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc này thông qua **Medicaid**, hoặc quý vị có thể chọn mua bảo hiểm chăm sóc dài hạn tư nhân.

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

Các nguồn trợ giúp về dịch vụ chăm sóc dài hạn

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

- Truy cập [longtermcare.acl.gov](https://www.longtermcare.acl.gov) để tìm hiểu thêm về việc lập kế hoạch chăm sóc dài hạn.
- Truy cập công cụ Tìm Kiếm Thông Tin Chăm Sóc Tuổi Già (Eldercare Locator) tại [eldercare.acl.gov](https://www.eldercare.acl.gov), hoặc gọi số 1-800-677-1116 để tìm kiếm sự giúp đỡ trong cộng đồng của quý vị.
- Gọi cho Văn phòng Thanh tra Chăm sóc Dài hạn hoặc truy cập [ltombudsman.org](https://www.ltombudsman.org) để được trợ giúp về các dịch vụ quý vị cần, cập nhật thông tin về các quyền của quý vị và tìm chương trình Thanh tra gần quý vị.
- Gọi cho văn phòng Hỗ trợ Y tế của Tiểu bang (Medicaid) hoặc truy cập [Medicaid.gov](https://www.Medicaid.gov) và yêu cầu thông tin về bảo hiểm chăm sóc dài hạn.
- Gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.
- Gọi cho Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị để biết thông tin về bảo hiểm chăm sóc dài hạn. Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.
- Nhận một bản sao của “Hướng dẫn dành cho Người mua Bảo hiểm Chăm sóc Dài hạn” từ Hiệp hội các Ủy viên Bảo hiểm Quốc gia tại [content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf](https://www.content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf).

Mục 3:

Original Medicare

Original Medicare hoạt động như thế nào?

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

Thông thường, quý vị phải trả một phần chi phí cho mỗi dịch vụ mà Original Medicare đài thọ. Không có giới hạn đối với số tiền tự trả của quý vị trong một năm trừ khi quý vị có chương trình bảo hiểm khác (như **Medigap**, **Medicaid**, bảo hiểm 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 hay bệnh viện nào không?	Đa số trường hợp là có. Quý vị có thể đến gặp bất kỳ bác sĩ nào đã đăng ký Medicare, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện hoặc cơ sở khác chấp nhận bệnh nhân Medicare ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ. Truy cập Medicare.gov/care-compare để tìm và so sánh các nhà cung cấp, bệnh viện và cơ sở trong khu vực của quý vị.
Chương trình có đài thọ cho thuốc kê toa không?	Medicare Phần B không đài thọ cho hầu hết các loại thuốc. Nhưng có một số trường hợp ngoại lệ như các loại thuốc ức chế miễn dịch (trang 52) hoặc các loại thuốc để kiểm soát cơn đau và triệu chứng cho dịch vụ chăm sóc cuối đời (các trang 26–27). Phần B cũng có thể đài thọ cho các loại thuốc truyền tiêm và tiêm được cung cấp tại phòng khám bác sĩ và insulin được sử dụng với bơm truyền thống. Xem các trang 39, 44, và 47. Quý vị có thể thêm bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) bằng cách tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt. Xem trang 79-90.
Tôi có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính không?	Không.
Tôi có cần được giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa không?	Đa số trường hợp là không.

<p>Tôi nên mua thêm hợp đồng bảo hiểm bổ sung không?</p>	<p>Quý vị có thể đã có bảo hiểm Medicaid, bảo hiểm chủ lao động, người nghỉ hưu, công đoàn, các chương trình này có thể giúp chi trả cho các chi phí mà Original Medicare không đài thọ. Nếu không, quý vị nên mua một hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap) nếu quý vị đủ điều kiện. Xem trang 75-78. Quý vị cũng có thể kiểm tra với văn phòng Hỗ trợ Y tế Tiểu bang (Medicaid) của quý vị để xem liệu quý vị có đủ điều kiện để nhận Medicaid không.</p>
<p>Tôi còn cần biết thêm điều gì khác về Original Medicare?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Thông thường, quý vị sẽ phải trả một số tiền cố định cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình (khoản khấu trừ) trước khi Medicare chi trả phần chia sẽ chi phí của họ. Sau khi Medicare chi trả phần chia sẽ chi phí của họ, quý vị sẽ phải trả một khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho các dịch vụ và vật tư được đài thọ. Không có hạn mức hàng năm cho số tiền tự trả của quý vị trừ khi quý vị có chương trình bảo hiểm khác (như Medigap, Medicaid, hoặc bảo hiểm của chủ lao động, người nghỉ hưu, hoặc công đoàn). • Quý vị thường trả phí bảo hiểm hàng tháng cho Phần B. Phí bảo hiểm này có thể thay đổi theo từng năm. • Thông thường, quý vị không cần phải nộp các yêu cầu thanh toán Medicare. Các nhà cung cấp dịch vụ và cung cấp thiết bị sẽ phải nộp yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ và vật tư được đài thọ mà quý vị nhận được.

Tôi phải trả những gì?

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

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

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

Nếu quý vị có Original Medicare, quý vị sẽ nhận được “Thông báo Tóm tắt của Medicare” (MSN) trong đó liệt kê tất cả các dịch vụ đã được lập hóa đơn cho Medicare. MSN không phải là một hóa đơn. Thông báo cho biết Medicare đã chi trả cho những dịch vụ nào và những khoản nào mà quý vị có thể đang nợ nhà cung cấp dịch vụ. Hãy xem lại các thông báo MSN của mình để chắc chắn rằng quý vị đã nhận được tất cả các dịch vụ, vật tư, hoặc thiết bị được liệt kê. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Medicare về việc không đài thọ cho một dịch vụ nào đó, thì thông báo MSN sẽ cho quý vị biết cách để kháng nghị. Hãy xem trang 99 để biết thông tin về cách nộp đơn kháng nghị.

Mới!

Sắp tới, quý vị sẽ nhận được thông báo này qua thư mỗi 4 tháng trừ khi quý vị đã đăng ký nhận thông báo điện tử.

Nếu quý vị cần thay đổi địa chỉ của mình trên MSN, truy cập [SSA.gov/mycontact](https://www.ssa.gov/mycontact). Nếu quý vị đang nhận trợ cấp của Ban Huu trí Ngành đường sắt (RRB), hãy gọi cho RRB theo số 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi 1-312-751-4701.

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

Quan trọng! Nhận Tóm Tắt Thông Báo Medicare điện tử

Nhận "Tóm Tắt Thông Báo Medicare" điện tử. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Nếu quý vị đăng ký MSNs điện tử, chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị mỗi tháng khi các thông báo này có sẵn trong tài khoản Medicare trực tuyến của quý vị, thay vì các bản sao bằng giấy qua thư. Tính đến đầu năm 2024, những người đăng ký MSNs điện tử đã giúp Chương trình Medicare tiết kiệm gần \$35 triệu.

Quý vị có nhiều lựa chọn cho cách nhận thông tin yêu cầu thanh toán bảo hiểm Medicare của mình:

- Quý vị có thể kiểm tra MSN về thông tin yêu cầu bồi thường.
- Quý vị có thể tiếp cận yêu cầu bồi thường trong tài khoản của [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) và chia sẻ thông tin này với các bác sĩ, nhà thuốc, và những người khác bằng cách truy cập vào mục 'Kiểm tra yêu cầu bồi thường của tôi.'
- Quý vị có thể tiếp cận yêu cầu bồi thường của mình thông qua các ứng dụng được kết nối của Medicare. Các 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 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 phải 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. Luôn có thể lựa chọn nếu quý vị muốn kết nối (hoặc duy trì kết nối) với ứng dụng của bên thứ ba. Xem trang 109.

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

Thỏa thuận chi trả trực tiếp 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 phê duyệt** là phần thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được bảo hiểm. Phần lớn các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ, và nhà cung cấp thiết bị chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp, nhưng hãy luôn kiểm tra để đảm bảo rằng các nhà cung cấp của quý vị vẫn thực hiện.

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

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

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

- **Quý vị có thể phải trả toàn bộ phí tại thời điểm sử dụng dịch vụ.** Bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ, hoặc nhà cung cấp thiết bị của quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán cho Medicare cho bất kỳ dịch vụ nào được Medicare đài thọ mà họ đã cung cấp cho quý vị. Nếu họ không gửi yêu cầu thanh toán Medicare sau khi quý vị yêu cầu họ làm vậy, hãy gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- **Họ có thể tính phí quý vị nhiều hơn số tiền được Medicare phê duyệt. Trong nhiều trường hợp, chi phí không thể cao hơn 15% so với số tiền được Medicare chấp thuận cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không tham gia. Số tiền này được gọi là “phí hạn chế.”**



So sánh: Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị cũng có thể sử dụng bất cứ nhà cung cấp dịch vụ nào quý vị muốn để có Medicare, bất cứ đâu ở Hoa Kỳ. Nếu quý vị đang tham gia **Chương trình Medicare Advantage**, trong hầu hết trường hợp, quý vị sẽ cần các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của chương trình.

Tìm hiểu về những người chấp nhận thỏa thuận chi trả trực tiếp hoặc tham gia Medicare:

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

Tìm hiểu xem liệu 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 điện cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của mình để nhận được trợ giúp miễn phí về các chủ đề này. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

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

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

Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không tham gia chương trình phải làm như vậy trong 2 năm, và lựa chọn tự động gia hạn mỗi 2 năm một lần trừ khi nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu không gia hạn trạng thái không tham gia của họ nữa.

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

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

Mục 4:

Các Chương trình Medicare Advantage & các tùy chọn khác

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 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 đều có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D). Trong nhiều trường hợp, quý vị sẽ cần phải sử dụng những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của chương trình. Các chương trình này hạn chế số tiền quý vị phải tự chi trả hàng năm cho các dịch vụ được đài thọ theo Phần A và Phần B. Một số chương trình cung cấp bảo hiểm không khẩn cấp ngoài mạng lưới, nhưng thường có chi phí cao hơn. Với các dịch vụ hoặc thuốc nhất định, quý vị có thể cần được phê duyệt (cũng được gọi là giấy cho phép trước), từ chương trình của quý vị trước khi đài thọ. Trong một số trường hợp, quý vị có thể cần được giới thiệu để gặp bác sĩ chuyên khoa.

Hãy nhớ rằng, quý vị phải sử dụng thẻ từ Chương trình Medicare Advantage để nhận các dịch vụ được 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 đến sau này.

Nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị vẫn sẽ có bảo hiểm Medicare nhưng quý vị sẽ nhận hầu hết bảo hiểm của Phần A và Phần B, không phải **Original Medicare**.

Có những loại hình Chương trình Medicare Advantage nào?

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

Các Chương trình Medicare Advantage đòi hỏi 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. Các quyền lợi của Chương trình Medicare Advantage không bao gồm dịch vụ chăm sóc cuối đời và các chi phí thử nghiệm lâm sàng. Nhưng nếu quý vị đang tham gia Chương trình Medicare Advantage, Original Medicare vẫn sẽ giúp đòi hỏi các chi phí cho dịch vụ chăm sóc cuối đời và một số chi phí cho các nghiên cứu lâm sàng, và các quyền lợi trong luật hoặc các quyết định trong hợp đồng của Medicare mà chương trình không đòi hỏi. Chương trình có thể chọn không chi trả các chi phí cho các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế theo Medicare. Trong một số trường hợp, khi Medicare chưa thiết lập tiêu chí bảo hiểm, các chương trình cũng có thể sử dụng tiêu chí bảo hiểm riêng để xác định xem một số dịch vụ nhất định có cần thiết về mặt y tế hay không. Nếu quý vị không chắc về việc liệu một dịch vụ có được đòi hỏi hay không, hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ trước khi nhận dịch vụ. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của bảo hiểm, quý vị có thể kháng nghị (các trang 97–100).

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

Với **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có thể được bảo hiểm cho những thứ mà **Original Medicare** không đòi hỏi, 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). Một số chương trình cũng có thể lựa chọn đòi hỏi cho các quyền lợi khác, như chi phí vận chuyển đến phòng khám bác sĩ, các loại thuốc không kê toa mà Phần D không đòi hỏi, và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Hãy trao đổi với chương trình trước khi tham gia để tìm hiểu về những lợi ích mà chương trình cung cấp, số tiền chương trình sẽ trả, và liệu có hạn chế gì hay không.

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

Tận dụng tối đa các quyền lợi nha khoa

Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Medicare Advantage, hãy tự chăm sóc sức khỏe răng miệng của mình. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết các dịch vụ nha khoa được đòi hỏi và những hạn chế có thể áp dụng.

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

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

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

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

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

Chương trình cũng sẽ:

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

Đọc kỹ thông báo để biết về bất kỳ thay đổi nào và có thể thay đổi chương trình nếu quý vị không hài lòng, trong thời gian Ghi danh mở hoặc Thời gian Ghi danh Đặc biệt, nếu quý vị hội đủ điều kiện.

Khi nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không thể đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị, thì chương trình của quý vị phải giúp quý vị nhận được bất kỳ dịch vụ **cần thiết về mặt y tế** nào được đài thọ bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp (theo mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới).



So sánh: Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị không cần **giới thiệu** để được khám bác sĩ chuyên khoa trong hầu hết các trường hợp (trang 57), và quý vị thường không cần phê duyệt trước để được sử dụng các dịch vụ được đài thọ.

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

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

- **Thông báo Thay đổi Hàng năm:** Bao gồm mọi thay đổi về bảo hiểm, chi phí, và nhiều thông tin hơn nữa sẽ có hiệu lực vào Tháng Một. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một bản in vào ngày 30 Tháng Chín.
- **Chứng Từ Bảo Hiểm:** Cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về những gì chương trình chi trả, số tiền quý vị phải trả và nhiều nội dung hơn nữa trong năm tới. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo (hoặc bản sao được in) vào ngày 15 Tháng Mười. Thông báo bao gồm thông tin và cách thức nhận thông báo 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 phiên bản điện tử của sổ tay “Medicare & You” tại [Medicare.gov/go-digital](https://www.medicare.gov/go-digital) vì quý vị sẽ nhận được thông tin về chi phí và bảo hiểm từ chương trình của mình.

Tôi cần biết những gì về các 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.

Tham gia và rời khỏi chương trình

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

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

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

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)

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

Trong trường hợp này, quý vị sẽ cần sử dụng bảo hiểm thuốc kê toa khác mà quý vị có (chẳng hạn như bảo hiểm của chủ lao động hoặc người nghỉ hưu), hoặc không sử dụng bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị quyết định không tham gia bảo hiểm thuốc Medicare khi đủ điều kiện lần đầu tiên và bảo hiểm thuốc khác của quý vị không phải là **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín**, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ (các trang 83–85) nếu tham gia chương trình Phần D sau này.

Nếu tôi có bảo hiểm khác thì sao?

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

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

Quan trọng! Nếu quý vị đã có **Medigap** và tham gia vào một **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị nên bỏ chương trình Medigap của mình. **Hãy nhớ rằng, nếu quý vị hủy Medigap để tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể không được nhận lại hợp đồng Medigap tùy thuộc vào quy định ghi danh Medigap của tiểu bang và tình hình của quý vị.** Để tìm hiểu thêm các chi tiết về việc hủy hợp đồng Medigap 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 chuyển lại **Original Medicare**. Quý vị không thể sử dụng Medigap để trả các khoản **đồng thanh toán**, các **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 việc:

- Chương trình có tính phí bảo hiểm hàng tháng hay không. Một số Chương trình Medicare Advantage có \$0 phí bảo hiểm (nhưng quý vị có thể vẫn trả phí bảo hiểm Phần B). Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình có tính phí bảo hiểm, quý vị phải trả khoản này ngoài phí bảo hiểm Phần B (và phí bảo hiểm Phần A nếu quý vị không có Phần A miễn phí bảo hiểm).
- Liệu chương trình có trả bất kỳ khoản phí bảo hiểm Phần B nào hàng tháng của quý vị hay không. Một số Chương trình Medicare Advantage sẽ giúp chi trả toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quyền lợi này đôi khi được gọi là “giảm phí bảo hiểm Medicare Phần B”.
- Chương trình có khoản khấu trừ hàng năm hoặc bất kỳ khoản khấu trừ bổ sung nào cho các dịch vụ nhất định hay không.
- Số tiền quý vị phải trả cho mỗi lần thăm khám hoặc dịch vụ, như các khoản đồng thanh toán hoặc **đồng bảo hiểm**. Các Chương trình Medicare Advantage không được tính phí nhiều hơn Original Medicare cho một số dịch vụ nhất định, như hóa trị liệu, lọc máu, và các ngày 21-100 của chăm sóc tại **cơ sở điều dưỡng chuyên môn**.
- Loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần và mức độ thường xuyên mà quý vị sử dụng dịch vụ đó.
- Quý vị nhận được dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hay nhà cung cấp dịch vụ không ký hợp đồng với chương trình. Nếu quý vị đến một bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở điều trị, hoặc nhà cung cấp thiết bị không thuộc mạng lưới của chương trình để nhận các dịch vụ chăm sóc phi cấp cứu hoặc không khẩn cấp, thì chương trình của quý vị có thể sẽ không đài thọ cho các dịch vụ của quý vị, hoặc mức chi phí quý vị phải trả có thể cao hơn.
- Quý vị có thăm khám với bác sĩ hay nhà cung cấp thiết bị chấp nhận **thỏa thuận chi trả trực tiếp** hay không (nếu quý vị đang tham gia chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên hoặc Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân, hoặc chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế và không thuộc mạng lưới chương trình). Xem các trang 59-60 để biết thêm thông tin về thỏa thuận chi trả trực tiếp.
- Chương trình có cung cấp các quyền lợi bổ sung khác hay không (ngoài các quyền lợi Original Medicare) và quý vị có cần phải thanh toán thêm để nhận các quyền lợi đó hay không.
- Hạn mức hàng năm của chương trình đối với các chi phí tự trả của quý vị cho tất cả các dịch vụ được Phần A và Phần B đài thọ. Sau khi đạt hạn mức này, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ mà Phần A và Phần B đài thọ.
- Quý vị có **Medicaid** hay nhận hỗ trợ từ tiểu bang của mình thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare hay không. Xem trang 91-92.

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

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

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

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

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

Các Loại hình Chương trình Medicare Advantage

HMO

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

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

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

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

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

Đa số trường hợp là có.

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

Đa số trường hợp là có. Các dịch vụ nhất định, như chụp quang tuyến vú hàng năm, không yêu cầu được giới thiệu.

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

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

MSA**Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA)****Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?**

Có. 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 đòi hỏi 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.

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

Không.

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

Không.

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

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

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

PPO

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

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

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

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

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

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

Không.

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

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

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

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

PFFS**Các chương trình Dịch vụ có trả phí Tư nhân (PFFS)****Tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay bệnh viện nào không?**

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

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

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

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

Không.

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

Không.

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

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

SNP **Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP)**

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

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

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

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

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

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

Một số chương trình SNP yêu cầu các bác sĩ chăm sóc chính và một số thì không. Trao đổi với chương trình để tìm hiểu xem liệu quý vị có cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính hay không.

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

Một số chương trình SNP yêu cầu được giới thiệu và một số thì không. Các dịch vụ nhất định, như chụp quang tuyến vú hàng năm, không cần giới thiệu. Trao đổi với chương trình để tìm hiểu liệu quý vị có cần được giới thiệu hay không.

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

- Những nhóm hội đủ điều kiện, nhưng không được yêu cầu, để ghi danh vào một chương trình SNP:
 - **SNP với điều kiện hội đủ kép (D-SNP):** Những người 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 có thể cung cấp các dịch vụ của Medicaid ngoài các dịch vụ của Medicare. Gọi điện Văn Phòng Trợ Cấp Y Tế Tiểu Bang (Medicaid) để xác minh xem quý vị có đủ điều kiện hưởng Medicaid hay không.
 - **Bệnh mạn tính SNP (C-SNP)** Những người mắc các bệnh mạn tính nghiêm trọng hoặc gây tàn tật nhất định (như bệnh tiểu đường, Bệnh thận Giai đoạn Cuối (ESRD), HIV/AIDS, suy tim mạn tính, hoặc sa sút trí tuệ). Các chương trình có thể giới hạn thêm tư cách thành viên ở mức chỉ có một bệnh mạn tính đơn lẻ hoặc một nhóm các bệnh mạn tính liên quan.
 - **SNP Tổ chức (I-SNP):** Những người sống trong các cơ sở nhất định (như viện dưỡng lão) hoặc những người sống bên ngoài nhưng cần được chăm sóc điều dưỡng tại nhà ở mức độ cao.
- Để tìm và so sánh SNP hoặc các **Chương trình Medicare Advantage** khác trong khu vực, truy cập:

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

Lọc kết quả tìm kiếm theo “Chương trình nhu cầu đặc biệt” để tìm hiểu xem có SNP nào khả dụng ở khu vực của quý vị hay không. Hãy liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin.

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

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

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

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

Lưu ý: Nhìn chung, khi quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị phải duy trì chương trình đó trong suốt thời gian còn lại của năm, trừ khi quý vị hủy để quay lại Original Medicare trong vòng 12 tháng kể từ ngày tham gia Chương trình Medicare Advantage. Quý vị có thể hủy hoặc thay đổi các Chương trình Medicare Advantage trong Thời gian Ghi danh Mở hoặc Thời gian Ghi danh Mở dành cho Medicare Advantage, hoặc nếu quý vị hội đủ điều kiện cho Thời gian Ghi danh Đặc biệt.

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

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

Chương trình Chi phí Medicare

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

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

Xem [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để tìm hiểu xem liệu Chương trình Chi phí Medicare có trong khu vực của quý vị hay không. Quý vị có thể liên hệ với chương trình mà quý vị quan tâm để biết thêm thông tin. Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị cũng có thể trợ giúp cho quý vị. Xem các trang 114–117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp.

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

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

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

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

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


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

Sự đổi mới của Medicare

Medicare đã xây dựng các mô hình, **thử nghiệm**, và dự án thí điểm mang tính đổi mới để kiểm tra và đo lường tác động của những thay đổi có thể xảy ra trong Medicare. Những dự án này giúp tìm ra những cách mới để kết nối quý vị với dịch vụ chăm sóc dựa trên giá trị, tập trung vào chất lượng chăm sóc tốt hơn, hiệu suất của nhà cung cấp và trải nghiệm của bệnh nhân. Những dự án này cũng có thể bao gồm chi phí thấp hơn và có thể cung cấp cho quý vị các quyền lợi và dịch vụ bổ sung. Các dự án này chỉ hoạt động trong một khoảng thời gian giới hạn và dành cho một nhóm người cụ thể và/hoặc chỉ được cung cấp trong các khu vực cụ thể.

Các ví dụ về mô hình, chương trình minh họa, và các dự án thí điểm hiện có và trong tương lai bao gồm các sáng kiến về chứng mất trí, chăm sóc chính, chăm sóc liên quan đến các thủ thuật cụ thể (như thay khớp háng và đầu gối), chăm sóc ung thư, chăm sóc tại **cơ sở điều dưỡng chuyên môn** hoặc chăm sóc phục hồi chức năng và chăm sóc cho những người mắc bệnh thận mạn tính và Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD). Medicare cũng khám phá những đổi mới thông qua các **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)**.

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

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

Mục 5:

Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)

Medigap hoạt động như thế nào?

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

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

Các bảo hiểm Medigap đã được chuẩn hóa

Medigap phải tuân theo các luật liên bang và tiểu bang được xây dựng để bảo vệ quý vị, và các chương trình này phải được xác định một cách rõ ràng là “Bảo hiểm Bổ sung Medicare”. Các công ty bảo hiểm chỉ có thể bán cho quý vị các chương trình “chuẩn hóa”, được đặt tên theo các chữ cái A–D, F, G và K–N ở hầu hết các tiểu bang. Tất cả các chương trình có cùng chữ cái đều cung cấp các quyền lợi cơ bản giống nhau, bất kể quý vị sinh sống ở đâu hoặc mua hợp đồng bảo hiểm từ công ty bảo hiểm nào. Một số yêu cầu các quyền lợi bổ sung. So sánh các quyền lợi của từng chương trình có chữ cái để tìm được một chương trình phù hợp với quý vị. Ở Massachusetts, Minnesota, và Wisconsin, các hợp đồng Medigap lại được chuẩn hóa theo một cách khác. Tìm hiểu thông tin để tìm hợp đồng Medigap tại khu vực:



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

Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem xét sổ tay “Chọn lựa Hợp đồng Medigap: Hướng dẫn Bảo Hiểm Sức Khỏe cho Người có Medicare”.

Quan trọng! Các chương trình Medigap được bán cho những người mới tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 tháng 1 năm 2020 không được phép đài thọ cho khoản khấu trừ Phần B. Do đó, các Chương trình C và F không còn khả dụng cho những người mới tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 Tháng Một năm 2020. Tuy nhiên, nếu quý vị đã hội đủ điều kiện cho Medicare trước ngày 1 Tháng Một năm 2020, nhưng chưa ghi danh, quý vị có thể mua Chương trình C hoặc Chương trình F. Trong khi những người mới tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 Tháng Một năm 2020 không thể mua các Chương trình C và F, họ có quyền mua các Chương trình D và G (thay vì các Chương trình C và F), cung cấp các quyền lợi tương tự ngoại trừ bảo hiểm cho khoản khấu trừ Phần B.



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

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

Bảng dưới đây cho biết thông tin cơ bản về các quyền lợi khác nhau mà chương trình Bảo hiểm Bổ sung Medicare (**Medigap**) đài thọ cho năm 2024. Nếu xuất hiện con số phần trăm, thì chương trình Medigap sẽ đài thọ cho từng đó phần trăm của quyền lợi này, còn quý vị chịu trách nhiệm chi trả cho phần còn lại.

Quyền lợi	Chương trình Medigap									
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Tiền đồng bảo hiểm và viện phí của Medicare Phần A (tối đa thêm 365 ngày sau khi phúc lợi Medicare được sử dụng)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tiền đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán của Medicare Phần B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
Quyền lợi về máu (3 pint đầu)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Tiền đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho chăm sóc cuối đời Phần A	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn đồng bảo hiểm			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
Khoản khấu trừ Phần A		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
Khoản khấu trừ Phần B			100%		100%					
Phí phụ trội Phần B					100%	100%				
Cấp cứu khi du lịch nước ngoài (tối đa bằng hạn mức chương trình)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
							Hạn mức tự trả năm 2024**			
							\$7,060	\$3,530		

* Các chương trình F và G cũng cung cấp một chương trình có khoản khấu trừ cao ở một số tiểu bang. Với lựa chọn này, quý vị phải trả các chi phí được Medicare đài thọ (tiền đồng bảo hiểm, đồng thanh toán và các khoản khấu trừ) lên tới tổng số tiền khấu trừ là \$2,800 trong năm 2024 trước khi hợp đồng của quý vị chi trả bất cứ thứ gì. (Quý vị không thể mua các Chương trình C và F nếu quý vị mới đủ điều kiện tham gia Medicare vào hoặc sau ngày 1 Tháng Một, 2020. Xem trang 75.)

** Đối với Chương trình K và L, sau khi quý vị đã đạt hạn mức phí tổn xuất túi hàng năm và khoản khấu trừ Phần B hàng năm (\$240 cho năm 2024), thì chương trình Medigap sẽ chi trả 100% các dịch vụ được đài thọ cho thời gian còn lại của năm.

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

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) cho các khoản chi phí trong 2025.

Tôi cần biết thêm điều gì về Medigap?

Trước khi quý vị mua Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (**Medigap**), quý vị thường phải có Phần A và Phần B. Với Medigap, quý vị phải trả **phí bảo hiểm** hàng tháng cho một công ty bảo hiểm tư nhân ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng mà quý vị phải trả cho Medicare. **Nếu quý vị đang cân nhắc về việc mua Medigap, hãy đảm bảo việc so sánh các chương trình. Chi phí có thể thay đổi giữa các chương trình bảo hiểm do các công ty khác nhau cung cấp cho cùng một mức bảo hiểm, và có thể tăng lên khi quý vị già đi. Một số tiểu bang đưa ra mức giới hạn đối với phí bảo hiểm Medigap.** Hợp đồng Medigap chỉ áp dụng cho một người. Vợ/chồng sẽ phải mua bảo hiểm riêng.

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

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 thanh toán 2 khoản phí bảo hiểm riêng biệt. Hãy liên hệ với công ty để biết cách trả các khoản phí bảo hiểm của mình.

Tôi có thể có bảo hiểm thuốc từ cả Medigap và chương trình thuốc Medicare của mình không?

Không. Xem trang 89 để biết thêm thông tin.

Khi nào thì hợp đồng Medigap bắt đầu?

Thông thường, hợp đồng Medigap của quý vị sẽ bắt đầu từ tháng đầu tiên sau khi quý vị đăng ký, nhưng quý vị có thể quyết định thời điểm hợp đồng bắt đầu.

Thời điểm tốt nhất để mua một hợp đồng Medigap là khi nào?

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

Hãy liên hệ với Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị (Đi các trang 114–117 để biết số điện thoại của SHIP tại địa phương của quý vị), hoặc Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị để tìm hiểu thêm về các quyền của quý vị khi mua một hợp đồng bảo hiểm Medigap. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy cũng có thể trợ giúp.

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

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

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

- Nếu quý vị bỏ hợp đồng Medigap để tham gia một Chương trình Medicare Advantage lần đầu tiên, quý vị sẽ có thời gian 12 tháng đơn lẻ (thời gian dùng thử của quý vị) để lấy lại hợp đồng Medigap của quý vị **nếu công ty bảo hiểm đó vẫn bán hợp đồng** sau khi quý vị quay lại Original Medicare. Nếu không có sẵn, quý vị có thể mua hợp đồng Medigap đủ điều kiện từ một công ty bảo hiểm trong tiểu bang của mình (ngoại trừ Các Chương trình M hoặc N). Quý vị cũng có thể có cơ hội ghi danh một Chương trình thuốc Medicare tại thời điểm này.
- Nếu quý vị đã tham gia Chương trình Medicare Advantage khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A ở tuổi 65, quý vị có thể lựa chọn bất kỳ bảo hiểm Medigap nào do công ty bảo hiểm tại tiểu bang của quý vị bán nếu quý vị chuyển sang Chương trình Original Medicare trong vòng năm đầu tiên tham gia Chương trình Medicare Advantage. Quý vị cũng có thể có cơ hội ghi danh một Chương trình thuốc Medicare tại thời điểm này.
- Một số tiểu bang còn cung cấp thêm các quyền đặc biệt bổ sung để mua một hợp đồng Medigap.

Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

- Gọi cho Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị. Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập [Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans) để tìm các hợp đồng bảo hiểm và mức giá của bảo hiểm có trong khu vực của quý vị.
- Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để tiếp cận “Lựa chọn Hợp đồng Medigap: Hướng dẫn Bảo Hiểm Sức Khỏe cho Người có Medicare”.
- Gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Một đại lý hoặc nhà môi giới đáng tin cậy trong khu vực của quý vị cũng có thể trợ giúp.

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

Mục 6:

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D)

Bảo hiểm thuốc Medicare hoạt động như thế nào?

Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) giúp chi trả cho các loại thuốc kê toa của quý vị. Bảo hiểm thuốc Medicare là không bắt buộc và được cung cấp cho tất cả mọi người có bảo hiểm Medicare. Ngay cả khi quý vị không có thuốc kê toa vào thời điểm hiện tại, hãy cân nhắc lấy bảo hiểm thuốc Medicare. Nếu quý vị quyết định không mua nó khi đủ điều kiện lần đầu và quý vị không có **bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín** khác (như bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc công đoàn) hoặc nhận **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**, **quý vị có thể sẽ phải trả một khoản tiền phạt ghi danh trễ nếu quý vị tham gia vào chương trình sau.** Thông thường, quý vị sẽ phải trả khoản tiền phạt này đến chừng nào quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (trang 83–85). Để nhận được bảo hiểm thuốc của Medicare, quý vị phải tham gia một chương trình được Medicare phê duyệt có cung cấp bảo hiểm thuốc. Mỗi chương trình có thể khác nhau về chi phí và các loại thuốc cụ thể được đài thọ. Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để tìm và so sánh các chương trình trong khu vực của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi đến Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) để được trợ giúp so sánh các chương trình. Xem các trang 114–117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị, hoặc truy cập [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).

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

- 1. Các chương trình thuốc Medicare.** Các chương trình này giúp bổ sung bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) cho **Original Medicare**, một số Chương trình Chi phí Medicare, một số chương trình Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân, và Các 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.
- 2. Các Chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác mà có bảo hiểm thuốc.** Quý vị nhận được bảo hiểm thuốc Phần A, Phần B, Medicare (Phần D) của mình 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 trong số các chương trình này 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 hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Các Chương trình thuốc Medicare và các Chương trình sức khỏe Medicare cùng với bảo hiểm thuốc được gọi là “Bảo hiểm thuốc Medicare” trong cuốn sổ tay này.

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

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

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

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

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

Thời gian Ghi danh Đặc biệt

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

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

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), hoặc liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi đến Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) để được trợ giúp. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

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

Quý vị có thể chuyển đổi bảo hiểm thuốc Medicare chỉ bằng cách tham gia một chương trình khác vào một trong những thời điểm được liệt kê ở trang 80. Bảo hiểm thuốc cũ của quý vị sẽ kết thúc khi bảo hiểm thuốc mới của quý vị bắt đầu. Quý vị sẽ nhận được thư từ chương trình mới của mình cho biết khi nào bảo hiểm của quý vị bắt đầu, vì vậy **quý vị không cần phải hủy bỏ chương trình cũ của mình**. Quý vị cũng có thể chuyển đổi chương trình bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tôi cần làm như thế nào để bỏ chương trình?

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

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

Xem các tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” và “Thông báo Thay đổi Hàng năm” mà chương trình gửi cho quý vị mỗi năm. Chứng từ Bảo hiểm cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về những dịch vụ mà chương trình đài thọ, số tiền quý vị phải trả, và các thông tin khác. Thông báo Thay đổi Hàng năm bao gồm 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. Nếu quý vị không nhận được những tài liệu quan trọng này vào đầu mùa thu, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

Tôi phải trả bao nhiêu?

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

Mới!

Bắt đầu từ năm 2025, chi phí thuốc cá nhân của quý vị sẽ được giới hạn ở mức \$2,000. Xem trang 83.

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

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



Chi phí & bảo hiểm: Một số cách để quý vị có thể giảm chi phí các loại thuốc của mình bao gồm chọn thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược hoặc thuốc sinh học tương tự thay vì các sản phẩm sinh học gốc. Quý vị cũng có thể trả tiền mua thuốc mà không cần bảo hiểm (chẳng hạn như sử dụng các chương trình tiết kiệm khi mua thuốc hoặc chiết khấu của nhà sản xuất). Hãy hỏi dược sĩ của quý vị—họ có thể cho quý vị biết nếu có lựa chọn nào rẻ hơn. Trao đổi với bác sĩ của mình để chắc chắn rằng lựa chọn thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự là tốt nhất cho quý vị.

Phí bảo hiểm hàng tháng

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

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

Quan trọng! Nếu quý vị có thu nhập cao hơn, quý vị có thể phải trả nhiều tiền hơn cho bảo hiểm thuốc Medicare của mình (Phần D). Nếu thu nhập của quý vị vượt quá một giới hạn nhất định (trong năm 2024 \$103,000 nếu quý vị kê khai thuế riêng hoặc \$206,000 nếu quý vị đã kết hôn và kê khai thuế chung), quý vị sẽ phải trả thêm một số tiền ngoài khoản phí bảo hiểm của chương trình bảo hiểm (đôi khi được gọi là “Phần D IRMAA”). Quý vị cũng sẽ phải trả số tiền bổ sung này nếu quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc. Điều này không ảnh hưởng đến mọi người, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả số tiền bổ sung này.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) cho các khoản chi phí trong 2025.

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

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

Nếu quý vị phải trả cho IRMAA Phần D và quý vị không đồng ý (chẳng hạn như, quý vị có một hoặc nhiều sự kiện làm thay đổi cuộc sống dẫn đến giảm thu nhập), truy cập [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.SSA.gov/medicare/lower-irmaa).

Khoản khấu trừ hàng năm

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

Đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm

Đây là số tiền quý vị sẽ trả cho các loại thuốc được đòi hỏi của mình sau khi đã trả hết **khoản khấu trừ** (nếu chương trình có khoản khấu trừ). Quý vị trả phần chia sẻ chi phí của mình và chương trình trả phần chia sẻ chi phí của họ cho các loại thuốc được đòi hỏi. Nếu quý vị trả chi phí **đồng bảo hiểm**, số tiền này có thể thay đổi vì các chương trình thuốc và các nhà sản xuất có thể thay đổi mức phí bất kỳ lúc nào trong năm. Số tiền quý vị phải trả cũng sẽ phụ thuộc vào bậc được gán cho thuốc của quý vị. Xem trang 85.

Sau khi quý vị và chương trình chi trả tổng cộng \$5,030 cho các loại thuốc (bao gồm cả khoản khấu trừ) trong năm 2024, thì quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn 25% chi phí cho thuốc kê toa cho đến khi số tiền tự trả của quý vị đạt mức \$8,000.

Giới hạn chi phí thuốc cá nhân

Mới!

Trong năm 2025, chi phí thuốc cá nhân của quý vị sẽ được giới hạn ở mức \$2,000. Khi quý vị đạt mức giới hạn trong năm 2025 (từ số tiền tự trả của quý vị cộng với các chi phí nhất định mà những người hoặc tổ chức khác chi trả, bao gồm chương trình **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** của Medicare) quý vị sẽ không phải trả **đồng thanh toán** hoặc đồng bảo hiểm cho các loại thuốc được chi trả trong Phần D của thời gian còn lại trong năm dương lịch.

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

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

Kế Hoạch Thanh toán Thuốc Theo Toa của Medicare

Mới!

Bắt đầu từ năm 2025, lựa chọn thanh toán mới này phù hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại để giúp quý vị quản lý chi phí thuốc tự trả bằng cách phân bổ các chi phí này trong suốt một năm dương lịch (Tháng Một-Tháng Mười Hai). **Lựa chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý các chi phí, nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc.**

Nếu quý vị chọn tùy chọn thanh toán này, mỗi tháng quý vị sẽ tiếp tục chi trả cho phí bảo hiểm y tế hoặc thuốc (nếu có), **và** quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ chương trình sức khỏe hoặc thuốc để thanh toán cho các thuốc kê toa của mình (thay vì phải trả cho nhà thuốc). Tất cả chương trình đều cung cấp lựa chọn thanh toán này và **việc tham gia là tự nguyện**. Sẽ không mất phí khi tham gia Kế Hoạch Thanh toán Thuốc Theo Toa của Medicare. 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 kiếm lựa chọn thanh toán phù hợp với quý vị.

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

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

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

Có 3 cách để tránh bị phạt:

- 1. Ghi danh vào bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) khi quý vị lần đầu đủ điều kiện.** Ngay cả khi chưa phải dùng thuốc bây giờ, quý vị vẫn nên cân nhắc tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng 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 mà chỉ phải đóng một khoản nhỏ **phí bảo hiểm** hàng tháng hoặc được miễn phí.
- 2. Thêm vào bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) nếu quý vị bị mất bảo hiểm có uy tín khác.** **Bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín** có thể bao gồm bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc công đoàn hiện tại hoặc trước đây, TRICARE, Chương trình Sức khỏe Thổ dân (Indian Health Service), Bộ Cựu chiến binh (Department of Veterans Affairs), hoặc bảo hiểm y tế cá nhân. Mỗi năm, chương trình của quý vị phải báo cho quý vị biết liệu bảo hiểm thuốc không phải Medicare của quý vị có phải là bảo hiểm có uy tín hay không. Nếu trong 63 ngày trở lên liên tiếp mà quý vị không có bảo hiểm thuốc Medicare hoặc bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín khác, thì quý vị có thể sẽ phải trả tiền phạt nếu đăng ký bảo hiểm thuốc Medicare sau đó.
- 3. Giữ hồ sơ cho biết thời điểm quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín, và nói cho chương trình của quý vị biết khi họ hỏi về điều đó.** Nếu quý vị không nói cho chương trình biết về bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín trước đây của mình, quý vị có thể phải trả tiền phạt đến chừng nào quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare.

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

Chi phí cho khoản phạt ghi danh trễ tùy thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín. Hiện tại, khoản tiền phạt ghi danh trễ được tính bằng cách nhân 1% “phí bảo hiểm cơ sở của người thụ hưởng quốc gia” (\$34.70 vào năm 2024) nhân với số tháng đầy đủ, các tháng không được bảo hiểm mà quý vị đủ điều kiện nhưng không có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) và không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác. Số tiền cuối cùng sau đó được làm tròn đến \$.10 gần nhất và được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. “Phí bảo hiểm cơ bản toàn quốc của người thụ hưởng” có thể tăng hoặc giảm mỗi năm. Nếu điều này xảy ra, số tiền phạt mà quý vị phải trả có thể tăng hoặc giảm. Sau khi quý vị ghi danh vào bảo hiểm thuốc Medicare, chương trình sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có nợ tiền phạt hay không, và phí bảo hiểm của quý vị sẽ là bao nhiêu.

Ví dụ:

Bà Martinez hiện đủ điều kiện nhận Medicare, và Thời hạn Ghi danh Ban đầu của bà đã kết thúc vào ngày 31 Tháng Bảy, 2020. Bà không có bảo hiểm thuốc kê toa từ bất kỳ nguồn nào khác. Bà đã không tham gia trước ngày 31 Tháng Bảy, 2020 và thay vào đó, bà đã tham gia trong Thời gian Ghi danh Mở kết thúc vào ngày 7 Tháng Mười Hai, 2022. Bảo hiểm thuốc của bà có hiệu lực từ ngày 1 Tháng Một, 2023.

2023

Vì bà Martinez không có bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín từ Tháng Tám 2020–Tháng Mười Hai 2022, nên tiền phạt của bà trong năm 2023 là 29% (1% mỗi tháng cho 29 tháng) của \$32.74 (phí bảo hiểm cơ bản toàn quốc của người thụ hưởng cho năm 2023) hay \$9.49. Vì số tiền phạt hàng tháng luôn được làm tròn đến \$0.10 gần nhất, nên bà phải trả \$9.50 mỗi tháng ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.

Sau đây là cách tính:

.29 (29% phạt) × **\$32.74** (phí bảo hiểm cơ bản của người thụ hưởng năm 2023) = **\$9.49**

\$9.49 được làm tròn đến \$0.10 gần nhất = **\$9.50**

\$9.50 = Số tiền phạt ghi danh trễ hàng tháng của bà Martinez cho năm 2023

2024

Vào năm 2024, Medicare đã tính toán lại tiền phạt của bà Martinez bằng cách sử dụng **phí bảo hiểm** cơ bản của người thụ hưởng năm 2024 (\$34.70). Vì vậy, tiền phạt hàng tháng mới của bà Martinez vào năm 2024 là 29% của \$34.70, hay \$10.06 mỗi tháng. Vì số tiền phạt hàng tháng luôn được làm tròn đến \$0.10 gần nhất, nên bà phải trả \$10.10 mỗi tháng ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.

Sau đây là cách tính:

.29 (29% phạt) × **\$34.70** (phí bảo hiểm cơ bản của người thụ hưởng năm 2024) = **\$10.06**

\$10.06 được làm tròn đến \$0.10 gần nhất = **\$10.10**

\$10.10 = Số tiền phạt ghi danh trễ hàng tháng của bà Martinez cho năm 2024

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

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

Những loại thuốc nào được đòi hỏi?

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

Lưu ý: Medicare Phần B đòi hỏi cho một số lượng hạn chế thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú. Xem trang 39 để biết thêm thông tin. Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) bao gồm các loại thuốc, như buprenorphine, để điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid. Bảo hiểm này cũng đòi hỏi cho các loại thuốc, như methadone, khi được kê toa để giảm đau (nhưng không đòi hỏi theo Phần D để điều trị Rối loạn Sử dụng Opioid.)

Phần D thường phân loại thuốc theo các mức độ khác nhau gọi là “bậc” trong danh mục thuốc. Thuốc ở mỗi bậc sẽ có chi phí khác nhau. Ví dụ: một loại thuốc ở bậc thấp hơn thường sẽ có chi phí ít hơn so với thuốc ở bậc cao hơn.

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

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

bảo hiểm hoặc đồng thanh toán thấp hơn cho thuốc ở bậc cao hơn. Xem trang 100 để biết thêm thông tin những trường hợp ngoại lệ.

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

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

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

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

- **Cho phép trước:** Giới hạn bảo hiểm một loại thuốc đối với các bệnh nhân đáp ứng các yêu cầu nhất định. Trước khi quý vị có thể mua thuốc theo đơn, người kê đơn phải liên hệ với chương trình của quý vị để chứng minh loại thuốc đó là **cần thiết về mặt y tế** và quý vị phải đáp ứng những yêu cầu nhất định.

Các chương trình cũng có thể sử dụng ủy quyền trước khi họ đòi hỏi cho một loại thuốc chỉ dành cho một số bệnh lý y khoa nhất định mà nó được phê duyệt để điều trị, mà không phải những loại thuốc khác. Khi điều này xảy ra, các chương trình có thể sẽ có các loại thuốc thay thế khác trong danh sách các loại thuốc được đòi hỏi (danh mục thuốc) dành cho các bệnh lý y khoa khác mà thuốc được phê duyệt để điều trị. Liên hệ với chương trình của quý vị hoặc truy cập trang web của chương trình đó để tìm những yêu cầu về giấy cho phép trước.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Các chương trình thuốc Medicare có thể cung cấp chương trình tự động giao thuốc cho phép những người có bảo hiểm Medicare nhận thuốc kê đơn được vận chuyển một cách tự động trước khi hết thuốc. Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Các dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc

Các chương trình có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) phải cung cấp các dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc để hỗ trợ các thành viên nếu họ đáp ứng những yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương trình Quản lý Thuốc (trang 86). Nếu quý vị đủ điều kiện, quý vị có thể nhận được các dịch vụ này miễn phí để giúp quý vị hiểu cách quản lý và sử dụng thuốc an toàn. Các dịch vụ Quản lý Liệu pháp Thuốc thường bao gồm một cuộc trao đổi với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét các loại thuốc của quý vị. Các dịch vụ này có thể khác nhau trong một số chương trình. Liên hệ với chương trình của quý vị để biết thông tin chi tiết và tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện không.

Bảo hiểm Phần D cho insulin

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

Quan trọng! Các chương trình không thể tính phí quý vị nhiều hơn \$35 đối với lượng tiếp liệu đủ dùng trong một tháng cho mỗi sản phẩm được phần D đài thọ insulin quý vị lấy, và không phải trả **khoản khấu trừ** cho insulin đó.

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

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

Medicaid

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

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

Bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn

Đây là bảo hiểm sức khỏe từ chủ lao động hoặc công đoàn hiện tại hoặc trước đây của quý vị, vợ/chồng hoặc thành viên khác trong gia đình quý vị. Khi quý vị có bảo hiểm chủ lao động hoặc công đoàn hoặc bảo hiểm khác (như là chương trình bảo hiểm y tế người về hưu) và Medicare, có những quy tắc quy định việc Medicare hay chương trình bảo hiểm khác của quý vị sẽ chi trả trước (trang 21). Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc dựa vào việc làm hiện tại hoặc trước đây của mình, chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị sẽ thông báo cho quý vị hàng năm để cho quý vị biết liệu bảo hiểm thuốc này có phải là bảo hiểm có uy tín hay không.

Hãy lưu giữ thông tin quý vị nhận được. Gọi cho quản trị viên quyền lợi của quý vị để biết thêm thông tin trước khi thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với bảo hiểm của mình.

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

COBRA (Đạo luật Hòa giải Ngân sách Omnibus Hợp nhất)

Đây là luật liên bang có thể cho phép quý vị tạm thời giữ bảo hiểm sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn sau khi kết thúc việc làm hoặc sau khi quý vị bị mất bảo hiểm với tư cách là người phụ thuộc của nhân viên được bảo hiểm. Có những lý do giải thích tại sao quý vị nên tham gia Phần B để bổ sung cho bảo hiểm COBRA hoặc thay vì tham gia bảo hiểm COBRA (trang 18). Tuy nhiên, nếu quý vị chọn COBRA và quý vị đủ điều kiện nhận Medicare, **COBRA chỉ có thể chi trả một phần nhỏ chi phí y tế của quý vị**, và quý vị có thể phải tự chi trả phần lớn chi phí. Liên hệ với chương trình COBRA của quý vị và hỏi về số phần trăm mà họ trả. Để tránh những hóa đơn y tế ngoài ý muốn, quý vị có thể cần đăng ký bảo hiểm Medicare ngay. Trao đổi với Chương Trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP) của quý vị miễn phí, để được hỗ trợ cá nhân hóa về quyết định này. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

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

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

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

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

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

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

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

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

Mới!

Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2025, những nhân viên, người đã nghỉ hưu của Dịch vụ Bưu chính Hoa Kỳ cùng gia đình họ sẽ nhận được bảo hiểm thông qua Chương trình Phúc lợi Y tế của 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 cựu chiến binh

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

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

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


TRICARE (quyền lợi sức khỏe quân ngũ)

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

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

Chương trình Sức khỏe Thổ dân (IHS)

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

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

Mục 7:

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

Các Chương Trình Tiết Kiệm Của Medicare (MSP)

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

Có 4 loại Chương Trình Tiết Kiệm của Medicare:

1. Người hội đủ tiêu chuẩn để được hưởng Medicare (QMB): Chương trình QMB đài thọ cho các khoản **phí bảo hiểm** Phần A và/hoặc Phần B. Ngoài ra, các nhà cung cấp bảo hiểm Medicare không được phép tính phí cho quý vị đối với các dịch vụ và các hạng mục mà Medicare đài thọ, bao gồm các **khoản khấu trừ**, **đồng bảo hiểm**, và **đồng thanh toán**. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho những khoản phí này, hãy nói với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc người thu nợ rằng quý vị đang tham gia Chương trình QMB và không thể bị tính phí cho các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, và đồng thanh toán của Medicare. Nếu quý vị đã thực hiện thanh toán hóa đơn cho các dịch vụ và vật phẩm mà Medicare đài thọ, quý vị có quyền được hoàn lại tiền. Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị cũng nên liên hệ với chương trình để yêu cầu họ ngưng tính phí.

Để đảm bảo rằng nhà cung cấp biết được quý vị đang tham gia chương trình QMB, hãy xuất trình cả thẻ Medicare và **Medicaid** hoặc thẻ QMB mỗi lần được khám. Nếu quý vị có **Original Medicare**, quý vị cũng có thể gửi cho nhà cung cấp của mình một bản sao của "Tóm Tắt Thông Báo Medicare" (MSN). MSN của quý vị sẽ cho biết quý vị đang tham gia Chương trình QMB và sẽ không bị tính phí. Đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị tại [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để đăng ký nhận MSN điện tử.

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

- 2. Người thụ hưởng Medicare có Thu nhập thấp Được chỉ định (SLMB):** Chỉ đài thọ cho chi phí bảo hiểm Phần B.
- 3. Cá nhân Đủ tiêu chuẩn (QI):** Chỉ đài thọ cho chi phí bảo hiểm Phần B. QI chỉ dành cho những người không đủ điều kiện với bất kỳ bảo hiểm Medicaid hoặc quyền lợi nào khác.
- 4. Cá nhân Khuyết tật và Đang làm việc Đủ tiêu chuẩn (QDWI):** Chỉ đài thọ cho phí bảo hiểm Phần A. Quý vị có thể đủ điều kiện cho chương trình này nếu quý vị bị khuyết tật, đang đi làm, hoặc mất phúc lợi An Sinh Xã Hội dành cho người khuyết tật và bảo hiểm miễn phí của Phần A, vì quý vị đã đi làm trở lại.

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

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia một chương trình QMB, SLMB, hoặc QI, quý vị sẽ tự động đủ tiêu chuẩn nhận được **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)**, một chương trình riêng biệt giúp thanh toán cho bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).

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

Làm sao để tôi đủ tiêu chuẩn?

- Trong hầu hết các trường hợp, để đủ tiêu chuẩn tham gia một Chương trình Tiết kiệm Medicare, quý vị phải có thu nhập và tài sản dưới một giới hạn nhất định. Giới hạn thu nhập và tài sản khác nhau tùy theo tiểu bang.
- Ngay cả khi quý vị không nghĩ mình hội đủ điều kiện, quý vị vẫn nên đăng ký. Liên hệ với văn phòng Hỗ Trợ Y Tế của Tiểu Bang (Medicaid) của quý vị để bắt đầu.
- Để có số điện thoại của văn phòng Medicaid ở tiểu bang của quý vị, truy cập [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) hoặc gọi cho 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 giúp thanh toán chi phí thuốc Medicare của quý vị

Nếu quý vị có hạn chế về thu nhập và tài sản, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn cho Trợ giúp Bổ sung (Extra Help), một chương trình hỗ trợ chi trả một số chi phí thuốc của Medicare, như phí bảo hiểm, các khoản khấu trừ, và đồng bảo hiểm.

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận Extra Help nếu thu nhập hàng năm và tài sản của quý vị dưới các giới hạn sau trong năm 2024:

	Thu nhập hàng năm	Tài nguyên
Người độc thân	dưới \$22,590	dưới \$17,220
Người đã kết hôn sống với vợ/chồng và không có người phụ thuộc khác	dưới \$30,660	dưới \$34,360

Quan trọng! Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) đã mở rộng để đài thọ thêm chi phí thuốc cho một số người có thu nhập và tài sản hạn chế.

Trong một số trường hợp, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn cho dù quý vị có thu nhập cao. Ví dụ, nếu quý vị vẫn làm việc, sinh sống ở Alaska hoặc Hawaii, hoặc có người phụ thuộc chung sống, thì giới hạn thu nhập sẽ cao hơn.

Tài sản

- **Bao gồm** tiền trong chi phiếu hoặc tài khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu, quỹ tương hỗ, và Tài khoản Hưu trí Cá nhân (IRAs).
- **Không bao gồm** nhà cửa, xe hơi, đồ gia dụng, lô đất mai táng, chi phí mai táng lên đến \$1,500 (mỗi người), hoặc các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ.

Quý vị có thể tìm giới hạn thu nhập và tài sản của năm 2025 tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Nếu quý vị đủ điều kiện cho chương trình **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 được trợ giúp thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc của mình.
- Quý vị sẽ không phải trả khoản tiền phạt ghi danh trễ Phần D.

Lưu ý: Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) không có ở Puerto Rico, Quần đảo Virgin thuộc Hoa Kỳ, Guam, Quần đảo Bắc Mariana hoặc Samoa thuộc Hoa Kỳ. Nhưng có những chương trình khác ở những khu vực này để giúp những người có thu nhập và tài sản hạn chế. Xem trang 96.



Chi phí & bảo hiểm: Hầu hết những người có Medicare chỉ có thể chuyển đổi các chương trình vào những thời điểm nhất định trong năm. Bắt đầu từ năm 2025, nếu quý vị có **Medicaid** hoặc nhận được Trợ giúp Bổ sung (Extra Help), quý vị có thể thay đổi bảo hiểm thuốc của mình một lần mỗi tháng.

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

Quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận Extra Help nếu quý vị có Medicare và đáp ứng được những điều kiện sau:

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

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

- Nếu quý vị không có Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị phải có bảo hiểm này để sử dụng Extra Help.
- Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc, Medicare có thể ghi danh quý vị trong chương trình thuốc Medicare riêng biệt để quý vị có thể sử dụng Extra Help. Nếu Medicare ghi danh quý vị trong một chương trình, quý vị sẽ nhận được một lá thư màu vàng để quý vị biết được bảo hiểm của mình bắt đầu, và quý vị sẽ có Thời gian Ghi danh Đặc biệt để thay đổi chương trình nếu quý vị muốn tham gia một chương trình khác với chương trình mà Medicare đã ghi danh quý vị vào chương trình đó.
- Các chương trình khác nhau đòi hỏi cho các loại thuốc khác nhau. Kiểm tra xem chương trình mà quý vị đã ghi danh có đòi hỏi cho các loại thuốc mà quý vị sử dụng hay không và quý vị có thể đến các nhà thuốc mình mong muốn hay không. Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để so sánh chương trình của quý vị và các chương trình khác trong khu vực. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.
- Nếu quý vị có Medicaid và sống trong một số cơ sở nhất định (như viện dưỡng lão) hoặc nhận một số dịch vụ tại nhà và cộng đồng, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm của mình.
- Chi phí thuốc cho những người đủ điều kiện thường sẽ không quá \$4.50 cho mỗi loại thuốc gốc và \$11.20 cho mỗi loại thuốc biệt dược mà quý vị mua tại một trong các nhà thuốc của chương trình mà quý vị tham gia. Hãy xem các thư của Extra Help mà quý vị nhận được, hoặc liên hệ với chương trình của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về chi phí.

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

Quan trọng! Nếu quý vị có bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn và quý vị có bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D), quý vị có thể mất bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn (cho quý vị và người phụ thuộc) ngay cả khi quý vị đủ điều kiện cho 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 Extra Help, quý vị có thể đăng ký bất cứ khi nào tại [SSA.gov/extrahelp](https://ssa.gov/extrahelp).

Khi quý vị đăng ký Extra help, quý vị cũng có thể bắt đầu quy trình đăng ký cho Chương trình Tiết kiệm của Medicare (MSP). Các chương trình này của tiểu bang giúp các chi phí Medicare khác. Chương trình An sinh xã hội sẽ gửi thông tin đến tiểu bang của quý vị để đăng ký MSP, trừ khi quý vị yêu cầu không làm như vậy trong đơn đăng ký Extra Help.

Để được trợ giúp lựa chọn bảo hiểm thuốc và câu trả lời cho các thắc mắc của quý vị về Extra Help, hãy gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE.

Các cách khác để tiết kiệm chi phí chăm sóc sức khỏe của Medicare

Medicaid

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

Medicaid đòi hỏi những gì?

- Nếu quý vị có Medicare và bảo hiểm Medicaid đầy đủ, hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị đều được đòi hỏi. Quý vị có thể nhận được bảo hiểm Medicare thông qua **Original Medicare** hoặc **Chương trình Medicare Advantage**, chẳng hạn như Chương trình Nhu cầu Đặc biệt. Xem trang 70.
- Nếu quý vị có Medicare và bảo hiểm Medicaid đầy đủ, Medicare sẽ đòi hỏi các loại thuốc kê toa của quý vị. Nếu quý vị tự động đủ điều kiện cho Extra Help trả các chi phí thuốc Medicare của quý vị (trang 92). Medicaid vẫn có thể đòi hỏi một số loại thuốc mà Medicare không đòi hỏi.
- Những người có bảo hiểm **Medicaid** có thể nhận được bảo hiểm cho các dịch vụ mà Medicare không đòi hỏi hoặc chỉ đòi hỏi một phần, chẳng hạn như chăm sóc tại viện dưỡng lão, chăm sóc cá nhân, vận chuyển đến các dịch vụ y tế, dịch vụ tại nhà và cộng đồng các bữa ăn giao tận nhà, và các dịch vụ nha khoa, thị lực và thính lực.

Làm sao để tôi đủ tiêu chuẩn?

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

Lưu ý: Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid, hãy liên hệ với Chương Trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP) tại địa phương để được trợ giúp về các lựa chọn. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

Chương trình Medicare-Medicaid

Medicare hợp tác với một số tiểu bang và các chương trình sức khỏe để cung cấp các chương trình **thử nghiệm** cho một số người nhất định có cả Medicare và Medicaid nhằm giúp họ dễ dàng nhận được các dịch vụ họ cần. Được gọi là Các Chương trình Medicare-Medicaid. Các chương trình này bao gồm bảo hiểm thuốc và chỉ có ở những tiểu bang nhất định. Để tìm hiểu liệu một chương trình Medicare-Medicaid có ở khu vực của quý vị không, truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare), nhập zip code và chọn **Chương trình Medicare Advantage (Phần C)**. Khi được hỏi liệu quý vị có được trợ giúp về chi phí hay không, hãy chọn Medicaid. Một danh sách tất cả các chương trình hiện có sẽ xuất hiện và các chương trình thử nghiệm sẽ có dòng chữ (Chương trình Medicare-Medicaid) bên cạnh tên chương trình.

Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu bang

Nhiều tiểu bang có 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 liệu có Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm trong tiểu bang của mình không và cách thức hoạt động của chương trình, hãy gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) của quý vị. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể truy cập [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs).

Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm (cũng được gọi là Chương trình Hỗ trợ Bệnh nhân)

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

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

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

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 khuyết tật và có thu nhập và tài sản hạn chế. Các khoản thanh toán của SSI cũng được cung cấp cho những người từ 65 tuổi trở lên không bị khuyết tật và đáp ứng đủ các điều kiện tài chính. Các khoản thanh toán này không giống với các quyền lợi hưu trí của An Sinh Xã Hội. Quý vị có thể nhận được cả SSI và các quyền lợi An Sinh Xã Hội tại cùng một lúc nếu quyền lợi An Sinh Xã Hội thấp hơn mức mức quyền lợi SSI của liên bang. Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận SSI, quý vị sẽ tự động đủ điều kiện nhận **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** và thường đủ điều kiện cho **Medicaid**.

Quý vị có thể truy cập [SSA.gov/apply/ssi](https://www.ssa.gov/apply/ssi) để tìm hiểu xem quý vị có hội đủ điều kiện cho 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 có SSI.

Những chương trình dành cho người sống ở 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 Mỹ để giúp thanh toán chi phí Medicare cho những người có thu nhập và tài sản hạn chế. Các chương trình thường khác nhau tại các khu vực này. Gọi cho văn phòng Hỗ Trợ Y Tế của Tiểu Bang (Medicaid) quý vị để biết thêm thông tin. Truy cập [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) hoặc gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Mục 8:

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

Các quyền Medicare của tôi?

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

- Luôn được đối xử lịch sự, tử tế và tôn trọng.
- Luôn được bảo vệ khỏi sự phân biệt đối xử bất hợp pháp.
- Bảo mật thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị.
- Nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu từ Medicare, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và, trong một số trường hợp nhất định, các nhà thầu.
- Tìm hiểu về các lựa chọn điều trị của quý vị bằng ngôn ngữ rõ ràng mà quý vị có thể hiểu được, và tham gia vào các quyết định điều trị.
- Nhận thông tin về Medicare và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng ngôn ngữ mà quý vị hiểu.
- Nhận thông tin Medicare của quý vị ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật, như chữ nổi hoặc chữ in lớn. Xem “Các giao tiếp Dễ tiếp cận” ở trang 124.

Lưu ý: Nếu quý vị cần thông tin về chương trình bằng ngôn ngữ không phải Tiếng Anh hoặc ở định dạng dễ dàng tiếp cận, hãy liên hệ với chương trình của quý vị.

- Được giải đáp cho các thắc mắc của quý vị về Medicare.
- Tiếp cận với các bác sĩ, các chuyên gia, và các bệnh viện để nhận các dịch vụ **cần thiết về mặt y tế**.
- Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong trường hợp khẩn cấp.
- Nhận quyết định về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đài thọ cho các vật phẩm và dịch vụ hoặc đài thọ thuốc. Khi quý vị hoặc nhà cung cấp nộp đơn yêu cầu bồi thường, quý vị sẽ nhận được thông báo biết cho biết về những gì sẽ được và không được đài thọ. Thông báo này đến từ một trong những chương trình sau:
 - Medicare
 - **Chương trình Medicare Advantage (Phần C)** của quý vị **Chương trình bảo hiểm y tế Medicare** khác
 - Chương trình thuốc Medicare

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về yêu cầu thanh toán của mình, quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị. Quý vị có thể yêu cầu xem xét (đơn kháng cáo) về các quyết định nhất định cho việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đài thọ cho các vật phẩm và dịch vụ hoặc bảo hiểm thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc về chất lượng của dịch vụ chăm sóc và các dịch vụ khác mà quý vị quý vị nhận được từ nhà cung cấp Medicare, quý vị có thể:

- Nộp đơn khiếu nại (đôi khi được gọi là “khiếu nại”).
- Nhận trợ giúp từ Mạng lưới Bệnh suy thận thời kỳ cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) và Các Cơ quan Khảo sát của Tiểu bang nếu quý vị có khiếu nại về dịch vụ chăm sóc lọc thận hoặc cấy ghép thận.

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để tìm hiểu thêm thông tin về việc nộp đơn khiếu nại. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tôi có những quyền gì nếu chương trình của tôi ngừng tham gia Medicare?

Các chương trình sức khỏe và thuốc của Medicare có thể quyết định không tham gia Medicare trong năm tới. Trong những trường hợp này, bảo hiểm của quý vị theo chương trình sẽ kết thúc sau ngày 31 Tháng Mười Hai. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích về các lựa chọn cho quý vị. Nếu điều này xảy ra:

- Quý vị có thể chọn chương trình khác từ ngày 15 Tháng Mười – ngày 7 Tháng Mười Hai. Bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một.
- **Quý vị cũng sẽ có một quyền đặc biệt tham gia chương trình Medicare khác cho đến ngày cuối cùng của Tháng Hai.**
- Quý vị có quyền mua những bảo hiểm **Medigap** nhất định trong vòng 63 ngày sau khi chương trình bảo hiểm của quý vị kết thúc.

Kháng nghị là gì?

Kháng nghị là hành động quý vị có thể thực hiện nếu quý vị không đồng ý với một quyết định về chi trả hoặc đòi hỏi của Medicare hoặc chương trình Medicare của quý vị. Ví dụ: quý vị có thể kháng nghị nếu Medicare hoặc chương trình của quý vị từ chối:

- Yêu cầu về một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm, hoặc thuốc mà quý vị cho rằng Medicare cần phải đài thọ.
- Yêu cầu về việc chi trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm hoặc thuốc mà quý vị đã nhận được.
- Yêu cầu về thay đổi số tiền mà quý vị phải trả cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm hoặc thuốc.

Quý vị cũng có thể kháng nghị:

- Nếu Medicare hoặc chương trình của quý vị ngừng cung cấp hoặc chi trả cho tất cả hoặc một phần của một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, vật phẩm hoặc thuốc mà quý vị cho rằng mình vẫn cần đến.
- Một quyết định mang tính nguy cơ được đưa ra theo Chương trình Quản lý Thuốc, hạn chế quyền tiếp cận của bảo hiểm với các loại thuốc thường bị lạm dụng, như opioids và thuốc benzodiazepines. Xem trang 86.
- Nếu yêu cầu bồi thường của quý vị bị từ chối vì hồ sơ tai nạn đang mở và yêu cầu bồi thường đó không liên quan đến vụ tai nạn.

Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng nghị, quý vị có thể yêu cầu bác sĩ, nhà cung cấp vật liệu, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đưa ra thông tin để đơn kháng nghị trở nên có sức thuyết phục hơn. **Hãy giữ bản sao của mọi thứ liên quan đến đơn kháng cáo**, bao gồm những gì quý vị gửi cho Medicare hoặc chương trình của mình.

Làm cách nào để nộp đơn kháng nghị?

Cách thức quý vị nộp đơn kháng nghị sẽ tùy thuộc vào loại hình bảo hiểm Medicare mà quý vị có.

Nếu quý vị có Original Medicare:

- Nhận “Tóm Tắt Thông Báo Medicare.” (MSN) về mục và dịch vụ quý vị đang kháng nghị. Xem trang 58 để biết thêm thông tin về MSN.
- Khoanh tròn (các) mục trên MSN mà quý vị không đồng ý. Viết ra nội dung giải thích lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định đó. Quý vị có thể viết lên MSN hoặc lên một mảnh giấy riêng và đính kèm nó vào MSN.
- Ghi kèm họ tên, số điện thoại, và Mã số Medicare lên MSN. Giữ một bản sao để quý vị lưu hồ sơ.
- Gửi MSN hoặc một bản sao đến công ty xử lý hóa đơn của Medicare (Nhà thầu hành chính của Medicare) được liệt kê trên MSN. Quý vị có thể đưa ra bất kỳ thông tin đang có về đơn kháng nghị của mình, chẳng hạn như thông tin từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hoặc quý vị có thể dùng Biểu mẫu CMS-20027. Để lấy biểu mẫu này bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha, truy cập [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals), hoặc gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để được gửi một bản sao. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.
- Quý vị phải nộp đơn kháng nghị trước ngày được ghi trong MSN. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị, quý vị vẫn có thể nộp đơn kháng nghị và nhận được quyết định nếu có thể chứng minh được lý do chính đáng khiến quý vị bỏ lỡ thời hạn (ví dụ, nếu quý vị bị khuyết tật, bệnh tật hoặc tai nạn khiến quý vị không thể gửi đơn đúng thời hạn).
- Quý vị thường sẽ nhận được quyết định từ Nhà thầu Hành chính Medicare trong vòng 60 ngày kể từ khi họ nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu Medicare đòi hỏi cho (các) vật phẩm hoặc (các) dịch vụ nào sau đó, thì chúng sẽ được liệt kê trong MSN tiếp theo của quý vị.
- Quý vị có thể có quyền kháng nghị nhanh nếu cho rằng các dịch vụ Medicare của quý vị từ bệnh viện hoặc cơ sở khác kết thúc quá sớm (trang 100).

Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình sức khỏe Medicare khác

Khung thời gian để 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 thông tin, hãy xem các tài liệu mà chương trình của quý vị gửi, gọi cho chương trình của quý vị, hoặc truy cập [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal).

Nếu quý vị có Các chương trình thuốc Medicare riêng biệt

Ngay cả trước khi mua một loại thuốc nhất định, quý vị có quyền:

- Nhận được giải thích bằng văn bản về các quyết định của bảo hiểm thuốc (được gọi là “xác minh cầu bảo hiểm”) từ chương trình thuốc Medicare của quý vị. Quyết định bảo hiểm là quyết định đầu tiên mà chương trình thuốc Medicare của quý vị (không phải nhà thuốc) đưa ra đối với các quyền lợi của quý vị. Đây có thể là quyết định về việc liệu chương trình có đòi hỏi cho loại thuốc của quý vị hay không, liệu quý vị có đáp ứng các yêu cầu của chương trình để chi trả cho loại thuốc đó hay không, hoặc quý vị phải trả bao nhiêu tiền cho loại thuốc đó. Quý vị cũng sẽ nhận được một quyết định bảo hiểm nếu quý vị yêu cầu chương trình của mình đưa ra một trường hợp ngoại lệ đối với các quy tắc của họ để đòi hỏi thuốc cho quý vị.
- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu quý vị hoặc người kê toa (bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được phép kê toa hợp pháp) cho rằng quý vị cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc của chương trình được đòi hỏi (**danh mục thuốc**).
- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu quý vị hoặc người kê toa cho rằng chương trình của quý vị nên bỏ đi một quy tắc bảo hiểm (chẳng hạn như giấy cho phép trước)
- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu quý vị cho rằng quý vị nên được trả ít hơn cho một loại thuốc bậc cao hơn vì quý vị hoặc người kê toa của quý vị cho rằng quý vị không thể dùng bất kỳ loại thuốc bậc thấp hơn nào để điều trị cho cùng một bệnh lý.

Tôi có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách nào?

Quý vị có thể chỉ định một người đại diện. Họ có thể là thành viên trong gia đình, bạn bè, người biện hộ, luật sư, cố vấn tài chính, bác sĩ hoặc người khác để giải quyết thay quý vị. Để biết thêm thông tin, quý vị có thể truy cập [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). Quý vị cũng có thể nhận được trợ giúp về việc nộp đơn kháng nghị từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP). Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

Làm cách nào để tôi yêu cầu xác minh của bảo hiểm hoặc trường hợp ngoại lệ?

Quý vị hoặc người kê toa của quý vị phải liên hệ với chương trình để yêu cầu họ đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trường hợp ngoại lệ. Nếu nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị không thể cấp một loại thuốc kê toa, dược sĩ sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo giải thích về cách để liên hệ với chương trình thuốc Medicare của quý vị, để quý vị có thể đưa ra yêu cầu của mình. Nếu dược sĩ không cung cấp cho quý vị thông báo này, hãy yêu cầu một bản sao.

Nếu quý vị yêu cầu toa thuốc mà chưa nhận được, quý vị hoặc người kê toa có thể đưa ra yêu cầu tiêu chuẩn hoặc yêu cầu cấp tốc (nhANH) qua điện thoại hoặc bằng văn bản. Nếu quý vị đang yêu cầu được hoàn lại tiền cho các loại thuốc kê toa quý vị đã mua, chương trình của quý vị có thể đòi hỏi quý vị hoặc người kê toa của quý vị thực hiện yêu cầu tiêu chuẩn bằng văn bản.

Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể gọi điện hoặc viết thư gửi cho chương trình để thực hiện yêu cầu cấp tốc (nhANH). Yêu cầu của quý vị sẽ được giải quyết cấp tốc nếu quý vị chưa nhận được thuốc kê toa và chương trình của quý vị quyết định rằng, hoặc người kê toa báo cho chương trình rằng, tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị có thể gặp nguy hiểm do phải chờ đợi.

Quan trọng! Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, người kê toa của quý vị phải cung cấp một tuyên bố giải thích lý do về mặt y tế tại sao chương trình của quý vị nên chấp thuận trường hợp ngoại lệ.

Tôi có những quyền gì nếu tôi cho rằng các dịch vụ của mình kết thúc 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 dành cho bệnh nhân ngoại trú toàn diện hoặc viện chăm sóc đặc biệt, và quý vị cho rằng các dịch vụ được Medicare đài thọ của mình kết thúc quá sớm (hoặc quý vị được xuất viện quá sớm), quý vị có thể yêu cầu kháng nghị nhanh (còn được gọi là “kháng nghị ngay lập tức” hoặc “kháng nghị cấp tốc”). Nhà cung cấp dịch vụ sẽ cung cấp một thông báo cho quý vị trước khi dịch vụ của quý vị kết thúc để cho quý vị biết cách thức yêu cầu một kháng nghị nhanh. Hãy đọc kỹ thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy yêu cầu. Với đơn kháng nghị nhanh, một người bên đánh giá độc lập, được gọi là Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình (BFCC-QIO), sẽ quyết định xem liệu có nên tiếp tục các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị hay không. Quý vị có thể liên hệ với BFCC-QIO của mình để được trợ giúp nộp đơn kháng nghị. Xem trang 112.

Một đơn kháng nghị nhanh chỉ bao gồm quyết định kết thúc các dịch vụ hoặc xuất viện từ bệnh viện. Quý vị có thể cần bắt đầu một đơn kháng nghị riêng biệt cho bất kỳ vật phẩm hoặc dịch vụ nào quý vị có thể đã nhận được sau quyết định kết thúc các dịch vụ. Truy cập [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals) hoặc [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem xét cuốn sổ tay, “Các kháng nghị của Medicare.”

“Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về Không Chi trả Bảo hiểm” (ABN) là gì?

Nếu quý vị có **Original Medicare**, thì bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, hoặc nhà cung cấp vật phẩm của quý vị có thể cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản nếu họ cho rằng Medicare không chi trả cho các vật phẩm hoặc dịch vụ mà quý vị được nhận. Thông báo này được gọi là “Thông báo Trước cho Người thụ hưởng về Không Chi trả Bảo hiểm”, hoặc ABN. ABN liệt kê các vật phẩm hoặc dịch vụ mà nhà cung cấp của quý vị cho rằng Medicare sẽ không chi trả, cùng với ước tính các chi phí cho các vật phẩm và dịch vụ đó và lý do tại sao Medicare có thể không chi trả.

Điều gì xảy ra nếu tôi nhận được thông báo này?

- Quý vị sẽ được đề nghị chọn xem có nhận các vật phẩm hoặc dịch vụ được nêu trên thông báo hay không.
- Nếu quý vị chọn nhận các vật phẩm hoặc dịch vụ được nêu trong thông báo, tức là quý vị đồng ý thanh toán khi Medicare không đài thọ.
- Quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo để chứng minh quý vị đã đọc và hiểu nội dung thông báo.
- Bác sĩ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và các nhà cung cấp vật liệu không phải (nhưng vẫn có thể) thông báo cho quý vị về các dịch vụ mà Medicare không bao giờ đài thọ sẽ được đề nghị ký vào thông báo để cho biết quý vị đã đọc và hiểu thông báo đó. Xem Trang 55.
- Thông báo ABN không phải là quyết định từ chối chính thức của Medicare. Nếu Medicare từ chối thanh toán, quý vị vẫn có thể nộp đơn kháng nghị khi nhận được “Tóm Tắt Thông Báo Medicare” (MSN) chứng minh vật phẩm hoặc dịch vụ đang thắc mắc. Tuy nhiên, quý vị sẽ phải trả tiền cho các vật phẩm hoặc dịch vụ nếu Medicare quyết định rằng các vật phẩm hoặc dịch vụ đó không được đài thọ (và không có đơn vị bảo hiểm nào khác chịu trách nhiệm thanh toán).

Tôi có thể nhận được một thông báo như thế này với lý do khác hay không?

Quý vị có thể nhận được “Thông báo ABN của Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)” khi cơ sở đó cho rằng Medicare sẽ không còn đài thọ cho thời gian lưu trú hoặc các vật phẩm và dịch vụ khác của quý vị nữa.

Nếu tôi không nhận được thông báo này thì sao?

Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông báo này nhưng không lại cung cấp, trong hầu hết các trường hợp, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải hoàn lại cho quý vị số tiền mà quý vị đã trả cho vật phẩm hoặc dịch vụ.

Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Truy cập [Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections](https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections) để tìm hiểu thêm thông tin về các kiểu thông báo ABN khác nhau và những việc cần làm nếu quý vị nhận được một thông báo.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia một **Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có quyền hỏi trước xem liệu chương trình có đài thọ cho một dịch vụ, loại thuốc hoặc vật phẩm nhất định nào đó hay không. Liên hệ với chương trình của quý vị để yêu cầu và nộp đơn yêu cầu dịch vụ trước để nhận được xác minh tổ chức. Nếu chương trình từ chối yêu cầu của quý vị, phản hồi của họ sẽ có hướng dẫn nộp đơn kháng nghị kịp thời. Quý vị cũng có thể nhận dịch vụ chăm sóc tự chọn trong chương trình. Đây là khi một nhà cung cấp trong chương trình giới thiệu quý vị đến một dịch vụ hoặc một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới mà không có trước quyết định của tổ chức. Xem trang 66.

Quyền tiếp cận thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Theo luật, quý vị hoặc người đại diện hợp pháp của quý vị thường có quyền xem xét và/hoặc nhận các bản sao về 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 tạo hóa đơn cho Medicare về dịch vụ chăm sóc này. Nếu quý vị muốn Medicare cung cấp thông tin cá nhân của mình cho người khác, chẳng hạn như người chăm sóc, xem trang 107 để tìm hiểu thêm thông tin về cách điền biểu mẫu “Giấy ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe cá nhân”. Quý vị cũng có quyền nhận thông tin này từ các chương trình y tế chi trả cho dịch vụ chăm sóc của mình, bao gồm cả Medicare.

Các loại thông tin về sức khỏe cá nhân bao gồm:

- Hồ sơ về yêu cầu bồi thường và hóa đơn
- Thông tin liên quan đến việc ghi danh của quý vị vào các chương trình sức khỏe, bao gồm cả Medicare
- Hồ sơ y tế và quản lý tình huống
- Các hồ sơ khác mà bác sĩ hoặc các chương trình 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 phiên bản điện tử. Nếu nhà cung cấp hoặc chương trình của quý vị lưu trữ thông tin của quý vị dưới dạng điện tử, họ thường phải cung cấp cho quý vị các bản sao điện tử nếu được 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 là điện tử, quý vị cũng có thể yêu cầu gửi thông tin đó cho bên thứ ba quý vị lựa chọn, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều trị cho quý vị, thành viên gia đình hoặc nhà nghiên cứu.

Quý vị có thể phải điền vào biểu mẫu để yêu cầu sao về thông tin của mình và trả phí. Phí này thường không được cao hơn tổng chi phí của:

- Lao động sao chép thông tin được yêu cầu
- Vật liệu tạo ra bản sao
- Cước phí bưu chính (nếu quý vị yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe gửi bản sao qua thư)

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ không bị tính phí khi xem xét, tìm kiếm, tải xuống, hoặc gửi thông tin của mình qua cổng thông tin điện tử.

Để tìm hiểu thêm thông tin, truy cập [HHS.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers).

Nếu quý vị cần trợ giúp để nhận và sử dụng hồ sơ sức khỏe của mình, Văn phòng Điều phối Quốc gia về Công nghệ thông tin Y tế (ONC) thuộc U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y tế và các Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ) đã tạo ra “Hướng dẫn Nhận & Sử dụng Hồ sơ về Sức khỏe của Quý vị.” Hướng dẫn chỉ ra cách thức lấy hồ sơ sức khỏe của quý vị và đảm bảo hồ sơ chính xác và đầy đủ, để quý vị có thể tận dụng tối đa dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Truy cập [healthit.gov/how-to-get-your-health-record](https://www.healthit.gov/how-to-get-your-health-record) để xem xét hướng dẫn.

Medicare sử dụng thông tin cá nhân của tôi như thế nào?

Medicare luôn bảo vệ quyền riêng tư cho thông tin sức khỏe của quý vị. 2 trang tiếp theo sẽ mô tả cách Medicare có thể sử dụng và cung cấp thông tin của quý vị và giải thích về cách thức quý vị có thể nhận được thông tin này.

Thông báo về Thực hành Quyền Riêng tư của Original Medicare

Thông báo này trình bày về cách sử dụng và tiết lộ các thông tin y tế về quý vị, và cách để quý vị có thể tiếp cận các thông tin này. Vui lòng đọc kỹ.

Luật pháp yêu cầu Medicare bảo vệ quyền riêng tư cho các thông tin y tế cá nhân của quý vị. Luật pháp cũng yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông báo này để quý vị biết cách chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ (“tiết lộ”) các thông tin y tế cá nhân mà chúng tôi có về quý vị.

Chúng tôi phải cung cấp thông tin của quý vị cho:

- Quý vị, cho người mà quý vị nêu tên (“chỉ định”), hoặc người có quyền hợp pháp hành động thay mặt quý vị (người đại diện cá nhân của quý vị)
- Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, nếu cần thiết
- Bất kỳ người nào khác mà luật pháp yêu cầu

Chúng tôi có quyền sử dụng và cung cấp thông tin của quý vị để chi trả cho dịch vụ sức khỏe của quý vị và vận hành Medicare. Ví dụ:

- Nhà thầu Hành chính của Medicare sử dụng thông tin của quý vị để chi trả hoặc từ chối yêu cầu bồi thường của quý vị, thu **phí bảo hiểm**, chia sẻ khoản thanh toán quyền lợi của quý vị với (các) công ty bảo hiểm khác hoặc chuẩn bị “Tóm Tắt Thông Báo Medicare.”
- Chúng tôi có thể sử dụng thông tin của quý vị để cung cấp cho quý vị các dịch vụ khách hàng, giải quyết khiếu nại của quý vị, liên hệ với quý vị về các nghiên cứu và đảm bảo 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:

- Cho các cơ quan tiểu bang và liên bang khác có quyền hợp pháp có được dữ liệu Medicare (chẳng hạn như để đảm bảo Medicare đang thực hiện thanh toán đúng cách và để giúp các chương trình **Medicaid** của liên bang/tiểu bang)
- Cho các hoạt động sức khỏe cộng đồng (chẳng hạn như báo cáo về bùng phát dịch bệnh)
- Cho các hoạt động giám sát chăm sóc sức khỏe của chính phủ (chẳng hạn như điều tra gian lận và lạm dụng)
- Cho các thủ tục tố tụng hành chính và tư pháp (chẳng hạn như trả lời lệnh của tòa án)
- Cho mục đích thực thi pháp luật (chẳng hạn như cung cấp thông tin hạn chế để tìm một người mất tích)
- Cho các nghiên cứu đáp ứng tất cả các yêu cầu về quyền riêng tư (như nghiên cứu nhằm ngăn ngừa bệnh tật hoặc khuyết tật).
- Để tránh một mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc an toàn
- Để liên hệ với quý vị nhằm thông báo về các quyền lợi Medicare mới hoặc được thay đổi
- Để xây dựng một tập hợp thông tin mà không ai có thể truy dấu quý vị
- Để các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các đối tác kinh doanh của họ phối hợp chăm sóc và cải thiện chất lượng, như tham gia vào **Tổ chức chăm sóc có trách nhiệm (ACO)**

Chúng tôi không bán hoặc sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để quảng cáo cho quý vị về các sản phẩm hoặc dịch vụ sức khỏe (“tiếp thị”). Chúng tôi phải có sự cho phép bằng văn bản của quý vị (“ủy quyền”) để sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị cho bất kỳ mục đích nào không được trình bày trong thông báo này.

Quý vị có thể rút lại (“thu hồi”) ý kiến cho phép bằng văn bản của mình bất kỳ lúc nào, trừ khi chúng tôi đã chia sẻ thông tin vì quý vị đã cấp quyền cho chúng tôi.

Quý vị có quyền:

- Xem xét và nhận bản sao thông tin mà chúng tôi có của quý vị.
- Yêu cầu chúng tôi thay đổi thông tin của quý vị nếu quý vị cho rằng thông tin đó sai hoặc không đầy đủ, và chúng tôi đồng ý. Nếu chúng tôi không đồng ý, quý vị có thể bổ sung một tuyên bố về ý kiến không đồng ý của mình vào thông tin của quý vị.
- Nhận một danh sách những người lấy thông tin của quý vị từ chúng tôi. Danh sách này sẽ không bao gồm thông tin mà chúng tôi đã cung cấp cho quý vị, người đại diện cá nhân của quý vị, hoặc cơ quan thực thi pháp luật, hoặc thông tin mà chúng tôi đã sử dụng để chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc cho hoạt động của chúng tôi.
- Yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một phương thức khác hoặc theo một địa chỉ khác (ví dụ: bằng cách gửi tài liệu đến Hộp thư PO Box thay vì địa chỉ nhà riêng của quý vị).
- Yêu cầu chúng tôi hạn chế cách mà chúng tôi sử dụng thông tin của quý vị và cách mà chúng tôi cung cấp thông tin đó để chi trả cho các yêu cầu thanh toán và vận hành Medicare. Chúng tôi có thể không đồng ý với yêu cầu của quý vị.
- Nhận thư thông báo cho quý vị biết về nguy cơ có thể xảy ra đối với quyền riêng tư của thông tin của quý vị (“thông báo vi phạm”).
- Nhận một bản sao giấy riêng cho thông báo này.
- Nói chuyện với Đại diện Dịch vụ Khách hàng về thông báo quyền riêng tư của chúng tôi. Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị cho rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về quyền riêng tư đến:

- Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS). Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) hoặc gọi 1-800-MEDICARE.
- Văn phòng Dân Quyền (OCR), Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS). Truy cập [HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint](https://www.HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint).

Việc nộp đơn khiếu nại sẽ không ảnh hưởng đến bảo hiểm Medicare của quý vị.

Luật pháp yêu cầu chúng tôi phải tuân theo các điều khoản trong thông báo này. Chúng tôi có quyền thay đổi cách chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị qua thư trong vòng 60 ngày kể từ ngày thay đổi.

Thông báo về Biện pháp Bảo vệ Quyền riêng tư cho Original Medicare có hiệu lực từ ngày 23 Tháng Chín, 2013.

Làm cách nào để tôi có thể bảo vệ bản thân khỏi gian lận và việc bị đánh cắp danh tính y tế?

Đánh cắp danh tính y tế là khi ai đó lấy cắp hoặc sử dụng thông tin cá nhân của quý vị (như họ tên, Mã số An sinh Xã hội, hoặc Mã số Medicare của quý vị) để gửi các yêu cầu thanh toán gian lận cho Medicare và các công ty bảo hiểm sức khỏe khác mà không có sự cho phép của quý vị. Khi quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy ghi lại các ngày đó trên lịch và lưu lại các biên lai và bảng sao kê mà quý vị nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ để có thể kiểm tra các sai sót. Nếu quý vị cho rằng có sai sót xảy ra hoặc nhà cung cấp tính phí cho các dịch vụ mà quý vị không được nhận, hãy thực hiện các bước sau để tìm hiểu về những dịch vụ đã được tính phí:

- Kiểm tra “Tóm Tắt Thông Báo Medicare” (MSN) nếu quý vị có **Original Medicare** để tìm hiểu xem dịch vụ có được tính phí cho Medicare hay không. Nếu quý vị đang tham gia **chương trình bảo hiểm y tế Medicare**, hãy kiểm tra các tuyên bố quý vị nhận được từ chương trình của mình.
- Đăng nhập (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật tại **Medicare.gov** để xem xét các yêu cầu bồi thường dành cho 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 xử lý. Quý vị cũng có thể tải xuống dữ liệu yêu cầu bồi thường từ tài khoản **Medicare.gov** của mình bằng cách vào mục ‘Tài xuống dữ liệu cá nhân và yêu cầu bồi thường của tôi’ nằm ở ‘Tài khoản của tôi.’ Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.
- Nếu quý vị biết nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp thiết bị đó, hãy gọi và yêu cầu cung cấp một bản sao kê theo từng khoản mục. Họ sẽ cung cấp cho quý vị bản sao kê này trong vòng 30 ngày.

Nếu quý vị đã liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ và nghi ngờ rằng Medicare đang bị tính phí cho một dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị không nhận, hoặc quý vị không biết nhà cung cấp dịch vụ có tên trong yêu cầu thanh toán, hãy gọi số 1-800-MEDICARE.

Quý vị cũng có thể gọi cho 1-800-MEDICARE nếu quý vị cho rằng Mã số Medicare của mình đã bị sử dụng một cách gian lận.

Chỉ cung cấp thông tin cá nhân, chẳng hạn như Mã số Medicare của quý vị, cho bác sĩ, các công ty bảo hiểm (và các đại lý hoặc bên môi giới được cấp phép của họ) hoặc các chương trình nhân danh quý vị; hoặc những người đáng tin cậy trong cộng đồng làm việc với Medicare chẳng hạn như Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP). Không chia sẻ Mã số Medicare hoặc thông tin cá nhân khác của quý vị với bất kỳ ai không được chào đón liên hệ với quý vị qua điện thoại, email hoặc gặp trực tiếp. Medicare, hoặc đại diện **chương trình Medicare** của quý vị, sẽ chỉ gọi cho quý vị trong các trường hợp hạn chế:

- Chương trình Medicare có thể gọi cho quý vị nếu quý vị đã là thành viên của chương trình. Đại lý đã giúp quý vị tham gia cũng có thể gọi cho quý vị.
- Một đại diện của dịch vụ khách hàng từ 1-800-MEDICARE có thể gọi cho quý vị nếu quý vị để lại tin nhắn hoặc một đại diện nói rằng ai đó sẽ gọi lại.
- Nếu quý vị đã nộp báo cáo về nghi ngờ gian lận, quý vị có thể nhận được cuộc gọi từ người đại diện của Medicare để theo dõi tình trạng báo cáo nghi ngờ gian lận.

Để biết thêm thông tin về gian lận Medicare, truy cập **Medicare.gov/fraud** hoặc liên hệ với Đội tuần tra Cấp cao của Medicare ở địa phương quý vị. Tìm hiểu thêm về Đội tuần tra Cấp cao của Medicare và tìm trợ giúp của tiểu bang quý vị bằng cách đi đến **smresource.org** hoặc gọi cho 1-877-808-2468.

Các chương trình phải tuân theo quy tắc tiếp thị

Các **chương trình Medicare** và các đại lý phải tuân theo các quy tắc nhất định khi tiếp thị về chương trình của họ và lấy 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 đăng ký chương trình cho quý vị qua điện thoại trừ khi quý vị gọi cho họ và yêu cầu đăng ký hoặc quý vị đã cho phép họ liên hệ với mình.

Quan trọng! Gọi cho 1-800-MEDICARE để báo cáo về bất kỳ chương trình hoặc đại lý nào:

- Yêu cầu thông tin cá nhân của quý vị qua điện thoại hoặc email
- Gọi điện để ghi danh quý vị vào một chương trình
- Thăm khám quý vị bất ngờ
- Sử dụng thông tin sai lệch khiến quý vị nhầm lẫn

Quý vị cũng có thể gọi cho Medicare Drug Integrity Contractor theo số 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). MEDIC chống gian lận, lãng phí và lạm dụng trong các **chương trình Medicare Advantage** và các chương trình thuốc Medicare.

Việc điều tra gian lận sẽ mất thời gian

Mọi báo cáo đều có giá trị. Medicare xem xét tất cả các báo cáo nghi ngờ gian lận một cách nghiêm túc. Khi báo cáo gian lận, quý vị có thể không nhận được kết quả ngay lập tức. Cần có thời gian để điều tra báo cáo của quý vị và xây dựng hồ sơ, nhưng hãy yên tâm rằng thông tin của quý vị đang giúp chúng tôi bảo vệ Medicare.

Làm cách nào để Thanh tra viên về Người thụ hưởng Medicare có thể giúp quý vị

Thanh tra viên về Người thụ hưởng Medicare giúp quý vị các vấn đề khiếu nại, phàn nàn, và các thông tin yêu cầu liên quan đến Medicare. Họ đảm bảo rằng quý vị có thông tin về các quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare và hiểu cách thức giải quyết các lo ngại của quý vị. Nếu quý vị có lo ngại và không được giải quyết bởi Medicare hoặc chương trình của mình, hãy yêu cầu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) gửi yêu cầu của quý vị tới Thanh tra viên về Người thụ hưởng Medicare. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để tìm hiểu thêm!

Mục 9:

Tìm liên hệ hữu ích và nhiều thông tin hơn

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 tuyến 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, bao gồm cả cuối tuần

- Hãy nói rõ ràng và làm theo lời nhắc bằng giọng nói để chọn danh mục đáp ứng tốt nhất nhu cầu của quý vị.
- Để thẻ Medicare trước mặt, và sẵn sàng cung cấp Mã số Medicare của quý vị.
- Khi được hỏi về Mã số Medicare của mình, hãy nói rõ từng số và chữ cái.
- Để được trợ giúp bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc tiếng Tây Ban Nha, hoặc để nhận ấn phẩm Medicare ở một định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật (như bản in chữ lớn hoặc chữ nổi braille), hãy hỏi đại diện dịch vụ khách hàng.

Quan trọng! Nếu quý vị cần một người nào đó (chẳng hạn như người chăm sóc) tiếp cận thông tin sức khỏe cá nhân của mình khi họ gọi cho 1-800-MEDICARE

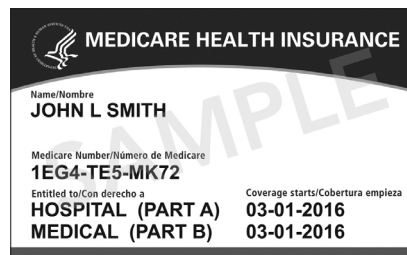
Quý vị có thể điền vào mẫu “Cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe Cá nhân” để Medicare cung cấp thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị với người khác. Để lấy biểu mẫu này bằng tiếng Anh và tiếng Tây Ban Nha, truy cập [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other) hoặc gọi cho 1-800-MEDICARE. Quý vị cũng có thể nộp biểu mẫu tại [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) trong tài khoản Medicare của mình. Medicare phải xử lý biểu mẫu trước khi việc ủy quyền có hiệu lực.

Nếu hộ gia đình quý vị nhận được nhiều hơn một bản sao của “Medicare & Quý vị”

Để chỉ nhận một bản sao của sổ tay này trong tương lai, hãy gọi cho 1-800-MEDICARE. Nếu quý vị muốn ngừng nhận bản sao giấy qua thư, quý vị có thể yêu cầu bằng cách đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare của mình tại [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

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

Nếu quý vị cần nhận thẻ Medicare thay thế vì thẻ bị hỏng hoặc bị mất, hãy truy cập Medicare.gov để đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị và in hoặc yêu cầu một bản sao chính thức của thẻ Medicare. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu thẻ thay thế được gửi đến mail. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị nhận trợ cấp của 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 số 1-312-751-4701.



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

Chương Trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP)

SHIP là chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền liên bang để tư vấn bảo hiểm sức khỏe tại địa phương cho những người có Medicare. Quý vị có thể nhận được dịch vụ tư vấn này miễn phí. SHIP không có quan hệ với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. SHIP cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí, cá nhân hóa cho quý vị và gia đình để giúp giải quyết các chủ đề về Medicare như:

- Các quyền Medicare của quý vị
- Các vấn đề về thanh toán
- Các khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc điều trị của quý vị
- So sánh và ghi danh 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

Gọi cho chương trình SHIP trong tiểu bang của quý vị để nhận trợ giúp miễn phí, cá nhân hóa và khách quan cho các câu hỏi về Medicare, hoặc tìm hiểu cách thức trở thành cố vấn tình nguyện của chương trình SHIP. Xem các trang 114-117 để biết số điện thoại của chương trình SHIP tại địa phương của quý vị.

Tìm kiếm thông tin chung của Medicare trực tuyến

Truy cập Medicare.gov

- Để nhận thêm thông tin tại Medicare.gov/plan-compare về các chương trình sức khỏe và thuốc của Medicare tại khu vực của quý vị, bao gồm chi phí và các dịch vụ Medicare cung cấp.
- Tìm các bác sĩ tham gia Medicare hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp vật liệu khác tại Medicare.gov/care-compare. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về chất lượng dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi các chương trình, viện dưỡng lão, bệnh viện, bác sĩ, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, cơ sở chăm sóc cuối đời, **cơ sở phục hồi chức năng nội trú**, và **bệnh viện chăm sóc dài hạn**.
- Tìm hiểu Medicare sẽ đài thọ những gì, bao gồm các **dịch vụ phòng ngừa** (chẳng hạn như khám sàng lọc, tiêm phòng hoặc vắc-xin, và thăm khám "Sức khỏe" hàng năm).
- Nhận biểu mẫu và thông tin đơn kháng nghị của Medicare.

Nhận thông tin Medicare của cá nhân trực tuyến

Lập một tài khoản Medicare của riêng quý vị

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để đăng nhập vào (hoặc tạo) tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Quý vị cũng có thể:

- Thêm các loại thuốc kê toa và nhà thuốc của mình để giúp quý vị so sánh tốt hơn các chương trình sức khỏe và thuốc của Medicare trong khu vực của quý vị.
- Đăng ký nhận sổ tay “Medicare & Quý vị” và các tuyên bố về yêu cầu bồi thường chính thức của **Original Medicare**, được gọi là “Tóm Tắt Thông Báo Medicare,” điện tử.
- Xem xét yêu cầu bồi thường của quý vị dành cho Original Medicare ngay sau khi được xử lý.
- In bản sao thẻ Medicare chính thức của quý vị.
- Tìm danh sách của các **dịch vụ phòng ngừa** mà quý vị hội đủ điều kiện để nhận cùng Original Medicare.
- Tìm hiểu về các **phí bảo hiểm** Medicare của quý vị, và trả trực tuyến nếu quý vị nhận được hóa đơn từ Medicare.

Danh mục Các ứng dụng được Kết nối của Medicare

Các 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 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 phải 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. Luôn có thể lựa chọn nếu quý vị muốn kết nối (hoặc duy trì kết nối) với ứng dụng của bên thứ ba.

Với những ứng dụng này quý vị có thể:

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

Lưu ý: Nếu quý vị đã ghi danh vào **Chương trình Medicare Advantage**, sẽ chỉ có sẵn thông tin Phần D thông qua các ứng dụng đã kết nối của Medicare. Với dữ liệu của Phần A và Phần B, hãy trao đổi với chương trình của quý vị.

Hãy nhớ: Quản lý thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị giống như cách quý vị quản lý các thông tin bảo mật khác.

Để tìm hiểu về cách sử dụng các ứng dụng được kết nối với Medicare nhằm lưu thông tin về các yêu cầu bồi thường dành cho Medicare của quý vị, truy cập:

- [Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims](https://www.medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims)
- [Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps](https://www.medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps)

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

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

Dưới đây là các ví dụ về cách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị tốt hơn:

Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm

Một **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)** là đội ngũ các 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 cùng nhau để chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Làm việc với tư cách là một phần của ACO giúp bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị hiểu được tiền sử sức khỏe của quý vị và thảo luận với nhau về việc chăm sóc và các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị tiết kiệm thời gian, tiền bạc và giảm phiền toái bằng cách tránh việc kiểm tra và cuộc hẹn lặp đi lặp lại. Phối hợp nhiều hơn cũng giúp ngăn ngừa các sai sót y khoa và tương tác thuốc không mong muốn có thể xảy ra nếu một nhà cung cấp không biết những gì người khác đã kê cho quý vị.

Quan trọng! ACO sẽ không hạn chế sự lựa chọn của quý vị với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị là thành viên của ACO, quý vị vẫn có quyền thăm khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác chấp nhận Medicare bất kỳ lúc nào.

Ngoài ra, nếu **bác sĩ chăm sóc chính** của quý vị tham gia vào Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm ACO, quý vị có thể nhận được nhiều quyền lợi hơn. Ví dụ, trong một số ACO, nhà cung cấp của quý vị có thể cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa hơn. Điều này có nghĩa là quý vị có thể nhận được một số dịch vụ tại nhà bằng cách sử dụng công nghệ, như điện thoại hoặc máy tính, để giao tiếp trong thời gian thực với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Ngoài ra, bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác là thành viên của ACO có thể gửi bệnh nhân đến **chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn** hoặc các dịch vụ phục hồi chức năng ngay cả khi bệnh nhân nằm viện chưa đến 3 ngày, đây thường là yêu cầu của Medicare. Để quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi này, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị phải quyết định rằng quý vị cần được chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và đáp ứng một số yêu cầu về điều kiện hội đủ khác.

Nếu bác sĩ chăm sóc chính của quý vị tham gia ACO và quý vị có Original Medicare, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản và/hoặc tìm thấy một tấm áp phích trong văn phòng của họ về việc họ tham gia ACO. Hiện có hàng trăm ACO trên cả nước. Truy cập [Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare) để tìm bác sĩ chăm sóc chính là thành viên của ACO.

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

Một trong những quyền lợi quan trọng nhất của **Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)** là các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ khác có thể giao tiếp và điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Để giải quyết vấn đề đó, Medicare cho phép ACO của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị yêu cầu một số thông tin nhất định về việc chăm sóc của quý vị. Việc Medicare chia sẻ dữ liệu của quý vị theo cách này giúp đảm bảo rằng tất cả những người tham gia vào việc chăm sóc có quyền truy cập vào thông tin sức khỏe của quý vị khi họ cần giúp quý vị.

Nếu quý vị không muốn Medicare chia sẻ thông tin sức khỏe của mình với bác sĩ để phối hợp chăm sóc, gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và cho người đại diện biết. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Medicare vẫn có thể chia sẻ thông tin chung để đánh giá chất lượng của nhà cung cấp.

Để tìm hiểu thêm thông tin về ACO, truy cập [Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations](https://www.medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations) hoặc gọi cho 1-800-MEDICARE.

Hồ sơ Sức khỏe Điện tử

Hồ sơ sức khỏe điện tử là tiền sử về các tình trạng bệnh lý, điều trị và chăm sóc sức khỏe của quý vị mà bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, nhân viên văn phòng y tế, hoặc bệnh viện của quý vị lưu giữ trên máy tính.

- Các hồ sơ này có thể giúp giảm nguy cơ mắc các sai sót y tế, loại bỏ việc thực hiện các xét nghiệm trùng lặp, và có thể giúp cải thiện chất lượng chăm sóc tổng thể của quý vị.
- Hồ sơ sức khỏe điện tử do bác sĩ của quý vị lưu giữ có thể liên kết với một bệnh viện, phòng thí nghiệm, nhà thuốc, các bác sĩ khác, hoặc hệ thống thông tin y tế (cơ quan lưu trữ dữ liệu), vì vậy những người chăm sóc cho quý vị có thể có được cái nhìn tổng quan hơn về sức khỏe của quý vị.

Kê toa Điện tử

Đây là cách thức điện tử để người kê toa của quý vị (bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được phép kê toa hợp pháp) gửi toa thuốc của quý vị trực tiếp đến nhà thuốc của quý vị. Kê toa thuốc điện tử có thể giúp quý vị tiết kiệm tiền bạc và thời gian, đồng thời giúp quý vị được an toàn.

Các cách khác để nhận được thông tin của Medicare

Email từ Medicare

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tạo tài khoản Medicare bảo mật của quý vị. Gửi kèm địa chỉ email của quý vị để nhận được những lời nhắc và thông tin quan trọng về Medicare.

Ấn phẩm

Truy cập [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) để xem xét, in, hoặc tải các bản sao của ấn phẩm về các chủ đề khác nhau của Medicare. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE. Xem trang 124 để biết thông tin về cách nhận ấn phẩm ở các định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật (như bản in chữ lớn, eBooks hoặc chữ nổi braille) miễn phí. Sổ tay "Medicare & Quý vị" có sẵn bằng các ngôn ngữ khác như tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung, tiếng Hàn và tiếng Việt.

Mạng xã hội

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 gọi là Twitter (twitter.com/MedicareGov).

Video

Tìm video về Medicare và các chủ đề sức khỏe khác tại YouTube.com/cmshsgov.

Các liên hệ hữu ích khác

An sinh Xã hội

Truy cập SSA.gov để nộp đơn đăng ký **Original Medicare**, và tìm hiểu liệu quý vị có hội đủ điều kiện để nhận **Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)** cho chi phí thuốc của Medicare hay không. Ngoài ra, khi quý vị mở tài khoản “my Social Security” cá nhân, quý vị có thể xem Báo cáo An sinh Xã hội, xác minh thu nhập, thay đổi thông tin gửi tiền trực tiếp, yêu cầu cấp thẻ Medicare thay thế, cập nhật địa chỉ và nhiều thông tin khác. Truy cập SSA.gov/myaccount để mở tài khoản cá nhân.

Trung tâm Điều phối & Phục hồi Quyền lợi

Liên hệ với Trung tâm Điều phối & Phục hồi Quyền lợi qua số 1-855-798-2627 để báo cáo những thay đổi trong thông tin bảo hiểm của quý vị hoặc cho Medicare biết nếu quý vị có bảo hiểm khác. Người dùng TTY có thể gọi 1-855-797-2627.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình và Cơ quan Khảo sát của Tiểu bang

Hãy liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Tập trung vào Người thụ hưởng và Gia đình (BFCC-QIO) của mình nếu quý vị cho rằng bảo hiểm Medicare cho dịch vụ của quý vị sắp kết thúc quá sớm (chẳng hạn như nếu bệnh viện của quý vị nói rằng quý vị sẽ phải xuất viện nhưng quý vị không đồng ý). Quý vị có thể có quyền kháng nghị nhanh. Nếu quý vị lo ngại về chất lượng chăm sóc mà quý vị hoặc người thân nhận được tại cơ sở chăm sóc sức khỏe được tiểu bang hoặc liên bang cấp phép, hoặc nếu quý vị không hài lòng với phản hồi của nhà cung cấp dịch vụ đối với lo ngại của mình, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại chính thức trực tiếp tới cơ quan khảo sát của tiểu bang hoặc BFCC-QIO. Gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để lấy số điện thoại của BFCC-QIO hoặc cơ quan khảo sát của tiểu bang. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Để biết thêm thông tin, truy cập Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care.

Bộ Quốc phòng

Nhận thêm thông tin về TRICARE For Life (TFL) và Chương trình Dược phẩm của TRICARE .

TFL:

1-866-773-0404, TTY: 1-866-773-0405

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

Chương trình Dược phẩm 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 một cựu chiến binh hoặc đã từng phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ và quý vị có thắc mắc về các quyền lợi cựu chiến binh.

1-800-827-1000, TTY: 711

[VA.GOV](https://va.gov)

eBenefits.va.gov

Văn phòng Quản lý Nhân sự

Nhận thông tin về Chương trình Quyền lợi Sức khỏe Nhân viên Liên bang dành cho các nhân viên hiện tại và đã nghỉ hưu của liên bang.

Những người về hưu ở 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)

Những người đang làm việc ở liên bang:

Liên hệ với Cán bộ Quyền lợi của mình. Truy cập apps.opm.gov/abo để biết danh sách các Cán bộ Quyền lợi.

Ban Hưu Trí Ngành đường sắt (RRB)

Nếu quý vị nhận được quyền lợi từ RRB, hãy gọi cho họ để thay đổi địa chỉ hoặc tên, kiểm tra tính điều kiện đủ, đăng ký Medicare, thay thế thẻ Medicare hoặc báo cáo trường hợp tử vong.

1-877-772-5772, TTY: 1-312-751-4701

[RRB.gov](https://rrb.gov)

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

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

Chương Trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP)

Truy cập shiphelp.org, hoặc sử dụng thông tin miễn phí dưới đây, và cá nhân hóa cho các câu hỏi về kháng nghị, việc mua bảo hiểm khác, lựa chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe, mua bảo hiểm [Medigap](#), cũng như các quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare.

Alabama

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-243-5463

Alaska

Văn phòng Thông tin Medicare
1-800-478-6065
TTY: 1-800-770-8973

Arizona

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP) của Arizona
1-800-432-4040

Arkansas

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm Y tế cho Người cao tuổi (SHIIP)
1-800-224-6330

California

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của California (HICAP)
1-800-434-0222

Colorado

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-888-696-7213

Connecticut

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế, Tiếp cận, Thông tin và Giới thiệu, Tư vấn, Sàng lọc Đủ điều kiện của Connecticut (CHOICES)
1-800-994-9422

Delaware

Cơ quan Hỗ trợ Medicare của Delaware
1-800-336-9500

Florida

Phục vụ Nhu cầu Bảo hiểm Sức khỏe của Người cao niên (SHINE)
1-800-963-5337
TTY: 1-800-955-8770

Georgia

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang tại Georgia (SHIP)
1-866-552-4464 (tùy chọn 4)

Guam

Chương trình Hỗ trợ Medicare 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 dành cho Người cao niên (SHIBA)
1-800-247-4422

Illinois

Chương trình Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang dành cho Người cao niên (SHIP)
1-800-252-8966
TTY: 1-888-206-1327

Indiana

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

Iowa

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm Y tế cho Người cao tuổi (SHIIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

Kansas

Chương trình Cố vấn Bảo hiểm Y tế Người cao niên cho Kansas (SHICK)
1-800-860-5260

Kentucky

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-877-293-7447

Louisiana

Chương trình Thông tin về Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP) dành cho Người cao niên
1-800-259-5300

Maine

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang tại Maine (SHIP)
1-800-262-2232

Maryland

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-243-3425

Massachusetts

Phục vụ Nhu cầu Bảo hiểm Sức khỏe của Mọi người (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

Michigan

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

Minnesota

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang Minnesota/
Senior LinkAge Line
1-800-333-2433

Mississippi

MS Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang MS (SHIP)
844-822-4622

Missouri

Missouri SHIP
1-800-390-3330

Montana

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang tại Montana (SHIP)
1-800-551-3191

Nebraska

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

Nevada

Chương trình Hỗ trợ Medicare
của Nevada (MAP)
1-800-307-4444

New Hampshire

NH SHIP – ServiceLink
Trung tâm Nguồn trợ giúp
1-866-634-9412

New Jersey

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-800-792-8820

New Mexico

New Mexico ADRC-SHIP
1-800-432-2080

New York

Chương trình Thông tin Tư vấn và
Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế (HIICAP)
1-800-701-0501

North Carolina

Chương trình Thông tin về Bảo
hiểm Y tế cho Người cao tuổi (SHIIP)
1-855-408-1212

North Dakota

Cố vấn Bảo hiểm Y tế của
Tiểu bang (SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

Ohio

Chương trình Thông tin về Bảo
hiểm Y tế của Tiểu bang dành cho
Người cao niên của Ohio (OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

Oklahoma

Chương trình Hỗ trợ Medicare
của Oklahoma (MAP)
1-800-763-2828

Oregon

Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế
dành cho Người cao niên (SHIBA)
1-800-722-4134

Pennsylvania

Giáo dục Medicare Pennsylvania và Quyết
định Thông tin chi tiết (PA MEDI)
1-800-783-7067

Puerto Rico

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang (SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-878-919-7291

Rhode Island

Chương trình Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang
dành cho Người cao niên (SHIP)
1-888-884-8721
TTY: 401-462-0740

South Carolina

Sở Lão khoa của South Carolina
1-800-868-9095

South Dakota

Thông tin Sức khỏe và Giáo dục Bảo
hiểm cho Người cao niên (SHIINE)
1-800-536-8197

Tennessee

TN SHIP
1-877-801-0044
TTY: 1-800-848-0299

Texas

Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và
Tư vấn về Thông tin Sức khỏe (HICAP)
1-800-252-9240

Utah

Chương trình Thông tin về Bảo
hiểm Y tế cho Người cao tuổi (SHIP)
1-800-541-7735

Vermont

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang của Vermont
1-800-642-5119

Virgin Islands

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của
Tiểu bang Virgin Islands (VISHIP)
1-340-772-7368 St. Croix area;
1-340-714-4354 St. Thomas area

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
trên 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 của Tiểu bang
West Virginia (WV SHIP)
1-877-987-4463

Wisconsin

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang WI (SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

Wyoming

Chương trình Thông tin Bảo hiểm
Y tế của Tiểu bang Wyoming (WSHIIP)
1-800-856-4398

Mục 10:

Các Định Nghĩa

Tổ chức Chăm sóc Có trách nhiệm (ACO)

Đội ngũ các bác sĩ, bệnh viện và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp khác làm việc cùng nhau và phối hợp để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao.

Thỏa thuận chi trả trực tiếp

Một thỏa thuận của bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ, hoặc nhà cung cấp thiết bị của quý vị để được thanh toán trực tiếp bởi Medicare, để chấp nhận số tiền thanh toán mà Medicare phê duyệt cho dịch vụ, và không lập hóa đơn cho quý vị bất kỳ khoản nào ngoài khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm Medicare.

Giai đoạn quyền lợi

Cách mà Original Medicare đo lường việc quý vị sử dụng các dịch vụ tại bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Một giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị được tiếp nhận vào làm bệnh nhân nội trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không còn nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện (hoặc chăm sóc chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn) nào nữa trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải thanh toán khoản khấu trừ bệnh viện nội trú cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Không có giới hạn về số lượng giai đoạn quyền lợi.

Đồng bảo hiểm

Số tiền mà quý vị có thể phải 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%).

Đồng thanh toán

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.

Bảo hiểm thuốc kê toa có uy tín

Bảo hiểm thuốc kê toa dự kiến sẽ trả, trung bình, ít nhất bằng bảo hiểm thuốc Medicare. Có thể bao gồm bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc công đoàn hiện tại hoặc trước đây, TRICARE, Chương trình Sức khỏe Thổ dân (Indian Health Service), Bộ Cựu chiến binh (Department of Veterans Affairs), hoặc bảo hiểm y tế cá nhân.

Bệnh viện tiếp cận quan trọng

Một cơ sở nhỏ nằm ở khu vực nông thôn cách bệnh viện khác hoặc bệnh viện tiếp cận quan trọng hơn 35 dặm (hoặc 15 dặm nếu ở địa hình núi hoặc ở những khu vực chỉ có đường phụ) o với một bệnh viện hoặc một bệnh viện tiếp cận nhanh khác. Cơ sở này cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp 24/7, có 25 giường bệnh nội trú hoặc ít hơn, và duy trì thời gian lưu trú trung bình là 96 giờ hoặc ít hơn cho các bệnh nhân cấp cứu.

Khoản khấu trừ

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

Thử nghiệm

Các dự án đặc biệt, đôi khi được gọi là các “chương trình thí điểm” hoặc “nghiên cứu”, nhằm thử kiểm tra những cải tiến về bảo hiểm, thanh toán, và chất lượng chăm sóc của Medicare. Chúng thường chỉ hoạt động trong một thời gian giới hạn, dành cho một nhóm người cụ thể, và trong các khu vực cụ thể.

Trợ giúp Bổ sung

Một chương trình của Medicare để hỗ trợ những người có thu nhập và tài sản hạn chế thanh toán các chi phí trong chương trình thuốc kê toa của Medicare, như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, và đồng bảo hiểm.

Danh mục thuốc

Danh sách các loại thuốc kê toa được đài thọ bởi một chương trình thuốc kê toa hoặc một chương trình bảo hiểm khác cung cấp các quyền lợi về thuốc kê toa. Còn được gọi là danh sách thuốc.

Cơ sở phục hồi chức năng nội trú

Một bệnh viện, hoặc một phần của bệnh viện, cung cấp một chương trình phục hồi chức năng chuyên sâu cho các bệnh nhân nội trú.

Ngày dự phòng trọn đời của quý vị

Trong Original Medicare, đây là những ngày bổ sung mà Medicare sẽ chi trả khi quý vị nằm viện trong hơn 90 ngày. Quý vị có tổng cộng 60 ngày dự phòng có thể được sử dụng trong suốt cuộc đời của quý vị. Đối với mỗi ngày tích lũy trong suốt cuộc đời, Medicare sẽ thanh toán tất cả các chi phí được đài thọ ngoại trừ khoản đồng bảo hiểm hàng ngày.

Bệnh viện chăm sóc dài hạn

Các bệnh viện chăm sóc cấp tính cung cấp dịch vụ điều trị cho những bệnh nhân nằm viện trung bình hơn 25 ngày. Hầu hết các bệnh nhân được chuyển đến từ một đơn vị chăm sóc đặc biệt hoặc đơn vị chăm sóc tích cực.

Medicaid

Medicaid là một chương trình liên kết của liên bang và tiểu bang để giúp đỡ về chi phí y tế cho những người có giới hạn về thu nhập và (trong một số trường hợp) tài sản. Các chương trình của Medicaid thay đổi tùy theo từng tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận cả Medicare và Medicaid.

Cần thiết về mặt y tế

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc vật liệu cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật, chấn thương, tình trạng, bệnh tật hoặc các triệu chứng của bệnh và đáp ứng các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận.

Chương trình Medicare Advantage (Phần C)

Một loại hình chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare. Các chương trình Medicare Advantage cung cấp cho tất cả quyền lợi trong Phần A và Phần B, với một số ngoại lệ, ví dụ, một số khía cạnh nhất định của các thử nghiệm lâm sàng, được đài thọ bởi Original Medicare, ngay cả khi quý vị vẫn đang tham gia chương trình. Các Chương trình Medicare Advantage bao gồm:

- Tổ chức Duy trì Sức khỏe
- Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên
- Chương trình Tính phí Theo từng Dịch vụ Tư nhân
- Chương trình Nhu cầu Đặc biệt
- Các Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA)

Nếu quý vị đã ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage:

- Hầu hết các dịch vụ Medicare sẽ đều được đài thọ thông qua chương trình này
- Hầu hết các dịch vụ Medicare không được thanh toán theo Original Medicare
- Phần lớn các chương trình Medicare Advantage cung cấp bảo hiểm thuốc kê toa

Số tiền được Medicare phê duyệt

Khoản thanh toán mà Original Medicare đặt ra cho một dịch vụ hoặc mặt hàng được đài thọ. Khi nhà cung cấp của quý vị chấp nhận chỉ định, Medicare sẽ thanh toán phần của mình và quý vị sẽ thanh toán phần của mình với số tiền đó.

Chương trình bảo hiểm y tế Medicare

Các chương trình do các công ty tư nhân cung cấp, hợp tác với Medicare để cung cấp quyền lợi Phần A, Phần B và trong nhiều trường hợp, cả Phần D. Bao gồm Các Chương trình Medicare Advantage và một số loại bảo hiểm nhất định khác (như Chương trình Chi phí của Medicare, các chương trình PACE và chương trình thử nghiệm/thí điểm).

Chương trình Medicare

Là bất kỳ cách thức nào khác với Original Medicare để quý vị có thể nhận được bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc Medicare. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare và các chương trình thuốc Medicare.

Medigap

Bảo hiểm bổ sung Medicare do các công ty bảo hiểm tư nhân bán để lấp đầy “những giai đoạn không được bảo hiểm” trong bảo hiểm Original Medicare.

Original Medicare

Một chương trình bảo hiểm y tế theo hình thức Thanh toán theo Dịch vụ có 2 phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế). Quý vị thường trả một phần chi phí cho các dịch vụ được đài thọ khi nhận được dịch vụ. Theo Original Medicare, quý vị không có bảo hiểm thông qua Chương trình Medicare Advantage hoặc một loại chương trình 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 hưởng bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc kê toa.

Dịch vụ phòng ngừa

Chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi việc điều trị có khả năng mang lại hiệu quả tốt nhất (ví dụ như, các dịch vụ phòng ngừa bao gồm các xét nghiệm Pap, tiêm ngừa cúm và chụp nhũ ảnh sàng lọc).

Bác sĩ chăm sóc chính

Bác sĩ mà quý vị đến thăm khám đầu tiên khi gặp hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc cho quý vị và giới thiệu quý vị đến gặp họ.

Giới thiệu

Một yêu cầu bằng văn bản từ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để đến gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ y tế nhất định. Nếu không có giấy giới thiệu, chương trình của quý vị có thể không thanh toán cho các dịch vụ từ bác sĩ chuyên khoa.

Khu vực dịch vụ

Khu vực quý vị phải sinh sống để chương trình chấp nhận quý vị là thành viên. Đối với các chương trình giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, thì chương trình đó nói chung cũng giới hạn khu vực nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ định kỳ (không-cấp cứu). Các chương trình có thể, và trong một số trường hợp phải, hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của họ.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)

Cơ sở điều dưỡng có đội ngũ nhân viên và thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan khác.

Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)

Các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và phục hồi chức năng được cung cấp liên tục hàng ngày tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm trị liệu vật lý hoặc tiêm tĩnh mạch mà chỉ có thể được thực hiện bởi một y tá chuẩn định hoặc một bác sĩ vật lý trị liệu.

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 cá nhân nào trên cơ sở chủng tộc, màu da, quốc tịch, khuyết tật, giới tính (bao gồm xu hướng tính dục và bản dạng giới) hoặc độ tuổi khi tham gia, nhận hoặc nhận các dịch vụ và quyền lợi theo bất kỳ chương trình và hoạt động nào của mình, cho dù do CMS thực hiện trực tiếp hay thông qua nhà thầu hoặc bất kỳ tổ chức nào khác mà CMS sắp xếp để thực hiện các chương trình và hoạt động của mình.

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

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại nếu cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử trong một chương trình hoặc hoạt động của CMS, bao gồm việc gặp phải vấn đề với việc nhận thông tin ở định dạng để tiếp cận 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. 3 cách để nộp đơn khiếu nại đến 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/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 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 and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Giao tiếp Dễ tiếp nhận

Medicare cung cấp các dịch vụ và trợ giúp phụ trợ miễn phí, bao gồm các thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật như chữ nổi Braille, bản in chữ lớn, các tệp dữ liệu hoặc âm thanh, dịch vụ tiếp âm và thông tin liên lạc qua thiết bị TTY. Nếu quý vị yêu cầu thông tin ở định dạng dễ tiếp cận 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:

Dành cho Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Dành cho Marketplace: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

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

3. Gửi fax cho chúng tôi: 1-844-530-3676

4. Gửi thư cho chúng tôi:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

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

Lưu ý: Nếu quý vị đã ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình thuốc Medicare, hãy liên hệ với chương trình của quý vị để yêu cầu thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật. Với Medicaid, liên hệ với văn phòng Medicaid ở tiểu bang của quý vị.

Tìm kiếm trợ giúp bằng ngôn ngữ khác?

Nếu quý vị, hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, thì quý vị có quyền được nhận các trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để trao đổi với phiên dịch viên, gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Medicare فإن من حَقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک می‌رسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, volete chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulongan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lengguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Health Insurance Marketplace® là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Bộ Y Tế 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 có trong các quy chế, quy định và phán quyết có liên quan.

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

Các bản sao của sản phẩm này có miễn phí tại [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) hoặc gọi cho 1-800-MEDICARE.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Cơ quan Chính phủ
Tiền phạt đối với Việc sử dụng
Thông tin cho Mục đích Cá nhân, \$300

CMS Product No. 10050-V (Vietnamese)
September 2024

NGHIÊM CẤM BÁN LẠI

Sổ tay Medicare Quốc gia

Quý vị chuyển nhà?

Truy cập [SSA.gov](https://www.ssa.gov). Nếu quý vị đang nhận trợ cấp RRB, truy cập [RRB.gov](https://www.rrb.gov) hoặc gọi RRB theo số 1-877-772-5772. Người dùng TTY có thể gọi số 1-312-751-4701.



Medicare