

Tìm Hiểu Về Các Chương Trình Medicare Advantage



Đây là tập sách chính thức của chính phủ, cung cấp cho quý vị thông tin về:

- Các chương trình Medicare Advantage khác với Medicare Original như thế nào
- Các chương trình Medicare Advantage hoạt động ra sao
- Cách quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage

Tài liệu “**Tìm hiểu về các chương trình Medicare Advantage**” không phải là một tài liệu pháp lý. Hướng dẫn pháp lý chính thức của Chương trình Medicare có trong các quy chế, quy định và phán quyết có liên quan.

Thông tin trong tập sách này mô tả Chương trình Medicare tại thời điểm tập sách này được in. Có thể có các thay đổi sau khi in. Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để có những thông tin mới nhất. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Mục lục



Giới thiệu	4
Sự khác biệt giữa Original Medicare và Medicare Advantage là gì?	5
Các chương trình Medicare Advantage là gì?	9
Các chương trình Medicare Advantage hoạt động ra sao?	9
Các Chương trình Medicare Advantage đòi hỏi những dịch vụ nào?	9
Chi phí của tôi là bao nhiêu?	10
Ai có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage?	12
Khi nào tôi có thể tham gia, chuyển đổi hoặc bỏ một Chương trình Medicare Advantage?	13
Cách tôi có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage.	15
Các Loại hình Chương trình Medicare Advantage	17
So sánh các Chương trình Medicare Advantage cạnh nhau.	26
Điều gì xảy ra nếu tôi có Hợp đồng Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap)?	27
Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?	28

Giới thiệu



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

Có hai cách để tham gia bảo hiểm Medicare:

- **Original Medicare** là một chương trình bảo hiểm sức khỏe tính phí dịch vụ gồm hai phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế). Sau khi quý vị thanh toán khoản khấu trừ, Medicare thanh toán phần chia sẻ của họ trong số tiền được Medicare chấp thuận, và quý vị thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (khoản đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ). Nếu quý vị muốn được Medicare chi trả cho thuốc (Phần D), quý vị có thể tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt.
- **Medicare Advantage (còn được gọi là “Phần C”)** là một loại chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare. Các chương trình này bao gồm Phần A, Phần B và thường là Phần D. Các chương trình có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không chi trả.

Các quyết định của chương trình bảo hiểm y tế Medicare của quý vị ảnh hưởng đến số tiền mà quý vị chi trả để được đài thọ, dịch vụ mà quý vị nhận được, bác sĩ quý vị có thể sử dụng và chất lượng chăm sóc của quý vị.

Tìm hiểu về các lựa chọn bảo hiểm Medicare của quý vị, nhận trợ giúp từ những người mà quý vị tin tưởng và so sánh các chương trình khác nhau có thể giúp quý vị hiểu tất cả các lựa chọn dành cho mình.

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

Original Medicare

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



Phần A



Phần B



Quý vị có thể thêm:



Phần D



Quý vị cũng có thể thêm:



Bảo hiểm bổ sung



Bao gồm Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap). Hoặc, quý vị có thể sử dụng bảo hiểm từ chủ lao động hoặc công đoàn trước đây, hoặc Medicaid.

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 hầu hết các trường hợp, quý vị chỉ có thể sử dụng các bác sĩ trong mạng lưới của chương trình.
- Trong nhiều trường hợp, quý vị có thể cần được chương trình của mình chấp thuận trước khi chương trình chi trả cho một số loại thuốc hoặc dịch vụ nhất định.
- Các chương trình có thể có chi phí tự trả thấp hơn so với Original Medicare.
- Các chương trình có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không đài thọ — như các dịch vụ về thị lực, thính lực và nha khoa.



Phần A



Phần B



Hầu hết các chương trình bao gồm:



Phần D



Một số quyền lợi bổ sung

Một số chương trình cũng bao gồm:



Chi phí tự trả thấp hơn

Original Medicare so với Medicare Advantage

Lựa chọn bác sĩ và bệnh viện

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

Chi phí

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

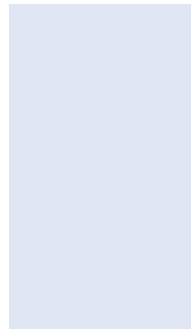
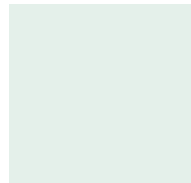
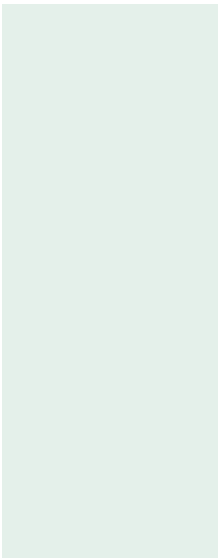
Original Medicare so với Medicare Advantage (tiếp theo)

Bảo Hiểm

Original Medicare	Medicare Advantage
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 chi trả một số phúc lợi như là khám mắt, hầu hết các dịch vụ chăm sóc nha khoa, và các lần khám định kỳ.	Các chương trình phải đài thọ tất cả các dịch vụ và vật tư cần thiết về mặt y tế mà Original Medicare đài thọ. Các chương trình cũng có thể cung cấp một số quyền lợi bổ sung mà Original Medicare không đài thọ — như các dịch vụ về thị lực, thính lực và nha khoa.
Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt để nhận được bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).	Bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D) có trong hầu hết các chương trình. Trong hầu hết các loại hình Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ không thể tham gia vào một chương trình thuốc Medicare riêng biệt.
Trong hầu hết các trường hợp, quý vị không cần phải được phê duyệt trước cho dịch vụ hoặc vật tư để nhận được đài thọ từ Original Medicare.	Trong nhiều trường hợp, quý vị cần phải được phê duyệt trước cho dịch vụ hoặc vật tư để chương trình có thể đài thọ cho điều đó.

Đi ra Nước ngoài

Original Medicare	Medicare Advantage
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.



Các chương trình Medicare Advantage

Các chương trình Medicare Advantage là gì?

Chương trình Medicare Advantage là một cách khác để nhận đài thọ Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Các Chương trình Medicare Advantage, đôi khi được gọi là “Phần C” hoặc các Chương trình “MA”, được cung cấp bởi các công ty tư nhân được Medicare phê duyệt và phải tuân theo các quy tắc do Medicare đặt ra. Hầu hết các Chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc (Phần D). Có một số loại Chương trình Medicare Advantage khác nhau (xem trang 17). Mỗi loại Chương trình Medicare Advantage này có các quy tắc đặc biệt về cách thức quý vị nhận được các dịch vụ Phần A và Phần B do Medicare đài thọ và bất kỳ quyền lợi bổ sung nào mà chương trình của quý vị đài thọ.

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

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

Các chương trình Medicare Advantage hoạt động ra sao?

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

Nếu tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị sẽ có tất cả các quyền và biện pháp bảo vệ tương tự mà quý vị nhận được theo Original Medicare.

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

Các Chương trình Medicare Advantage cung cấp tất cả các quyền lợi Phần A và Phần B của quý vị, không bao gồm các thử nghiệm lâm sàng (nghiên cứu lâm sàng), dịch vụ chăm sóc cuối đời và trong một khoảng thời gian tạm thời, một số quyền lợi mới đến từ luật pháp hoặc quyết định bảo hiểm quốc gia. Hãy chắc chắn liên hệ với chương trình của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về các dịch vụ được đài thọ.

Các Chương trình Medicare Advantage đòi hỏi cho những dịch vụ nào? (tiếp theo)

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). Các chương trình có **hạn mức hàng năm** về chi phí tự trả đối với các dịch vụ thuộc Phần A và B. Khi đạt đến giới hạn của các chương trình, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ được bảo hiểm Phần A và Phần B bao trả.

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. Xem trang 18–19 để biết thêm thông tin.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình không cung cấp bảo hiểm thuốc và quý vị không có chương trình thuốc Medicare, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu sau đó quý vị quyết định tham gia chương trình thuốc Medicare. Truy cập [Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty) để tìm hiểu thêm về hình phạt cho việc ghi danh muộn Phần D.

Chi phí của tôi là bao nhiêu?

Mỗi năm, các chương trình đặt ra số tiền họ tính cho phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và các dịch vụ. Chương trình (thay vì Medicare) quyết định số tiền quý vị phải chi trả cho các dịch vụ được bảo hiểm mà quý vị nhận được. Chương trình có thể thay đổi số tiền quý vị sẽ phải trả một lần duy nhất hàng năm, vào ngày 1 Tháng Một.

Quý vị phải trả phí bảo hiểm Phần B. Trong năm 2022, tiền phí bảo hiểm Phần B tiêu chuẩn là \$170.10 (hoặc cao hơn tùy thuộc vào thu nhập của quý vị). Một số người có trợ cấp An Sinh Xã Hội sẽ trả ít hơn (trung bình là \$130).

Khi tính toán chi phí tự trả của quý vị trong Chương trình Medicare Advantage, ngoài phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm của quý vị, quý vị cũng nên xem xét:

- Loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần và mức độ thường xuyên mà quý vị sử dụng dịch vụ đó.
- Liệu quý vị có đi gặp một bác sĩ hoặc nhà cung cấp chấp nhận sự phân công hay không. Phân công có nghĩa là bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị đồng ý (hoặc được pháp luật yêu cầu) chấp nhận số tiền được Medicare chấp thuận là phần thanh toán đầy đủ cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
- 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.
- Liệu quý vị có Medicaid hoặc nhận trợ giúp từ tiểu bang thông qua Chương trình Tiết kiệm Medicare để thanh toán các chi phí Medicare hay không.
- Giới hạn chi phí tự trả tối đa do chương trình của quý vị đặt ra.

Chi phí của tôi là bao nhiêu? (tiếp theo)

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

Khoản khấu trừ (Deductible)—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.

Đồng bảo hiểm (Coinsurance)—Đây là số tiền mà quý vị có thể phải thanh toán như phần chia sẻ phí tổn cho các dịch vụ sau khi quý vị trả xong bất cứ khoản khấu trừ nào. Đồng bảo hiểm thường là một tỷ lệ phần trăm nhất định (ví dụ: 20%).

Đồng thanh toán (Copayment)—Đây là số tiền mà quý vị có thể phải thanh toán như phần chia sẻ phí tổn cho một dịch vụ hoặc tiếp liệu y tế như đi khám bác sĩ, thăm khám ngoại trú hoặc thuốc theo toa. Đồng thanh toán thường là một số tiền cố định, thay vì tỷ lệ phần trăm. Ví dụ: quý vị có thể trả \$10 hoặc \$20 cho một lần khám bác sĩ hoặc mua thuốc theo toa.

Giới hạn Tự Chi trả Tối đa (Maximum Out-of-Pocket Limit)—Số tiền tối đa quý vị phải trả cho các dịch vụ được Phần A và Phần B chi trả nếu quý vị tham gia Chương trình Medicare Advantage.

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

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

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

Quyết định của tổ chức

Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể nhận trước quyết định bằng lời hoặc bằng văn bản từ chương trình của quý vị để xem liệu chương trình đó có đài thọ cho dịch vụ, thuốc hoặc vật tư nào đó hay không. Quý vị cũng có thể biết được số tiền mình sẽ phải trả. **Đây gọi là “quyết định của tổ chức” (“organization determination”).** Để có được sự cho phép trước để chương trình của quý vị đài thọ một dịch vụ, thuốc hoặc vật tư, quý vị có thể phải yêu cầu nhận quyết định của tổ chức.

Quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu để có được quyết định của tổ chức. Người đại diện là một người mà quý vị chỉ định để hỗ trợ quý vị. Người đại diện của quý vị có thể là một thành viên gia đình, bạn bè, người biện hộ, luật sư, cố vấn tài chính, bác sĩ, hoặc một ai đó khác sẽ hành động thay mặt cho quý vị. Dựa trên nhu cầu sức khỏe của quý vị, quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ của quý vị có thể đề nghị giải quyết nhanh yêu cầu nhận quyết định của tổ chức. 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.

Chi phí của tôi là bao nhiêu? (tiếp theo)

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

Ai có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage?

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

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

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

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

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

Nếu quý vị mắc ESRD, quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn Ghi danh Mở (từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai) để được bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, trong Giai đoạn Ghi danh Ban đầu khi quý vị lần đầu đủ điều kiện cho Medicare, hoặc trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nếu quý vị đủ điều kiện nhận khoảng thời gian này.

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

Nếu tôi có bảo hiểm khác thì sao?

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

Lưu ý: Trong một số trường hợp nhất định (như nếu quý vị chuyển đi nơi khác), quý vị có thể tham gia, chuyển đổi hoặc từ bỏ chương trình vào những thời điểm khác.

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

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

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

Giai đoạn Ghi danh Mở cho Medicare Advantage—Từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba hàng năm, quý vị có thể thực hiện những thay đổi sau:

- Nếu quý vị đang tham gia một Chương trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc), quý vị có thể chuyển sang Chương trình Medicare Advantage khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc).
- Quý vị có thể 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.

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

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

Quý vị chỉ có thể thực hiện một thay đổi trong Giai đoạn Ghi danh Mở cho Medicare Advantage, và bất kỳ thay đổi nào quý vị thực hiện sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị trở lại với Original Medicare và tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng, quý vị không cần phải liên hệ với Chương trình Medicare Advantage của mình để hủy ghi danh. Việc hủy ghi danh sẽ diễn ra tự động khi quý vị tham gia vào chương trình thuốc. Nếu quý vị đã có bảo hiểm Phần A và quý vị đăng ký Phần B lần đầu tiên từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba hàng năm, quý vị cũng có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage cùng lúc. Trong trường hợp này, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình nhận được yêu cầu của quý vị.

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

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu—Khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị. Đây là khoảng thời gian dài 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng quý vị bước sang tuổi 65, bao gồm tháng quý vị bước sang tuổi 65 và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị bước sang tuổi 65. **Nếu quý vị dưới 65 tuổi và có khuyết tật**, quý vị sẽ tự động nhận được Phần A và Phần B sau khi quý vị nhận được phúc lợi khuyết tật từ An sinh Xã hội hoặc một số phúc lợi khuyết tật từ Ủy ban Hưu trí Đường sắt trong 24 tháng.

Nếu quý vị đăng ký trong 3 tháng đầu của Giai đoạn Ghi danh Ban đầu, trong hầu hết các trường hợp, bảo hiểm của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của 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 tham gia Chương trình Medicare Advantage vào tháng mà quý vị bước sang tuổi 65 hoặc trong 3 tháng cuối cùng của Giai đoạn Ghi danh Ban đầu, ngày bắt đầu bảo hiểm của quý vị sẽ bị trì hoãn.

Lưu ý: Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một năm 2023, nếu quý vị đăng ký 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.

Nếu quý vị tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn Ghi danh Ban đầu, thì quý vị có thể đổi sang một Chương trình Medicare Advantage khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc) hoặc quay lại Original Medicare (có hoặc không có chương trình thuốc Medicare riêng) trong vòng 3 tháng đầu quý vị có Medicare.

Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt—Trong hầu hết các trường hợp, nếu quý vị tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị phải tiếp tục tham gia trong năm dương lịch bắt đầu vào ngày mà bảo hiểm của quý vị bắt đầu. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định, chẳng hạn như 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.

Lưu ý: Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một năm 2023, quý vị có thể đủ điều kiện cho Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt để đăng ký Medicare (và tham gia Chương trình Medicare Advantage) nếu quý vị bỏ lỡ giai đoạn đăng ký vì một số tình huống ngoại lệ, chẳng hạn như bị ảnh hưởng bởi thiên tai hoặc do tình trạng khẩn cấp. Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) hoặc liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

Cách tôi có thể tham gia Chương trình Medicare Advantage?

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

- Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) và tìm kiếm theo mã ZIP để tìm một chương trình và tham gia. Quý vị cũng có thể đăng nhập để có kết quả cá nhân hóa. Nếu quý vị có thắc mắc về một chương trình, hãy chọn “Plan Details” (Chi tiết Chương trình) để có được thông tin liên hệ của chương trình.
- Gọi cho chương trình mà quý vị muốn tham gia hoặc truy cập trang web của chương trình để xem quý vị có thể tham gia trực tuyến hay không.
- Điền vào một mẫu đơn đăng ký trên giấy. Liên hệ với chương trình để nhận được một mẫu đơn ghi danh, điền và gửi lại cho chương trình. Tất cả các chương trình phải cung cấp tùy chọn này.
- Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

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

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

Các Loại hình Chương trình Medicare Advantage



Có nhiều loại Chương trình Medicare Advantage khác nhau:

- Các chương trình Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO): Xem trang 18.
- Các chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO): Xem trang 19.
- Các chương trình Dịch vụ có trả phí Tự nhân (PFFS): Xem trang 20–21.
- Các chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNPs): Xem trang 21–23.
- Các Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MSA): Xem trang 24–25.

Khu vực nơi quý vị hiện sinh sống có thể có tất cả, một số hoặc không có sẵn các loại chương trình này. Ngoài ra, nhiều chương trình cùng loại có thể có sẵn trong khu vực của quý vị, nếu các công ty tư nhân chọn cung cấp chúng. Để tìm các Chương trình Medicare Advantage sẵn có, truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), đọc cuốn sổ tay “Medicare & You” (Medicare & Bạn), hoặc gọi số 1-800-MEDICARE. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

Chương trình Tổ chức Bảo vệ Sức Khỏe (HMO)

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

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

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

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. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần chọn một bác sĩ chăm sóc chính. Một số dịch vụ nhất định, như chụp quang tuyến vú hàng năm, không cần phải được giới thiệu. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác rời khỏi mạng lưới chương trình, chương trình sẽ thông báo cho quý vị. Quý vị có thể chọn một bác sĩ khác trong mạng lưới của chương trình.

Các Chương trình Điểm Dịch vụ HMO Point-of-Service (HMOPOS) là những chương trình HMO **có thể cho phép quý vị nhận một số dịch vụ ngoài mạng lưới với khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm cao hơn.** Điều quan trọng là quý vị phải tuân theo các quy tắc của chương trình, chẳng hạn như nhận được sự phê duyệt trước cho một dịch vụ nhất định khi chương trình yêu cầu.

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

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

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

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

Chương trình Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên (PPO) là một Chương trình Medicare Advantage 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.

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

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

Trước khi nhận các dịch vụ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị có thể muốn yêu cầu nhận quyết định của tổ chức về phạm vi bảo hiểm từ chương trình PPO của quý vị để đảm bảo rằng các dịch vụ đó là cần thiết về mặt y tế và chương trình của quý vị sẽ đài thọ chúng. Xem trang 11 để biết thêm thông tin về các quyết định của tổ chức.

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

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

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

Chương trình Dịch vụ có trả phí Tư nhân (PFFS)

Chương trình Dịch vụ có trả phí Tư nhân (Private Fee-for-Service, hay PFFS) là một loại khác của Chương trình Medicare Advantage được cung cấp bởi một công ty bảo hiểm y tế tư nhân. Chương trình PFFS không giống như Original Medicare hay Bảo hiểm Bổ sung Medicare (Medigap).

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

Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ nào được Medicare chấp thuận, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện chấp nhận các điều khoản thanh toán của chương trình, đồng ý điều trị cho quý vị và không lựa chọn không tham gia Medicare (đối với các vật phẩm và dịch vụ của Medicare Phần A và Phần B). Nếu quý vị tham gia vào một chương trình PFFS có một mạng lưới, thì quý vị cũng có thể thăm khám với bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào trong mạng lưới đã đồng ý luôn điều trị cho các hội viên của chương trình. Quý vị cũng có thể chọn một bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp khác ngoài mạng lưới, miễn họ chấp nhận các điều khoản của chương trình, nhưng quý vị có thể trả nhiều tiền hơn. Thông thường, thẻ ID chương trình của quý vị cho nhà cung cấp của quý vị biết rằng quý vị thuộc chương trình PFFS.

Nếu nhà cung cấp của quý vị đồng ý với các điều khoản và điều kiện thanh toán của chương trình, nhà cung cấp đó phải tuân theo chúng và lập hóa đơn dịch vụ mà quý vị sử dụng cho chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nhà cung cấp của quý vị có thể quyết định vào bất kỳ lần khám nào trong tương lai về việc ngừng điều trị cho quý vị.

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

Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị lựa chọn điều trị cho quý vị, họ chỉ có thể lập hóa đơn cho quý vị số tiền chia sẻ chi phí mà chương trình cho phép. Họ phải lập hóa đơn cho chương trình đối với các dịch vụ mà quý vị được đài thọ. Quý vị chỉ phải thanh toán khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chương trình cho phép đối với các dịch vụ mà quý vị nhận được. Sau đó, nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn cho chương trình đối với số tiền của các dịch vụ được đài thọ.

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

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

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

Chương trình Dịch vụ có trả phí Tư nhân (PFFS) (tiếp theo)

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).

Các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP)

Các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt cung cấp các quyền lợi và dịch vụ cho những người mắc các bệnh cụ thể, một số nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhất định, hoặc những người đồng thời có bảo hiểm Medicaid. Các chương trình SNP điều chỉnh các phúc lợi, lựa chọn nhà cung cấp và danh sách thuốc được đòi hỏi để đáp ứng tốt nhất nhu cầu cụ thể của các nhóm mà họ phục vụ.

SNP là các loại chương trình PPO, HMO hoặc HMOPOS, và đòi hỏi các dịch vụ Medicare Phần A và Phần B mà tất cả các Chương trình Medicare Advantage đều đòi hỏi. Tuy nhiên, SNP cũng có thể chi trả các dịch vụ bổ sung phù hợp với các nhóm đặc biệt mà họ phục vụ. Ví dụ: nếu quý vị gặp phải một tình trạng bệnh nghiêm trọng hoặc mãn tính, như ung thư hoặc suy tim mãn tính và cần phải ở lại bệnh viện, SNP có thể chi trả thêm số ngày nằm viện bổ sung. SNP cũng phải cung cấp bảo hiểm thuốc Medicare (Phần D).

Mỗi Chương trình SNP giới hạn tư cách hội viên của mình cho những người thuộc một trong các nhóm này hoặc một nhóm phụ của một trong những nhóm này. Quý vị chỉ có thể duy trì ghi danh vào SNP nếu quý vị tiếp tục đáp ứng các điều kiện đặc biệt mà chương trình phục vụ.

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận SNP nếu hiện đang sinh sống trong khu vực dịch vụ của chương trình và đáp ứng các yêu cầu đối với một trong 3 loại SNP:

1. SNP cho tình trạng bệnh mãn tính (hoặc C-SNP): Quý vị có một hoặc nhiều tình trạng bệnh mãn tính nghiêm trọng hoặc khuyết tật cụ thể như:

- Nghiện rượu hoặc các loại ma túy khác mãn tính
- Một số tình trạng rối loạn tự miễn dịch
- Ung thư (không bao gồm bệnh tiền ung thư)
- Một số tình trạng rối loạn tim mạch
- Suy tim mãn tính
- Sa sút trí tuệ

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

SNP cho tình trạng bệnh mãn tính (tiếp theo)

- Tiểu đường
- Bệnh gan giai đoạn cuối
- Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) yêu cầu lọc máu (bất kỳ hình thức lọc máu)
- Một số tình trạng rối loạn huyết học nghiêm trọng
- HIV/AIDS
- Một số tình trạng rối loạn phổi nghiêm trọng
- Một số tình trạng sức khỏe tâm thần mãn tính và khuyết tật
- Một số tình trạng rối loạn thần kinh
- Đột quy

2. **SNP Tổ chức (hay I-SNP):** Quý vị sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc mà một cơ sở chăm sóc cung cấp, hoặc nếu quý vị sống (hoặc dự kiến sẽ sống) ít nhất 90 ngày liên tục trong một cơ sở như:

- Viện dưỡng lão, bệnh xá
- Cơ sở chăm sóc trung cấp
- Cơ sở điều dưỡng chuyên môn
- Bệnh viện phục hồi chức năng
- Bệnh viện chăm sóc dài hạn
- Bệnh viện swing-bed (có thể linh hoạt chuyển đổi mục đích của giường bệnh)
- Bệnh viện tâm thần
- Cơ sở khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dài hạn tương tự và nơi mà cư dân có nhu cầu và tình trạng chăm sóc sức khỏe tương tự như cư dân của các cơ sở được liệt kê ở trên

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) (tiếp theo)

3. **SNP với điều kiện hội đủ kép (hay D-SNP):** Quý vị 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.

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

Nếu SNP của quý vị là HMO, quý vị thường phải nhận sự chăm sóc và dịch vụ của mình từ các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp ngoài khu vực hoặc lọc máu ngoài khu vực). Quý vị có thể được yêu cầu phải có một bác sĩ chăm sóc chính.

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

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

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

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

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

Các chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare (MSA)

Các chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế (Medical Savings Account, hay MSA) của Medicare kết hợp gói bảo hiểm có mức khấu trừ cao với tài khoản tiết kiệm y tế mà quý vị có thể sử dụng để thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của mình.

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

Khi quyết định chương trình MSA nào mà mình muốn, quý vị sẽ cần liên hệ với chương trình đó để biết thông tin ghi danh và tham gia. Chương trình sẽ cho quý vị biết cách thiết lập tài khoản của quý vị với ngân hàng mà chương trình chọn. Quý vị phải thiết lập tài khoản này trước khi chương trình có thể xử lý thông tin ghi danh của quý vị. Sau khi quý vị tham gia, quý vị sẽ nhận được thư từ chương trình cho quý vị biết khi nào bảo hiểm của quý vị bắt đầu. Sau khi quý vị tham gia và có bảo hiểm MSA:

- Medicare cung cấp cho chương trình một khoản tiền mỗi năm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Chương trình thay mặt quý vị gửi tiền vào tài khoản của quý vị. Quý vị không thể gửi bằng tiền của riêng mình.
- Quý vị có thể sử dụng tiền trong tài khoản của mình để thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả chi phí chăm sóc sức khỏe không được Medicare chi trả.
- Nếu quý vị sử dụng tất cả số tiền trong tài khoản của mình và phát sinh thêm chi phí chăm sóc sức khỏe, quý vị sẽ phải trả tiền cho các dịch vụ được Medicare chi trả cho đến khi quý vị đạt được khoản khấu trừ của chương trình.
- Trong thời gian quý vị phải trả tiền túi cho các dịch vụ trước khi khoản khấu trừ được đáp ứng, các bác sĩ và các nhà cung cấp khác không thể tính phí cho quý vị nhiều hơn số tiền được Medicare chấp thuận.
- Các khoản thanh toán quý vị thực hiện cho các dịch vụ Phần A và Phần B do Medicare đài thọ được tính vào khoản khấu trừ của chương trình của quý vị. Sau khi đạt được khoản khấu trừ của mình, chương trình của quý vị sẽ chi trả cho các dịch vụ được Medicare chi trả.
- Số tiền còn lại trong tài khoản của quý vị vào cuối năm sẽ vẫn ở trong tài khoản và có thể được sử dụng cho chi phí chăm sóc sức khỏe trong những năm tới. Nếu chọn dùng chương trình MSA vào năm sau, khoản tiền gửi mới sẽ được thêm vào bất kỳ số tiền còn lại nào.

Các loại Chương trình Medicare Advantage (tiếp theo)

Các Chương trình MSA và thuế của quý vị

Nếu quý vị sử dụng tiền từ tài khoản của mình, khi nộp thuế thu nhập, quý vị phải nộp kèm theo Mẫu IRS 8853 có thông tin về cách quý vị đã sử dụng tiền trong tài khoản của mình.

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

IRS cung cấp thêm thông tin về thuế liên quan đến các chương trình MSA, như danh sách Chi phí Y tế Đủ tiêu chuẩn. Truy cập irs.gov/forms-pubs/about-publication-969.

Liên hệ với cố vấn tài chính cá nhân của quý vị (nếu quý vị có) để được tư vấn và nhận lời khuyên về ảnh hưởng của việc chọn chương trình MSA đến tình hình tài chính của quý vị.

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

Các chương trình MSA thường không có một mạng lưới các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể nhận các dịch vụ Medicare Phần A và Phần B từ bất kỳ nhà cung cấp đủ điều kiện của Medicare nào ở Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ Hoa Kỳ.

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

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

Tuy nhiên, nếu tham gia chương trình MSA và đã có hợp đồng bảo hiểm Medigap với bảo hiểm thuốc (một số hợp đồng bảo hiểm được bán trước ngày 1 Tháng Một năm 2006, có bảo hiểm thuốc), quý vị có thể tiếp tục sử dụng bảo hiểm này để thanh toán cho một số loại thuốc của mình.

So sánh các Chương trình Medicare Advantage cạnh nhau

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

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
Phí bảo hiểm Hầu hết các chương trình có tính phí bảo hiểm hàng tháng không?	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Có Nhiều chương trình tính thêm phí bảo hiểm ngoài phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.	Không Quý vị sẽ không phải trả khoản phí bảo hiểm hàng tháng riêng, nhưng quý vị sẽ tiếp tục trả phí bảo hiểm Phần B hàng tháng.
Thuốc Chương trình có cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Phần D) không?	Thường xuyên Nếu quý vị tham gia một chương trình HMO không cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa, quý vị không thể tham gia một Chương trình thuốc Medicare riêng biệt.	Thường xuyên Nếu quý vị tham gia một Chương trình PPO không cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa, quý vị không thể tham gia một Chương trình thuốc Medicare riêng biệt.	Thường xuyên Nếu quý vị tham gia một Chương trình PFFS không cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa, quý vị có thể tham gia một Chương trình thuốc Medicare riêng biệt.	Có Tất cả Chương trình SNP phải cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Phần D).	Không Quý vị có thể tham gia một chương trình thuốc Medicare riêng biệt. Nếu quý vị đã có hợp đồng bảo hiểm Medigap có bảo hiểm thuốc, quý vị có thể tiếp tục sử dụng bảo hiểm này.
Nhà cung cấp dịch vụ Tôi có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào chấp nhận Medicare cho các dịch vụ được bảo hiểm không?	Đôi khi Quý vị thường phải nhận sự chăm sóc và dịch vụ của mình từ các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình, (trừ chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc lọc máu ngoài khu vực). Trong một chương trình HMOPOS, quý vị có thể nhận được một số dịch vụ ngoài mạng lưới với mức đồng thanh hoặc đồng bảo hiểm cao hơn.	Có Mỗi chương trình có một mạng lưới các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác mà quý vị có thể đến. Quý vị có thể ra khỏi mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ, nhưng chi phí mà quý vị phải trả có thể cao hơn.	Có Quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc bệnh viện nào được Medicare chấp thuận miễn là họ chấp nhận các điều khoản thanh toán của chương trình và đồng ý điều trị cho quý vị . Nếu chương trình có mạng lưới dịch vụ, quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà cung cấp trong mạng lưới (nếu quý vị đến nhà cung cấp ngoài mạng lưới chấp nhận các điều khoản của chương trình, quý vị có thể phải trả thêm tiền).	Đôi khi Nếu SNP của quý vị là HMO, quý vị phải nhận sự chăm sóc và dịch vụ cho mình từ các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của SNP (ngoại trừ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, hoặc lọc máu ngoài khu vực). Tuy nhiên, nếu SNP của quý vị là một PPO, quý vị có thể nhận được các dịch vụ được Medicare bảo hiểm bên ngoài mạng lưới.	Có Các chương trình MSA thường không có mạng lưới các nhà cung cấp. Quý vị có thể đến các nhà cung cấp được Medicare phê duyệt để nhận các dịch vụ mà Original Medicare bảo hiểm.
Giới thiệu Tôi có cần sự giới thiệu từ bác sĩ của mình để gặp bác sĩ chuyên khoa không?	Có	Không	Không	Có thể Nếu SNP là HMO, quý vị cần có giấy giới thiệu. Nếu SNP là PPO, quý vị không cần giới thiệu.	Không

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

Nếu quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quý vị không thể mua Medigap. Tuy nhiên, nếu quý vị hiện có hợp đồng bảo hiểm Medigap, có một số trường hợp ngoại lệ (tùy thuộc vào tiểu bang) có thể cho phép quý vị tiếp tục tham gia hợp đồng bảo hiểm này. Ví dụ: nếu quý vị đã có chương trình Medigap khi tham gia MSA, quý vị có thể giữ hợp đồng bảo hiểm Medigap của mình và sử dụng hợp đồng này để nhận bảo hiểm thuốc theo toa. Kiểm tra với Sở Bảo hiểm Tiểu bang của quý vị nếu quý vị muốn giữ hợp đồng bảo hiểm Medigap và tham gia Chương trình Medicare Advantage. 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.

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

- Nếu đã có hợp đồng Medigap trước khi tham gia, quý vị có thể có lại một hợp đồng giống vậy nếu công ty vẫn bán nó. Nếu hợp đồng đó không có sẵn, quý vị có thể mua một hợp đồng khác.
- Nếu quý vị tham gia một Chương trình Medicare Advantage khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare (và quý vị không hài lòng với chương trình đó), thì quý vị có thể chọn bất kỳ hợp đồng Medigap nào khi quý vị chuyển sang Original Medicare trong năm đầu tiên tham gia.
- Một số tiểu bang còn cung cấp thêm các quyền đặc biệt bổ sung để mua một hợp đồng Medigap. Some states provide additional special rights to buy a Medigap policy.

Medigap được bán cho những người đủ điều kiện tham gia Medicare sẽ không được phép chi trả khoản khấu trừ Phần B. Để biết thêm thông tin về các chương trình Medigap, hãy xem “Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare.” (“Chọn một Hợp đồng Medigap: Hướng dẫn Bảo hiểm Sức khỏe cho Người có Medicare”)

Tôi có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

- **Tìm một chương trình Medicare**

So sánh các chương trình bảo hiểm sức khỏe và thuốc để tìm bảo hiểm đáp ứng nhu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể nhập tên thuốc để xem chi phí chính xác hơn cho các chương trình trong khu vực của mình. Truy cập [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) để tìm và so sánh các chương trình đáp ứng nhu cầu của quý vị.

- **1-800-MEDICARE**

1-800-MEDICARE có thể giúp quý vị với các thắc mắc cụ thể về việc lập hóa đơn, khiếu nại, bệnh án y tế, chi phí và nhiều nội dung khác nữa. Gọi số 1-800-633-4227. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

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

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

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

Quý vị có thể tìm số điện thoại các Chương trình SHIP của tiểu bang mình bằng cách truy cập vào trang [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org), hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE.

- **Các chương trình Medicare Advantage**

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

Thông tin Liên lạc Dễ Tiếp cận CMS

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

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

1. Gọi cho chúng tôi:

Dành cho Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

2. Gửi fax cho chúng tôi: 1-844-530-3676

3. Gửi thư cho chúng tôi:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff

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

Thông báo Không Phân biệt Đối xử

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

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

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

1. **Trực tuyến:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Qua điện thoại:** Gọi số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-537-7697.
3. **Bằng văn bản:** Gửi thông tin về khiếu nại của quý vị đến:

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

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Cơ quan Chính phủ

Tiền phạt đối với Việc sử dụng Thông tin cho Mục đích Cá nhân là \$300

CMS Product No. 12026-V (Vietnamese)

Revised July 2022

Tìm Hiểu Về Các Chương Trình Medicare Advantage

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

