IEHP DualChoice (HMO D-SNP) do Chương trình Inland Empire Health Plan cung cấp

Thông Báo Thường Niên về Những Thay Đổi cho năm 2025

Giới Thiệu

Quý vị hiện đã ghi danh trở thành hội viên của chương trình của chúng tôi. Năm tới, sẽ có một số thay đổi về quyền lợi, phạm vi bảo hiểm, quy định và chi phí của chúng tôi. *Thông báo Thường niên về Những Thay đổi (Annual Notice of Changes)* này cho quý vị biết về những thay đổi và nơi tìm thêm thông tin. Để biết thêm thông tin về chi phí, quyền lợi hoặc quy định, vui lòng xem *Sổ Tay Hội Viên* có trên trang web của chúng tôi tại www.iehp.org. Các thuật ngữ chính và định nghĩa xuất hiện theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Sổ Tay Hội Viên* của quý vị.

Nguồn trợ giúp bổ sung

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Hoa và Tiếng Việt.
- Quý vị có thể nhận *Thông báo Thường niên về Những Thay đổi* này miễn phí ở các định dạng khác như định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Vui lòng gọi ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối [Giờ Chuẩn Thái Bình Dương (Pacific Standard Time, PST)], 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-718-4347. Cuộc gọi này được miễn cước.
- Để thực hiện yêu cầu nhận cố định về việc nhận tài liệu bằng ngôn ngữ quý vị ưa thích hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347.
- ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347 or 711). These services are free.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ

1-877- 273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير.
اتصل بـ1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-273-IEHP (4347)(TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی **Persian (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-273-IEHP (4347) (TTY:1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ĦĲ ☻ĩ◦ ℓ Ĕā Ĕ◦ ĔĀ (Laotian)

′ Ē☻Ĕ♦ :
♪ØĔĿæĔĳ ♪Øĉ ♂☻Ĕĳ ♀ĀĔ▪ ♣æĀ♥ ĥçýŒĉ Ĩĳ ℓ Ĕā Ĕ☼ĉ ♂ĿæĔĳ ĨĈØĥĲĈ ĔĥŵŴ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ♥ų♂ŵ ♀ĀĔ▪ ♣æĀ♥ ĥçýŒĉ Ħ◦ Ē☻Ĕĳ ẁŴ☻Ĕĳ āŵĔ◦ųn åĳ ŴŴ☻Ĕĳ ĥæ♣ųĳ ĥĉ ☻Ēā Ĕĳ ŴĦĥ′ų ĳ ĉų☻ā ĉ ĳ ĳÅĳ Ħ◦ Ē♣ŵĥ♪ ŴŴ▪ ĨĈ♥æ ĨĈØĥĲĈ ĔĥŵŴ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ☻Ĕĳ ẁŴ☻Ĕĳ ĥæĔŵýŴØ♪Øĉ ♂ĥā ♥ ♀æĔĨ ♣ØæĔ♥ Ĩ♦ Ī .

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ **(Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Mien (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия (TTY: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:
หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) **นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข** 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) **ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้**

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY:1-800-718-4347). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Mục Lục

A. Khước từ trách nhiệm 9

B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới.....9

B1. Thông tin về Chương trình IEHP DualChoice.....9

B2. Những điều quan trọng cần làm: 10

C. Các thay đổi đối với nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi11

D. Thay đổi về quyền lợi trong năm tới 11

D1. Thay đổi về quyền lợi đối với các dịch vụ y tế.....11

D2. Thay đổi đối với bảo hiểm thuốc kê toa.....14

E. Chọn một chương trình 17

E1. Tiếp tục sử dụng chương trình của chúng tôi.....17

E2. Thay đổi chương trình.....17

F. Tìm sự trợ giúp.....21

F1. Chương trình của chúng tôi.....21

F2. Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Y tế (HICAP).....22

F3. Chương Trình Thanh Tra 22

F4. Medicare 22

F5. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California.....23

A. Khước từ trách nhiệm

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một Chương Trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- ❖ Bảo hiểm theo IEHP DualChoice là bảo hiểm y tế đủ tiêu chuẩn được gọi là "bảo hiểm thiết yếu tối thiểu". Bảo hiểm này đáp ứng yêu cầu trách nhiệm chung của cá nhân theo Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Giá Phải Chăng (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) tại địa chỉ *www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families* để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chung của từng cá nhân.
- ❖ Các quyền lợi và/hoặc khoản đồng thanh toán có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 hàng năm.

B. Xem xét bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho năm tới

Việc xem xét khoản đài thọ của quý vị ngay bây giờ đóng vai trò quan trọng nhằm đảm bảo rằng khoản đài thọ vẫn sẽ đáp ứng nhu cầu của quý vị trong năm tới. Nếu khoản đài thọ không đáp ứng nhu cầu của quý vị, quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Tham khảo **Phần D** để biết thêm thông tin về quyền lợi này.

Nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi, tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày cuối cùng của tháng mà yêu cầu của quý vị đã được đưa ra . Quý vị vẫn sẽ tham gia chương trình Medicare và Medi-Cal nếu hội đủ điều kiện.

Nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Phần E2** (*Thay Đổi Chương Trình*, trang 17).
- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal trong **Phần E2** (*Thay Đổi Chương Trình*, trang 17).

B1. Thông tin về Chương trình IEHP DualChoice

- IEHP DualChoice là chương trình bảo hiểm sức khỏe đã ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho hội viên.
- Bảo hiểm theo IEHP DualChoice là bảo hiểm y tế đủ tiêu chuẩn được gọi là "bảo hiểm thiết yếu tối thiểu". Bảo hiểm này đáp ứng yêu cầu trách nhiệm chung của cá nhân theo Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Giá Phải Chăng (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) tại địa chỉ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chung của cá nhân.
- Khi *Thông báo Thường niên về Những Thay đổi* này nói "chúng tôi", "của chúng tôi" hoặc "chương trình của chúng tôi", điều đó có nghĩa là Chương Trình Medicare Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.iehp.org.

B2. Những điều quan trọng cần làm:

- **Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào trong quyền lợi của chúng tôi có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
    - Có bất kỳ thay đổi nào ảnh hưởng đến các dịch vụ mà quý vị sử dụng không?
    - Xem xét những thay đổi về quyền lợi nhằm đảm bảo rằng chúng sẽ phù hợp với quý vị trong năm tới.
    - Xem **Phần D1** để biết thông tin về những thay đổi đối với quyền lợi trong chương trình của chúng tôi.
- **Kiểm tra xem có bất kỳ thay đổi nào trong bảo hiểm thuốc theo toa của chúng tôi có thể ảnh hưởng đến quý vị không.**
    - Thuốc của quý vị sẽ được đài thọ chứ? Quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc như trước không? Sẽ có bất kỳ thay đổi nào như sự cho phép trước, liệu pháp từng bước hoặc giới hạn số lượng không?
    - Xem xét những thay đổi nhằm đảm bảo rằng bảo hiểm thuốc của chúng tôi sẽ phù hợp với quý vị trong năm tới.
    - Xem **Phần D2** để biết thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của chúng tôi.
- **Kiểm tra xem các nhà thuốc và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi trong năm tới không.**
    - Các bác sĩ, bao gồm cả bác sĩ chuyên khoa của quý vị, có nằm trong mạng lưới của chúng tôi không? Còn nhà thuốc của quý vị thì sao? Các bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác mà quý vị sử dụng thì thế nào?
    - Xem **Phần C** để biết thông tin về *Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế và Nhà Thuốc* của chúng tôi.
- **Cân nhắc chi phí tổng thể của quý vị trong chương trình.**
    - Tổng chi phí so với các lựa chọn đài thọ khác thì như thế nào?
- **Cân nhắc liệu quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi không.**

Nếu quý vị quyết định gắn bó với IEHP DualChoice:	**Nếu quý vị quyết định thay đổi chương trình:**
Nếu quý vị muốn gắn bó với chúng tôi trong năm tới, vậy thì rất đơn giản – quý vị không cần làm gì cả. Nếu quý vị không thực hiện thay đổi, quý vị sẽ tự động được tiếp tục ghi danh vào chương trình IEHP DualChoice.	Nếu quý vị quyết định rằng khoản đài thọ khác sẽ đáp ứng tốt hơn nhu cầu của quý vị, quý vị có thể đổi sang chương trình khác (tham khảo **Phần E2** để biết thêm thông tin). Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình mới hoặc đổi sang Original Medicare, phạm vi bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

C. Các thay đổi đối với nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi

Mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhà thuốc của chúng tôi đã thay đổi cho năm 2025.

Vui lòng xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế và Nhà Thuốc* năm 2025 để tìm hiểu xem các nhà thuốc hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. *Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế và Nhà Thuốc* cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại www.iehp.org. Quý vị cũng có thể gọi tới ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế và Nhà Thuốc* cho quý vị qua thư.

Quý vị cần biết rằng chúng tôi cũng có thể thực hiện thay đổi về mạng lưới của chúng tôi trong suốt năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình, quý vị được hưởng một số quyền và biện pháp bảo vệ nhất định. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 3** trong *Sổ Tay Hội Viên* của quý vị.

D. Thay đổi về quyền lợi trong năm tới

D1. Thay đổi về quyền lợi đối với các dịch vụ y tế

Chúng tôi sẽ thay đổi phạm vi bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế trong năm tới. Bảng bên dưới mô tả những thay đổi này.

	2024 (năm nay)	**2025 (năm tới)**
Bữa Ăn Lành Mạnh cho Người Mắc Bệnh Mãn Tính	Quyền lợi này **không** được đài thọ vào năm 2024.	Các hội viên đủ điều kiện trả $0. Quyền lợi này bao gồm tối đa 2 bữa ăn mỗi ngày trong tối đa

	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
		365 ngày trong năm chương trình. Quý vị phải mắc **cả** bệnh tiểu đường và bệnh tim mạch và đáp ứng các tiêu chí khác để đủ điều kiện. Khả năng đủ điều kiện nhận quyền lợi này không thể được đảm bảo chỉ dựa vào tình trạng của quý vị. Tất cả các yêu cầu về tính đủ điều kiện hiện hành phải được đáp ứng trước khi quyền lợi được cung cấp. Vui lòng xem Sổ Tay Hội Viên của quý vị để biết thêm thông tin. Medicare đã phê duyệt IEHP DualChoice để cung cấp quyền lợi này như một phần của chương trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị. Chương trình này để Medicare thử những cách mới nhằm cải thiện các chương trình Medicare Advantage.
Thẻ Vibrant Health	Thẻ Vibrant Health cung cấp khoản trợ cấp **$65** mỗi tháng dùng để thanh toán các tiện ích chẳng hạn như hóa đơn gas hoặc điện. Những quyền lợi của Thẻ Vibrant Health được đề cập này thuộc chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người mắc bệnh mãn tính. Không phải tất cả các hội viên đều đủ điều kiện.	Thẻ Vibrant Health cung cấp khoản trợ cấp **$65** mỗi tháng dùng để thanh toán các tiện ích chẳng hạn như hóa đơn gas hoặc điện. Quý vị phải mắc ít nhất **một** tình trạng mãn tính chẳng hạn như (rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe tinh thần mãn tính và khuyết tật, rối loạn phổi mãn tính, đái tháo đường và rối loạn thần kinh) và đáp ứng

	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
	Vui lòng xem Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.	các tiêu chí khác để đủ điều kiện. Có thể có các tình trạng mãn tính đủ điều kiện khác không được liệt kê. Để biết thông tin về các tình trạng mãn tính đủ điều kiện bổ sung, hãy xem Sổ Tay Hội Viên. Khả năng đủ điều kiện nhận quyền lợi này không thể được đảm bảo chỉ dựa vào tình trạng của quý vị. Tất cả các yêu cầu về tính đủ điều kiện hiện hành phải được đáp ứng trước khi quyền lợi được cung cấp. Vui lòng xem Sổ Tay Hội Viên của quý vị để biết thêm thông tin. Medicare đã phê duyệt IEHP DualChoice để cung cấp quyền lợi này như một phần của chương trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị. Chương trình này để Medicare thử những cách mới nhằm cải thiện các chương trình Medicare Advantage.
Các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tinh Thần Chuyên Khoa	**Không** cần có sự cho phép trước (prior authorization).	Cần **có** sự cho phép trước (prior authorization).
Dịch Vụ Tâm Thần	**Không** cần có sự cho phép trước.	Cần **có** sự cho phép trước.
Thuốc Insulin Medicare Phần B	**Không** cần có sự cho phép trước.	Cần **có** sự cho phép trước.
Thuốc Hóa Trị/Xạ Trị Medicare Phần B	**Không** cần có sự cho phép trước.	Cần **có** sự cho phép trước.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.iehp.org.

	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Các Loại Thuốc Medicare Phần B khác	**Không** cần có sự cho phép trước.	Cần **có** sự cho phép trước.
Dịch Vụ Nha Khoa Medicare	**Không** cần có sự cho phép trước.	Cần **có** sự cho phép trước.
Quyền Lợi Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa Bổ Sung	Quyền lợi này **không** được đài thọ vào năm 2024.	Các quyền lợi được Medicare đài thọ có thể có thêm các quyền lợi chăm sóc sức khỏe từ xa: • Dịch vụ cần thiết khẩn cấp • Dịch Vụ Bác Sĩ Chăm Sóc Chính • Dịch Vụ Bác Sĩ Chuyên Khoa • Các Buổi Hẹn Cá Nhân cho Các Dịch Vụ Chuyên Khoa Sức Khỏe Tinh Thần • Các Buổi Họp Nhóm cho Các Dịch Vụ Tâm Thần • Các Dịch Vụ của Chương Trình Điều Trị Sử Dụng Opioid • Dịch Vụ Lọc Máu • Dịch Vụ Phòng Ngừa Miễn Phí Do Medicare Đài Thọ

D2. Thay đổi đối với bảo hiểm thuốc kê toa

Thay đổi về *Danh Mục Thuốc* của chúng tôi

Danh Mục Thuốc Được Đài Thọ cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại www.iehp.org. Quý vị cũng có thể gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để biết thông tin cập nhật về thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi *Danh Mục Thuốc Được Đài Thọ* cho quý vị qua thư.

Chúng tôi đã thực hiện thay đổi đối với *Danh Mục Thuốc*, bao gồm việc loại bỏ hoặc thêm thuốc, các thay đổi về loại thuốc mà chúng tôi đài thọ cũng như thay đổi về các hạn chế áp dụng cho khoản đài thọ của chúng tôi đối với một số loại thuốc nhất định.

Hãy xem xét *Danh Mục Thuốc* để đảm bảo rằng **thuốc của quý vị sẽ được đài thọ trong năm tới** và để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào không.

Hầu hết những thay đổi trong *Danh Mục Thuốc* đều diễn ra vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác được Medicare và/hoặc tiểu bang cho phép và sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình. Chúng tôi cập nhật *Danh Mục Thuốc* trực tuyến của mình ít nhất hàng tháng để cung cấp danh sách thuốc mới nhất. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi mà sẽ ảnh hưởng đến loại thuốc quý vị đang dùng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về thay đổi đó.

Nếu quý vị chịu ảnh hưởng từ thay đổi về bảo hiểm thuốc, chúng tôi khuyến khích quý vị nên:

- Làm việc với bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị để tìm một loại thuốc khác mà chúng tôi đài thọ.
    - Quý vị có thể gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang hoặc liên hệ với người điều phối dịch vụ chăm sóc của mình để yêu cầu *Danh Mục Thuốc Được Đài Thọ* mà điều trị tình trạng tương tự.
    - Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị tìm thấy loại thuốc được đài thọ phù hợp với quý vị.
- Làm việc với bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị và yêu cầu chúng tôi thực hiện đài thọ thuốc ngoại lệ.
    - Quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ trước năm tới và chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu (hoặc bản tường trình hỗ trợ từ người kê toa) của quý vị.
    - Để tìm hiểu những điều quý vị phải làm để yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, vui lòng tham khảo **Chương 9** trong *Sổ Tay Hội Viên* hoặc gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang.
    - Nếu cần trợ giúp để yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, quý vị có thể liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc người điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị. Tham khảo **Chương 2 và 3** trong *Sổ Tay Hội Viên* để tìm hiểu thêm về cách liên hệ với người điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Yêu cầu chúng tôi đài thọ lượng thuốc tạm thời.
    - Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ cho lượng thuốc **tạm thời** trong 90 ngày đầu tiên trong năm theo lịch.
    - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng lên tới 31 ngày. (Để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể nhận lượng thuốc tạm thời và cách yêu cầu lượng thuốc tạm thời, hãy tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên*.)
    - Khi nhận được lượng thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của mình về việc cần làm khi hết lượng thuốc tạm thời. Quý vị có thể chuyển sang một loại thuốc khác mà chương trình của chúng tôi đài thọ hoặc yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ cho quý vị và đài thọ cho loại thuốc hiện tại của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Cuộc gọi này được miễn cước. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.iehp.org.

Nếu IEHP DualChoice phê duyệt trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc, IEHP DualChoice có thể không bắt buộc quý vị phải yêu cầu được phê duyệt cho thêm thuốc hoặc toa thuốc mới cho năm tiếp theo, miễn là quý vị vẫn tiếp tục là hội viên của IEHP DualChoice. Nếu quý vị quyết định gắn bó với chúng tôi trong năm tới, IEHP DualChoice có thể chọn tiếp tục đài thọ trong năm quyền lợi mới.

Hiện tại, chúng tôi có thể loại ngay một loại thuốc biệt dược (brand name drug) ra khỏi *Danh Mục Thuốc* nếu chúng tôi thay thế thuốc đó bằng phiên bản thuốc generic mới và có cùng quy tắc hoặc ít quy tắc hơn so với loại thuốc biệt dược mà thuốc này thay thế. Ngoài ra, khi thêm loại thuốc generic mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc biệt dược đó trong *Danh Mục Thuốc*, nhưng ngay lập tức bổ sung các quy tắc mới.

Bắt đầu từ năm 2025, chúng tôi có thể thay thế ngay các sản phẩm sinh học ban đầu bằng một số sản phẩm sinh học tương tự. Điều này có nghĩa là, ví dụ: nếu quý vị đang sử dụng sản phẩm sinh học ban đầu đang được thay thế bằng sản phẩm sinh học tương tự, quý vị có thể không nhận được thông báo về sự thay đổi 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện hoặc nhận được nguồn cung cấp sản phẩm sinh học ban đầu của quý vị cho một tháng tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nếu đang dùng sản phẩm sinh học ban đầu vào thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, quý vị sẽ vẫn nhận được thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện nhưng thông tin đó có thể đến sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.

Một số loại thuốc này có thể mới đối với quý vị. Để biết định nghĩa về các loại thuốc, vui lòng xem **Chương 12** trong *Sổ Tay Hội Viên.* Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) cũng cung cấp thông tin cho người tiêu dùng về thuốc. Tham khảo trang web của FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. Quý vị cũng có thể liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số ở cuối trang hoặc hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, người kê toa hoặc dược sĩ của quý vị để biết thêm thông tin.

Thay đổi về chi phí cho thuốc theo toa

Khoản tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa không có bất cứ thay đổi nào trong năm 2025. Hãy đọc nội dung bên dưới để biết thêm thông tin về bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị.

Medicare đã phê duyệt IEHP DualChoice để cung cấp khoản đồng thanh toán thấp hơn như một phần của chương trình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị. Chương trình này để Medicare thử những cách mới nhằm cải thiện các chương trình Medicare Advantage.

Bảng sau đây cho thấy chi phí thuốc mà quý vị phải trả trong một (1) bậc thuốc của chúng tôi.

	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Thuốc ở Bậc 1 (*thuốc generic, thuốc biệt dược, thuốc sinh học tương tự*) Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng ở Bậc 1 do nhà thuốc trong mạng lưới cung cấp	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (31 ngày) là **$0 cho mỗi toa thuốc**.	Khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (31 ngày) là **$0 cho mỗi toa thuốc**.

E. Chọn một chương trình

E1. Tiếp tục sử dụng chương trình của chúng tôi

Chúng tôi hy vọng quý vị sẽ tiếp tục là hội viên trong năm tới. Để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu quý vị **không** thay đổi sang chương trình Medicare khác hoặc thay đổi sang Original Medicare, quý vị sẽ tự động được tiếp tục ghi danh là hội viên trong chương trình của chúng tôi cho năm 2025.

E2. Thay đổi chương trình

Hầu hết những người có Medicare có thể chấm dứt tư cách hội viên vào những thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal nên quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm**, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong thời gian này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.
- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA)**, kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn chương trình mới trong thời gian này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị đủ điều kiện để thay đổi việc ghi danh của quý vị. Chẳng hạn như khi:

- quý vị đã chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi,
- khả năng đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Extra Help của quý vị đã thay đổi, **hoặc**

- gần đây quý vị đã chuyển đến hoặc hiện đang được chăm sóc tại một cơ sở (như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn). Nếu gần đây quý vị đã chuyển ra khỏi cơ sở y tế, quý vị có thể thay đổi các chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong hai tháng trọn vẹn sau tháng quý vị chuyển đi.

Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare được liệt kê bên dưới vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có một tùy chọn bổ sung được liệt kê bên dưới trong những thời điểm nhất định trong năm bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được mô tả trong **Phần E2**. Bằng cách chọn một trong các tùy chọn này, quý vị sẽ tự động chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể đổi sang:	**Sau đây là những điều quý vị cần làm:**
Chương Trình Medicare Medi-Cal (Chương Trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal, đồng thời kết hợp quyền lợi của Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Chương trình Medi-Medi điều phối tất cả các quyền lợi và dịch vụ trong cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal đài thọ. **Lưu ý:** Cụm từ Chương Trình Medi-Medi là tên của các chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (dual eligible special needs plans, D-SNP) tích hợp ở California.	Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), hãy gọi tới số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc để biết thêm thông tin: • Hãy gọi tới Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC**

	Ghi danh vào Chương Trình Medi-Medi mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm thuộc chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi để phù hợp với Chương Trình Medi-Medi.
2. Quý vị có thể đổi sang: **Original Medicare có chương trình thuốc theo toa riêng biệt của Medicare**	**Sau đây là những điều quý vị cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc để biết thêm thông tin: • Hãy gọi tới Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC** Ghi danh vào chương trình thuốc theo toa mới của Medicare. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm thuộc Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi trừ khi quý vị yêu cầu thay đổi.

3. Quý vị có thể đổi sang: **Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa riêng biệt của Medicare** **LƯU Ý**: Nếu quý vị đổi sang Original Medicare và không ghi danh vào chương trình thuốc theo toa riêng biệt của Medicare, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết rằng quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên chấm dứt bảo hiểm thuốc theo toa nếu có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, chẳng hạn như từ chủ sử dụng lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có câu hỏi về việc liệu bản thân có cần bảo hiểm thuốc không, hãy gọi tới Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**Sau đây là những điều quý vị cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc để biết thêm thông tin: • Hãy gọi tới Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. • Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm thuộc Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi trừ khi quý vị yêu cầu thay đổi.
4. Quý vị có thể đổi sang: **Bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào của Medicare** trong những thời điểm nhất định trong năm bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được mô tả trong Phần A.	**Sau đây là những điều quý vị cần làm:** Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi tới số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc để biết thêm thông tin:

	• Hãy gọi tới Chương Trình Tư Vấn và Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **HOẶC** Ghi danh vào chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi phạm vi bảo hiểm thuộc chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu có thắc mắc về cách chọn chương trình Medi-Cal hoặc nhận các dịch vụ Medi-Cal sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi tới số 1-800-430-7077. Hãy hỏi việc tham gia chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận được bảo hiểm Medi-Cal.

F. Tìm sự trợ giúp

F1. Chương trình của chúng tôi

Chúng tôi sẵn sàng trợ giúp nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Hãy gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang vào ngày và giờ hoạt động được liệt kê. Những cuộc gọi này được miễn cước.

Đọc *Sổ Tay Hội Viên* của quý vị

Sổ Tay Hội Viên là mô tả hợp pháp, chi tiết về các quyền lợi của chương trình của chúng tôi. Sổ tay này nêu chi tiết về các quyền lợi của năm 2025. Trong đó có giải thích các quyền và quy tắc mà quý vị cần thực hiện theo để nhận những dịch vụ và thuốc theo toa mà chúng tôi đài thọ.

Sổ Tay Hội Viên năm 2025 sẽ có vào ngày 15 tháng 10. Bản sao mới nhất của *Sổ Tay Hội Viên* luôn có sẵn trên trang web của chúng tôi tại www.iehp.org. Quý vị cũng có thể gọi tới Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở cuối trang để yêu cầu chúng tôi gửi *Sổ Tay Hội Viên* năm 2025 cho quý vị qua thư.

Trang web của chúng tôi

Quý vị có thể truy cập trang web của chúng tôi tại www.iehp.org. Xin nhắc lại, trang web của chúng tôi có những thông tin cập nhật mới nhất về mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhà thuốc (*Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế và Nhà Thuốc*) cũng như *Danh Mục Thuốc* (*Danh Mục Thuốc Được Đài Thọ*) của chúng tôi.

F2. Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Y tế (HICAP)

Quý vị cũng có thể gọi tới Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Ở California, SHIP được gọi là Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Y tế (HICAP). Các chuyên gia tư vấn của HICAP có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình cũng như trả lời các câu hỏi về việc đổi sang chương trình khác. HICAP không liên kết với chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. HICAP có những chuyên gia tư vấn được đào tạo ở mọi quận, đồng thời các dịch vụ được cung cấp miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222. Để biết thêm thông tin hoặc tìm một văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

F3. Chương Trình Thanh Tra

Chương Trình Thanh Tra Medi-Cal của Medicare có thể giúp đỡ quý vị nếu quý vị gặp vấn đề với chương trình của chúng tôi. Dịch vụ thanh tra được cung cấp miễn phí cho quý vị và có bằng mọi ngôn ngữ. Chương Trình Thanh Tra Medi-Cal của Medicare:

- làm việc với tư cách là người hỗ trợ thay mặt cho quý vị. Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có than phiền, họ có thể giải đáp thắc mắc và giúp quý vị hiểu cần làm gì.
- đảm bảo rằng quý vị nhận được thông tin liên quan đến quyền và biện pháp bảo vệ cũng như cách quý vị có thể giải quyết mối lo ngại của mình.
- không liên kết với chúng tôi hay với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của Chương Trình Thanh Tra Medicare Medi-Cal là 1-855-501-3077.

F4. Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Trang Web của Medicare

Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov). Nếu quý vị chọn hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và ghi danh vào chương trình Medicare khác, trang web

của Medicare có những thông tin về chi phí, phạm vi bảo hiểm và đánh giá chất lượng nhằm giúp quý vị so sánh các chương trình.

Quý vị có thể sử dụng công cụ Medicare Plan Finder (Tìm Kiếm Chương Trình Medicare) trên trang web của Medicare để tìm thông tin về các chương trình Medicare có trong khu vực của quý vị. (Để biết thông tin về các chương trình, hãy tham khảo www.medicare.gov và nhấp vào "Find plan" [Tìm chương trình]).

Medicare & Quý Vị 2025

Quý vị có thể đọc sổ tay *Medicare & Quý Vị 2025*. Tập sách này được gửi cho những người có Medicare vào mùa thu hàng năm. Tài liệu này tóm tắt các quyền lợi, quyền và các biện pháp bảo vệ của Medicare cũng như trả lời các câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Sổ tay này được cung cấp bằng Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Hoa và Tiếng Việt.

Nếu chưa có bản sao sổ tay này, quý vị có thể lấy tại trang web của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

F5. Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ bảo hiểm y tế. Nếu có than phiền đối với chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước tiên, quý vị nên gọi điện thoại cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị theo số **1-877-273-IEHP (4347)** và làm theo quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị trước khi liên hệ với sở. Việc sử dụng quy trình than phiền này không ngăn cấm bất kỳ quyền hoặc biện pháp khắc phục hợp pháp nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến trường hợp khẩn cấp, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ xem xét một cách khách quan các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm y tế đưa ra, liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định đài thọ cho các phương pháp điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước **(1-888-466-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web Internet của Sở **www.dmhc.ca.gov** có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 9, Phần F4** trong *Sổ Tay Hội Viên* của quý vị.