

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm cho năm 2017

Quý vị hiện được ghi danh là hội viên của *Easy Choice Plus Plan (HMO)*. Năm sau sẽ có một số thay đổi về các chi phí và quyền lợi của chương trình này. *Tập sách này cho biết về những thay đổi đó.*

- **Quý vị có thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 để thực hiện các thay đổi đối với bảo hiểm Medicare của quý vị trong năm sau.**
-

Tài Nguyên Bổ Sung

- This information is available for free in other languages.
- Please contact our Customer Service number at 1-866-999-3945 for additional information. (TTY users should call 1-800-735-2929). Hours are Monday-Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Between October 1 and February 14, representatives are available Monday-Sunday, 8 a.m. to 8 p.m.
- Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información se encuentra disponible en otros idiomas gratis.
- Por favor comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-999-3945 para información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929.) El horario es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Octubre y el 14 de Febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.
- Servicio al cliente también tiene servicios disponibles de interpretación a otros idiomas gratis para personas que no hablan inglés.
- 이 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다.

- 추가 정보를 원하시면 1-866-999-3945번으로 고객 서비스에 연락해 주십시오. (TTY 사용자의 경우 1-800-735-2929번으로 전화하셔야 합니다.) 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 10월 1일과 2월 14일 사이에는 월요일-일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다.
- 고객 서비스에서는 영어를 사용하지 않는 사람을 위한 무료 통역 서비스도 제공합니다.
- Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác.
- Vui lòng liên hệ với Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi qua số 1-866-999-3945 để biết thêm chi tiết. (Người dùng TTY gọi số 1-800-735-2929). Thời gian làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 14 tháng 2, nhân viên chăm sóc khách hàng làm việc từ Thứ Hai-Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
- Tập sách này cũng có ở các dạng khác, kể cả chữ nổi Braille, chữ in khổ lớn và đĩa thu âm (CD). Xin quý vị gọi văn phòng Dịch vụ Khách hàng, nếu cần tài liệu thông tin về chương trình bảo hiểm ở dạng khác (các số điện thoại được in ra ở bìa sau tập sách này).
- Quyền lợi bảo hiểm tối thiểu (Minimum essential coverage, MEC): Bảo hiểm do Chương Trình này cung cấp đáp ứng được điều kiện là quyền lợi bảo hiểm tối thiểu (minimum essential coverage, MEC) và đáp ứng yêu cầu về chia sẻ trách nhiệm của cá nhân theo Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (ACA). Vui lòng truy cập trang mạng của Sở Thuế Vụ (IRS) tại địa chỉ <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> để biết thêm thông tin về yêu cầu cá nhân đối với MEC.

Giới thiệu về Easy Choice Plus Plan (HMO)

- Easy Choice Health Plan (HMO) là một công ty thuộc WellCare và là một tổ chức Medicare Advantage có hợp đồng Medicare. Việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm Easy Choice (HMO) tùy thuộc vào việc tái ký kết hợp đồng.

- Trong tập sách này, những từ “chúng tôi”, “về chúng tôi” hay “của chúng tôi” là đề cập đến Easy Choice Health Plan, Inc. Những từ “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” là nói đến Easy Choice Plus Plan (HMO).

Hãy suy nghĩ về Bảo Hiểm Medicare của quý vị cho Năm Sau

Mỗi mùa thu, Medicare cho phép quý vị thay đổi bảo hiểm sức khỏe và thuốc Medicare của mình trong Thời Hạn Ghi Danh Hàng Năm. Việc xem xét bảo hiểm của quý vị rất quan trọng để đảm bảo bảo hiểm sẽ đáp ứng nhu cầu của quý vị cho năm sau.

Những việc quan trọng cần làm:

- Kiểm tra những thay đổi về quyền lợi và chi phí của chúng tôi để xem những thay đổi đó có ảnh hưởng đến quý vị không.** Các thay đổi có ảnh hưởng đến dịch vụ mà quý vị sử dụng không? Điều quan trọng là phải xem xét những thay đổi về quyền lợi và chi phí để đảm bảo rằng những thay đổi này sẽ hiệu quả đối với quý vị trong năm sau. Xem các Phần 1.1, 1.2 và 1.5 để biết thông tin về những thay đổi quyền lợi và chi phí đối với chương trình của chúng tôi.
- Kiểm tra các thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa của chúng tôi để xem thay đổi có ảnh hưởng đến quý vị hay không.** Thuốc của quý vị có được đài thọ không? Thuốc của quý vị có ở bậc khác không? Quý vị có thể tiếp tục sử dụng các nhà thuốc tương tự không? Điều quan trọng là xem lại các thay đổi để đảm bảo rằng bảo hiểm thuốc của chúng tôi sẽ áp dụng cho quý vị vào năm sau. Xem Phần 1,6 để biết thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của chúng tôi.
- Kiểm tra để xem các bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị có còn ở trong hệ thống của chúng tôi trong năm sau hay không.** Các bác sĩ của quý vị có ở trong hệ thống của chúng tôi không? Các bệnh viện và nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng thì sao? Xem Phần 1.3 để biết thông tin về Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc của chúng tôi.
- Suy nghĩ về chi phí chăm sóc sức khỏe tổng thể của quý vị.** Quý vị sẽ tự trả bao nhiêu cho dịch vụ và thuốc theo toa mà quý vị sử dụng thường xuyên? Quý vị sẽ trả bao nhiêu cho lệ phí bảo hiểm của mình? Tổng chi phí so với các tùy chọn bảo hiểm Medicare khác như thế nào?

- Suy nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi không.**

Nếu quý vị quyết định tiếp tục với *Easy Choice Plus Plan (HMO)*:

Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia với chúng tôi năm sau, thật dễ dàng - quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì.

Nếu quý vị quyết định thay đổi chương trình:

Nếu quý vị quyết định chương trình bảo hiểm khác sẽ đáp ứng tốt hơn nhu cầu của mình, quý vị có thể thay đổi chương trình trong thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình mới, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày 1 tháng 1 năm 2017. Xem Phần 2.2 để tìm hiểu thêm về những lựa chọn của quý vị.

Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2017

Bảng dưới đây so sánh các chi phí năm 2016 và các chi phí năm 2017 cho Easy Choice Plus Plan (HMO) ở một số lĩnh vực quan trọng. **Xin lưu ý rằng đây chỉ là bản tóm tắt các thay đổi. Quý vị phải đọc phần còn lại của *Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm* này và duyệt xét *Chứng Từ Bảo Hiểm* đi kèm để xem thay đổi về quyền lợi hoặc chi phí khác có ảnh hưởng đến vị hay không.**

Chi Phí	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
Lệ phí bảo hiểm hàng tháng*	\$12.00	\$31.00
* Lệ phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn hoặc thấp hơn số tiền này. Xem Phần 1.1 để biết chi tiết.		
Số tiền tự trả tối đa	\$6,700	\$6,700
Đây là số tiền <u>nhiều nhất</u> quý vị sẽ tự trả cho các dịch vụ được đài thọ theo Phần A và Phần B. (Xem Phần 1.2 để biết chi tiết.)		
Thăm khám tại văn phòng của bác sĩ	Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính: \$0 mỗi lần thăm khám	Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính: \$0 mỗi lần thăm khám

Chi Phí	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa: \$0 mỗi lần thăm khám	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa: \$0 mỗi lần thăm khám
<p>Điều trị nội trú tại bệnh viện Gồm các dịch vụ cấp tính nằm bệnh viện, nội trú tại bệnh viện để phục hồi sức khỏe, chăm sóc lâu dài tại bệnh viện và các loại dịch vụ điều trị nội trú tại bệnh viện. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị được chính thức nhận vào nằm bệnh viện, theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày cuối nằm viện.</p>	<p>Quý vị trả \$300 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 1 đến 3 \$0 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 4 đến 90 \$0 tiền đồng trả cho những ngày nằm bệnh viện phụ trội. Không giới hạn số ngày do chương trình đài thọ. Chi phí cùng trả áp dụng cho Mỗi lần nhập viện.</p>	<p>Quý vị trả \$300 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 1 đến 3 \$0 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 4 đến 90 \$0 khoản đồng thanh toán cho 120 ngày nằm viện phụ trội. Chi phí cùng trả áp dụng cho Mỗi lần nhập viện.</p>
<p>Bảo hiểm thuốc theo toa Phần D (Xem Phần 1.6 để biết chi tiết.)</p>	<p>Tiền Khấu Trừ: \$360 cho Bạc 2 đến 5 Khoản Đồng Thanh Toán/Đồng Bảo Hiểm trong suốt Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Thuốc Bạc 1: \$0.00 ● Thuốc Bạc 2: \$20.00 ● Thuốc Bạc 3: \$47.00 ● Thuốc Bạc 4: \$99.00 ● Thuốc Bạc 5: 25% 	<p>Tiền Khấu Trừ: \$400 cho Bạc 2 đến 5 Khoản Đồng Thanh Toán/Đồng Bảo Hiểm trong suốt Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Thuốc Bạc 1: \$0.00 ● Thuốc Bạc 2: \$20.00 ● Thuốc Bạc 3: \$47.00 ● Thuốc Bạc 4: \$99.00 ● Thuốc Bạc 5: 25%

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm cho năm 2017

Nội Dung

Hãy suy nghĩ về Bảo Hiểm Medicare của quý vị cho Năm Sau.....	3
Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2017.....	4
Phần 1 Thay Đổi Về Quyền Lợi và Chi Phí cho Năm Sau	7
Phần 1.1 – Thay Đổi Đối Với Lệ Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng	7
Phần 1.2 – Thay Đổi Đối Với Số Tiền Tự Trả Tối Đa Của Quý Vị	7
Phần 1.3 – Thay Đổi Đối Với Hệ Thống Nhà Cung Cấp.....	8
Phần 1.4 – Thay Đổi Đối Với Hệ Thống Các Nhà Thuốc	9
Phần 1.5 – Thay Đổi Đối Với Các Quyền Lợi và Chi Phí cho Các Dịch Vụ Y Tế.....	9
Phần 1.6 – Thay Đổi Đối Với Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Phần D	12
Phần 2 Quyết Định Lựa Chọn Chương Trình Nào	17
Phần 2.1 – Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia Easy Choice Plus Plan (HMO)	17
Phần 2.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình	17
Phần 3 Thời Hạn Thay Đổi Chương Trình	18
Phần 4 Các Chương Trình Cung Cấp Tư Vấn Miễn Phí về Medicare	18
Phần 5 Các Chương Trình Trợ Giúp Thanh Toán Thuốc Theo Toa.....	19
Phần 6 Thắc Mắc?.....	20
Phần 6.1 – Nhận Trợ Giúp từ Easy Choice Plus Plan (HMO).....	20
Phần 6.2 – Nhận Trợ Giúp từ Medicare	21

Phần 1 Thay Đổi Về Quyền Lợi và Chi Phí cho Năm Sau

Phần 1.1 – Thay Đổi Đối Với Lệ Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng

Chi Phí	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
Lệ phí bảo hiểm hàng tháng (Quý vị cũng phải tiếp tục trả lệ phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình.)	\$12.00	\$33.10

- Lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ *cao hơn* nếu quý vị phải nộp phạt ghi danh muộn cho bảo hiểm trọn đời Phần D vì không tham gia bảo hiểm thuốc khác có mức ít nhất là tốt như bảo hiểm thuốc Medicare (còn gọi là “bảo hiểm có uy tín”) trong 63 ngày trở lên, nếu quý vị ghi danh vào chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare trong tương lai.
- Nếu quý vị có thu nhập cao hơn, quý vị có thể phải trả thêm một khoản tiền mỗi tháng trực tiếp cho chính phủ đối với chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare.
- Lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị sẽ *ít hơn* nếu quý vị đang nhận “Trợ Giúp Bổ Túc” cho các chi phí thuốc theo toa của mình

Phần 1.2 – Thay Đổi Đối Với Số Tiền Tự Trả Tối Đa Của Quý Vị

Để bảo vệ quý vị, Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe giới hạn số tiền quý vị “tự trả” trong năm. Mức giới hạn này gọi là “số tiền tự trả tối đa”. Sau khi đạt đến số tiền này, quý vị thường không phải trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ theo Phần A và Phần B trong thời gian còn lại của năm.

Chi Phí	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
Số tiền tự trả tối đa	\$6,700	\$6,700
Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được đài thọ (như khoản đồng thanh toán) tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Lệ phí bảo hiểm của chương trình và chi phí cho các thuốc theo toa không tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị.		Sau khi quý vị trả \$6,700 tiền tự trả cho các dịch vụ được đài thọ theo Phần A và Phần B, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ theo Phần A và Phần B trong thời gian còn lại của năm dương lịch.

Phần 1.3 – Thay Đổi Đối Với Hệ Thống Nhà Cung Cấp

Có các thay đổi đối với hệ thống nhà cung cấp của chúng tôi trong năm sau. Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc cập nhật có trên trang mạng của chúng tôi tại www.easychoicehealthplan.com. Ngoài ra, quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch Vụ Khách Hàng để biết thông tin mới nhất về các nhà thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi đến quý vị bản Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc qua bưu điện. **Vui lòng xem xét Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc năm 2017 để xem các nhà cung cấp của quý vị (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) có còn trong hệ thống của chúng tôi hay không.**

Điều quan trọng là quý vị cần biết rằng chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) nằm trong chương trình của quý vị trong cả năm. Có nhiều lý do để nhà cung cấp dịch vụ của quý vị rời khỏi chương trình, nhưng nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình, quý vị có một số quyền và sự bảo vệ được tóm tắt như sau:

- Mặc dù hệ thống các nhà cung cấp có thể thay đổi trong năm, Medicare đòi hỏi chúng tôi cung cấp cho quý vị sự chăm sóc không bị gián đoạn của các bác sĩ và các bác sĩ chuyên khoa có trình độ.
- Nếu có thể, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn một nhà cung cấp dịch vụ mới.

- Chúng tôi sẽ giúp quý vị tìm một nhà cung cấp có trình độ để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang được chữa trị cho một chứng bệnh, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để bảo đảm rằng việc điều trị cần thiết về mặt y tế cho quý vị không bị gián đoạn.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không cung cấp dịch vụ cho quý vị một nhà cung cấp có trình độ để thay thế nhà cung cấp dịch vụ trước đó hoặc chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách thích hợp, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về quyết định của chúng tôi.
- Nếu biết được bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ rời chương trình, xin quý vị cho chúng tôi biết để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp dịch vụ mới và quản lý việc chăm sóc cho quý vị.

Phần 1.4 – Thay Đổi Đối Với Hệ Thống Các Nhà Thuốc

Số tiền quý vị trả cho thuốc theo toa có thể tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị sử dụng. Chương trình thuốc của Medicare có một hệ thống các nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc của quý vị *chỉ* được đài thọ khi nào lấy thuốc tại một trong các nhà thuốc thuộc hệ thống của chúng tôi. Hệ thống của chúng tôi bao gồm cả nhà thuốc phục vụ qua bưu điện với chi phí cùng trả ưu tiên, nhà thuốc này có thể cung cấp cho quý vị chi phí cùng trả thấp hơn so với chi phí cùng trả tiêu chuẩn được cung cấp bởi các nhà thuốc khác trong hệ thống.

Có các thay đổi đối với hệ thống nhà thuốc của chúng tôi trong năm sau. Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc cập nhật có trên trang mạng của chúng tôi tại www.easychoicehealthplan.com. Ngoài ra, quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch Vụ Khách Hàng để biết thông tin mới nhất về các nhà thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi đến quý vị bản Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc qua bưu điện. **Vui lòng xem xét Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc năm 2017 để xem những nhà thuốc nào nằm trong hệ thống của chúng tôi.**

Phần 1.5 – Thay Đổi Đối Với Các Quyền Lợi và Chi Phí cho Các Dịch Vụ Y Tế

Chúng tôi sẽ thay đổi bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế vào năm sau. Thông tin dưới đây mô tả các thay đổi đó. Để biết chi tiết về bảo hiểm và chi phí cho những dịch vụ này, xem Chương 4, *Bản Quyền Lợi Y Tế (những gì được đài thọ và những gì quý vị trả)*, trong *Chứng Từ Bảo Hiểm năm 2017* của quý vị.

Chi Phí	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
DỊCH VỤ NỘI TRÚ		
Điều Trị Nội Trú Tại Bệnh Viện	<p>Quý vị trả \$300 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 1 đến 3 \$0 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 4 đến 90</p> <p>\$0 tiền đồng trả cho những ngày nằm bệnh viện phụ trội.</p> <p>Không giới hạn số ngày do chương trình đài thọ.</p> <p>Chi phí cùng trả áp dụng cho Mỗi lần nhập viện</p>	<p>Quý vị trả \$300 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 1 đến 3</p> <p>\$0 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 4 đến 90</p> <p>\$0 khoản đồng thanh toán cho 120 ngày nằm viện phụ trội.</p> <p>Chi phí cùng trả áp dụng cho Mỗi lần nhập viện</p>
Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF)	<p>Quý vị trả \$0 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 1 đến 20</p> <p>\$160 tiền đồng trả mỗi ngày cho Ngày 21-100</p> <p>Chi phí cùng trả áp dụng cho Mỗi thời hạn quyền lợi</p>	<p>Quý vị trả \$0 khoản đồng thanh toán mỗi ngày cho các Ngày 1 đến 20</p> <p>\$164.50 tiền đồng trả mỗi ngày cho Ngày 21-100</p> <p>Chi phí cùng trả áp dụng cho Mỗi thời hạn quyền lợi</p>
DỊCH VỤ NGOẠI CHÂN		
Dịch Vụ Nắn Chỉnh Xương		
<i>Thăm Khám Nắn Chỉnh Xương Định Kỳ</i>	Nắn chỉnh xương định kỳ <u>không</u> được đài thọ.	Quý vị trả \$0 khoản đồng thanh toán mỗi lần thăm khám cho 12 lần thăm khám mỗi năm
Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp và Chăm Sóc Cấp Cứu		
<i>Chăm Sóc Cấp Cứu</i>	Quý vị trả 20% tổng chi phí	Quý vị trả \$75 khoản đồng thanh toán
<i>Các Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp</i>	Quý vị trả 20% tổng chi phí	Quý vị trả \$50 khoản đồng thanh toán.

Chi Phí	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
<i>Bảo Hiểm Toàn Cầu (cho Các Dịch Vụ Cấp Cứu hoặc Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp)</i>	Quý vị trả 20% tổng chi phí	Quý vị trả \$75 khoản đồng thanh toán
<i>Phòng Khám Không Cần Hẹn Trước và Nhà Thuốc</i>	Quý vị trả 20% tổng chi phí	Quý vị trả \$50 khoản đồng thanh toán.
CÁC DỊCH VỤ PHÒNG NGỪA		
Khám Sức Khỏe Hàng Năm	Khám sức khỏe hàng năm <u>không</u> được đài thọ.	Quý vị trả \$0 khoản đồng thanh toán.
CÁC DỊCH VỤ BỔ SUNG		
Các Dịch Vụ Nha Khoa		
Khám Nha Khoa Định Kỳ (có áp dụng các giới hạn và các trường hợp loại trừ)	Số tiền tối đa được hưởng theo quyền lợi \$1,500 mỗi năm được áp dụng cho tất cả các dịch vụ định kỳ được đài thọ.	Số tiền tối đa được hưởng theo quyền lợi \$2,000 mỗi năm được áp dụng cho tất cả các dịch vụ định kỳ được đài thọ. Vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị để biết các dịch vụ được đài thọ.
Dịch Vụ Khám Tai		
Khám Tai Định Kỳ	Số tiền tối đa được hưởng theo quyền lợi cho thiết bị trợ thính là \$350 mỗi năm.	Số tiền tối đa được hưởng theo quyền lợi cho thiết bị trợ thính là \$1,000 mỗi năm.
Các Dịch Vụ Khám Mắt		
Khám Mắt Định Kỳ (có áp dụng các giới hạn và các trường hợp loại trừ)	Số tiền tối đa được hưởng theo quyền lợi cho kính mắt thường là \$300 mỗi năm.	Số tiền tối đa được hưởng theo quyền lợi cho kính mắt thường là \$350 mỗi năm. Vui lòng xem Chứng Từ Bảo hiểm của quý vị để biết chi tiết.

Chi Phí	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
Chăm cứu	Quý vị trả \$0 khoản đồng thanh toán mỗi lần thăm khám cho 12 lần thăm khám mỗi năm	Quý vị trả \$0 khoản đồng thanh toán mỗi lần thăm khám cho 18 lần thăm khám mỗi năm
Vật phẩm mua không kê toa	Quý vị nhận được \$25 mỗi tháng cho các vật phẩm không kê toa được phê duyệt thông qua dịch vụ bưu điện.	Quý vị nhận được \$40 mỗi tháng cho các vật phẩm không kê toa được phê duyệt thông qua dịch vụ bưu điện.

Phần 1.6 – Thay Đổi Đối Với Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Phần D

Những Thay Đổi đối với Danh Sách Thuốc của Chúng Tôi

Danh sách thuốc được đòi hỏi của chúng tôi được gọi là Danh Mục Thuốc hay "Danh Sách Thuốc." Bản sao Danh Sách Thuốc của chúng tôi có trong phong bì này.

Chúng tôi thực hiện thay đổi đối với Danh Sách Thuốc của mình, bao gồm cả những thay đổi đối với các loại thuốc mà chúng tôi đòi hỏi và thay đổi đối với những hạn chế áp dụng cho bảo hiểm một số loại thuốc của chúng tôi. **Hãy xem lại Danh Sách Thuốc để đảm bảo các thuốc của quý vị sẽ được đòi hỏi trong năm sau và xem có bất kỳ hạn chế nào không.**

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi liên quan đến bảo hiểm thuốc, quý vị có thể:

- **Làm việc với bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị và yêu cầu đưa ra trường hợp ngoại lệ để đòi hỏi thuốc đó. Chúng tôi khuyến khích hội viên hiện tại yêu cầu trường hợp ngoại lệ trước năm sau.**
 - Xem Chương 9 trong *Chứng Từ Bảo Hiểm (Những gì quý vị cần làm khi gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định về sự đòi hỏi, kháng cáo, khiếu nại))* hoặc gọi bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để biết những việc quý vị phải làm để yêu cầu trường hợp ngoại lệ.
- **Làm việc với bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) để tìm loại thuốc khác mà chúng tôi đòi hỏi. Quý vị có thể gọi đến Ban Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu được nhận một bản danh sách các loại thuốc được bảo hiểm dùng để điều trị cùng một bệnh.**

Trong một số trường hợp, chúng tôi phải đòi hỏi **một lần**, thuốc tạm thời không thuộc danh mục thuốc trong 90 ngày đầu đòi hỏi của năm chương trình hoặc của chương trình bảo hiểm. (Để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể nhận được thuốc tạm thời và cách yêu cầu cấp thuốc, hãy xem Chương 5, Phần 5.2 của *Chứng Từ Bảo Hiểm*.) Trong thời gian được đòi hỏi thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với bác sĩ của mình để quyết định xem quý vị sẽ làm gì khi lượng thuốc tạm thời đã hết. Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác được chương trình bảo hiểm, hoặc có thể yêu cầu chương trình cho phép ngoại lệ và chi trả thuốc hiện tại cho quý vị.

Trong khi đó, quý vị và bác sĩ của quý vị sẽ cần quyết định việc phải làm trước khi lượng thuốc tạm thời của quý vị hết.

- Có thể quý vị tìm thấy một loại thuốc khác có tác dụng tương tự và được chương trình đòi hỏi. Quý vị có thể kiểm tra danh mục thuốc trên trang mạng hoặc gọi đến Ban Dịch vụ Khách Hàng để yêu cầu được nhận một bản danh sách thuốc được đòi hỏi dùng để điều trị cùng một bệnh. Danh sách này có thể giúp bác sĩ tìm loại thuốc được đòi hỏi để điều trị bệnh của quý vị.
- Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể yêu cầu chương trình đưa ra trường hợp ngoại lệ cho quý vị và tiếp tục đòi hỏi thuốc. Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ trước cho năm sau và chúng tôi sẽ trả lời yêu cầu của quý vị trước khi thay đổi có hiệu lực. Quý vị phải đáp ứng một số yêu cầu nhất định, vì vậy để tìm hiểu quý vị phải làm gì để yêu cầu ngoại lệ, hãy xem *Chứng từ Bảo hiểm* có trong thư đi kèm với Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm này. Xem Chương 9 của *Chứng Từ Bảo Hiểm (Việc cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại))*. Nếu quý vị đã nhận ngoại lệ trong danh mục thuốc trong năm 2016, quý vị có thể không cần nhận ngoại lệ trong danh mục thuốc trong năm 2017. Tại thời điểm phê duyệt, chúng tôi đã ghi trong thông báo phê duyệt về thời gian có hiệu lực của sự chấp thuận này.

Những Thay Đổi đối với Chi Phí Thuốc Theo Toa

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình giúp chi trả thuốc cho mình (“Trợ Giúp Bổ Túc”) thì **thông tin về chi phí thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng với quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý vị bản phụ lục riêng mang tựa đề “Phụ Bản của Chứng Từ Bảo Hiểm cho Người Nhận Trợ Giúp Bổ Túc Trả Tiền Thuốc Theo Toa”, (còn gọi là “Low Income Subsidy Rider” (Phụ Lục Trợ Cấp cho Người Có Thu Nhập Thấp) hay “LIS Rider” (Phụ Lục LIS)) trong đó có thông tin giải thích về chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Bổ Túc” và không nhận được phụ lục này muộn nhất vào ngày 15 tháng 10 năm 2016, vui lòng gọi cho Dịch

Vụ Khách Hàng và yêu cầu “LIS Rider.” Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng có trong Phần 6.1 của tập sách này.

Có bốn “giai đoạn thanh toán tiền thuốc.” Số tiền quý vị trả cho một loại thuốc Part D tùy thuộc vào giai đoạn thanh toán cho thuốc của quý vị. (Quý vị có thể xem trong Chương 6, Phần 2 của *Chứng từ Bảo hiểm* của chúng tôi để có thêm thông tin về các giai đoạn.)

Thông tin dưới đây trình bày các thay đổi cho năm sau cho hai giai đoạn đầu tiên – Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm và Giai Đoạn Đài Thọ Ban Đầu. (Hầu hết hội viên không đạt đến hai giai đoạn còn lại – Giai Đoạn Không Được Đài Thọ hoặc Giai Đoạn Đài Thọ Tai Ương. Để biết thông tin về chi phí của quý vị trong những giai đoạn này, xem Chương 6, các Phần 6 và 7, trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* đính kèm.)

Những Thay Đổi đối với Giai Đoạn Khấu Trừ

Giai Đoạn	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
Giai Đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm	Khoản khấu trừ là \$360 đối với Bạc 2 đến Bạc 5.	Khoản khấu trừ là \$400 đối với Bạc 2 đến Bạc 5.
Trong giai đoạn này, quý vị trả toàn bộ chi phí của các thuốc Bạc 2 đến Bạc 5 cho đến khi đạt đến khoản khấu trừ hàng năm của quý vị.	Trong giai đoạn này, quý vị trả chi phí cùng trả \$0.00 cho các thuốc trong Bạc 1 và toàn bộ chi phí cho thuốc trong Bạc 2 đến Bạc 5 cho đến khi quý vị đã đạt đến khoản khấu trừ hàng năm.	Trong giai đoạn này, quý vị trả \$0.00 chi phí cùng trả cho các thuốc Bạc 1 và toàn bộ chi phí cho các thuốc Bạc 2 đến Bạc 5 cho đến khi đạt đến khoản khấu trừ hàng năm.

Những Thay Đổi đối với Chi Phí Cùng Trả của Quý Vị trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Để tìm hiểu về cách thức hoạt động của khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm, xem Chương 6, Phần 1.2, *Các loại tiền tự trả mà quý vị có thể phải thanh toán khi lấy thuốc được đài thọ trong Chứng Từ Bảo Hiểm.*

Giai Đoạn	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
<p>Giai Đoạn 2: Giai đoạn Đài thọ Ban đầu</p> <p>Sau khi quý vị trả tiền khấu trừ hàng năm, quý vị chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu. Trong giai đoạn này, chương trình chi trả một phần chi phí thuốc và quý vị phải trả phần chi phí của mình.</p>	<p>Chi phí của quý vị cho một tháng dùng thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống với chi phí cùng trả tiêu chuẩn:</p> <p>Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên): Quý vị trả \$0.00 mỗi toa thuốc.</p> <p>Bậc 2 (Thuốc Gốc): Quý vị trả \$20.00 mỗi toa thuốc.</p> <p>Bậc 3 (Biệt Dược Ưu Tiên): Quý vị trả \$47.00 mỗi toa thuốc.</p>	<p>Chi phí của quý vị cho một tháng dùng thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống với chi phí cùng trả tiêu chuẩn:</p> <p>Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên): Quý vị trả \$0.00 mỗi toa thuốc.</p> <p>Bậc 2 (Thuốc Gốc): Quý vị trả \$20.00 mỗi toa thuốc.</p> <p>Bậc 3 (Biệt Dược Ưu Tiên): Quý vị trả \$47.00 mỗi toa thuốc.</p>

Giai Đoạn	2016 (năm nay)	2017 (năm sau)
<p>Chi phí trong hàng này là cho một tháng (30 ngày) dùng thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống. Để biết thông tin về chi phí dùng thuốc dài hạn hoặc toa thuốc bán qua đường bưu điện, hãy xem Chương 6, Phần 5 trong Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị.</p>	<p>Bậc 4 (Biệt Được Không Ưu Tiên): Quý vị trả \$99.00 mỗi toa thuốc.</p>	<p>Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên): Quý vị trả \$99.00 mỗi toa thuốc.</p>
<p>Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số thuốc trong Danh Sách Thuốc. Để xem liệu các thuốc của quý vị có ở một bậc khác không, hãy tìm chúng trên Danh Sách Thuốc.</p>	<p>Bậc 5 (Thuốc Bậc Chuyên Khoa): Quý vị phải trả 25% tổng chi phí.</p>	<p>Bậc 5 (Thuốc Bậc Chuyên Khoa): Quý vị phải trả 25% tổng chi phí.</p>
	<p>Khi tổng chi phí thuốc của quý vị đã đạt đến \$3,310, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai Đoạn Không Được Đãi Thọ).</p>	<p>Khi tổng chi phí thuốc của quý vị đã đạt đến \$3,700, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai Đoạn Không Được Đãi Thọ).</p>

Những Thay Đổi đối với Giai Đoạn Không Được Đãi Thọ và Giai Đoạn Đãi Thọ Tai Ương

Hai giai đoạn đãi thọ thuốc khác - Giai Đoạn Không Được Đãi Thọ và Giai Đoạn Đãi Thọ Tai Ương - dành cho những người có chi phí thuốc cao. **Hầu hết các hội viên không đạt đến Giai Đoạn Không Được Đãi Thọ hoặc Giai Đoạn Đãi Thọ Tai Ương.** Để biết thông tin về chi phí của quý vị trong những giai đoạn này, hãy xem Chương 6, Phần 6 và 7 trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* của quý vị.

Phần 2 Quyết Định Lựa Chọn Chương Trình Nào

Phần 2.1 – Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia *Easy Choice Plus Plan (HMO)*

Để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì. Nếu quý vị không đăng ký một chương trình khác hoặc thay đổi sang Original Medicare trước hoặc vào ngày 7 tháng 12, quý vị sẽ tự động vẫn được ghi danh là hội viên chương trình của chúng tôi trong năm 2017.

Phần 2.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình

Chúng tôi hy vọng sẽ giữ quý vị làm hội viên trong năm tới, nhưng nếu quý vị muốn thay đổi cho năm 2017, hãy làm theo các bước sau:

Bước 1: Tìm hiểu và so sánh các lựa chọn của quý vị

- Quý vị có thể tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác,
- -- HOẶC-- Quý vị có thể đổi sang Original Medicare. Nếu quý vị đổi sang Original Medicare, quý vị sẽ cần quyết định xem có tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc Medicare không và xem có mua hợp đồng bảo hiểm Medicare bổ sung (Medigap) hay không.

Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình Medicare khác, hãy đọc *Medicare & Quý Vị năm 2017*, gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe của Tiểu Bang (xem Phần 4), hoặc gọi Medicare (xem Phần 6.2).

Quý vị cũng có thể tìm thông tin về các chương trình trong khu vực của quý vị bằng cách sử dụng công cụ Tìm Chương Trình Bảo Hiểm Medicare trên trang mạng Medicare. Đi đến <http://www.medicare.gov> và nhấp vào "Tìm các chương trình sức khỏe & thuốc." **Ở đây, quý vị có thể tìm thông tin về chi phí, chương trình bảo hiểm và xếp hạng chất lượng của các chương trình bảo hiểm Medicare.**

Bước 2: Thay đổi bảo hiểm của quý vị

- Để thay đổi **sang một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác**, hãy ghi danh vào chương trình mới. Quý vị sẽ được tự động rút tên khỏi *Easy Choice Plus Plan (HMO)*.

- Để thay đổi sang **Original Medicare với một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa**, hãy ghi danh một chương trình bảo hiểm thuốc mới. Quý vị sẽ được tự động rút tên khỏi *Easy Choice Plus Plan (HMO)*.
- Để thay đổi sang **Original Medicare không kèm theo chương trình bảo hiểm thuốc theo toa**, quý vị phải:
 - Gửi chúng tôi yêu cầu rút tên bằng văn bản. Liên hệ với Ban Dịch Vụ Khách Hàng, nếu quý vị cần thêm chi tiết về cách lo liệu việc này (các số điện thoại có trong Phần 6.1 của tập sách này).
 - – hoặc – Liên hệ **Medicare**, theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, và yêu cầu được rút tên. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

Phần 3 Thời Hạn Thay Đổi Chương Trình

Nếu quý vị muốn đổi sang một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa khác hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác cho năm sau, quý vị có thể làm điều đó từ **ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**. Thay đổi này sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2017.

Có thời điểm nào khác trong năm để thực hiện thay đổi không?

Trong những tình huống nhất định, thay đổi cũng được phép thực hiện vào những thời điểm khác trong năm. Ví dụ: những người có Medicaid, những người được nhận “Trợ Giúp Bổ Túc” chi trả cho các thuốc của họ, những người đã hoặc đang rời khỏi chương trình bảo hiểm của hãng sở, và những người di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ được phép thực hiện một lần thay đổi vào các thời điểm khác trong năm. Để biết thêm thông tin, xin xem Chương 10, Phần 2.3 của *Chúng Tôi Bảo Hiểm*.

Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage cho ngày 1 tháng 1 năm 2017, và không thích lựa chọn về chương trình của mình, quý vị có thể đổi sang Original Medicare trong thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 14 tháng 2 năm 2017. Để biết thêm thông tin, xin xem Chương 10, Phần 2.2 của *Chúng Tôi Bảo Hiểm*.

Phần 4 Các Chương Trình Cung Cấp Tư Vấn Miễn Phí về Medicare

Chương trình Trợ giúp bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang (SHIP) là một chương trình của chính phủ với những nhân viên cố vấn chuyên nghiệp

trên khắp các tiểu bang. Tại California, chương trình này được gọi là Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Cố vấn về Bảo hiểm Y tế (HICAP).

Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn cho Bảo hiểm Y tế (HICAP) là một tổ chức độc lập (không liên kết với công ty bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm sức khỏe nào). Chương trình này là một chương trình của tiểu bang được chính quyền liên bang tài trợ để cố vấn **miễn phí** về bảo hiểm sức khỏe tại địa phương cho những người có bảo hiểm Medicare. Các cố vấn của Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Cố vấn cho Bảo hiểm Y tế (HICAP) có thể giúp quý vị với các vấn đề hoặc thắc mắc về Medicare. Họ có thể giúp quý vị tìm hiểu các lựa chọn chương trình Medicare và trả lời thắc mắc về việc chuyển đổi chương trình. Quý vị có thể gọi điện đến Chương Trình Bảo Vệ Quyền Lợi & Tư Vấn Cho Bảo Hiểm Y Tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222 Người dùng TTY gọi số 711.

Phần 5 Các Chương Trình Trợ Giúp Thanh Toán Thuốc Theo Toa

Quý vị có thể đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán cho thuốc theo toa.

- **“Trợ Giúp Bổ Túc” từ Medicare.** Những người có thu nhập giới hạn có thể đủ điều kiện được "Trợ Giúp Bổ Túc" để thanh toán chi phí thuốc theo toa của họ. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể trả đến 75% hoặc nhiều hơn chi phí thuốc của quý vị bao gồm cả lệ phí bảo hiểm thuốc theo toa hàng tháng, tiền khấu trừ hàng năm và khoản đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không có giai đoạn không được đài thọ hoặc tiền phạt vì ghi danh trễ. Nhiều người hội đủ điều kiện nhưng thậm chí không biết điều đó. Để xem quý vị có đủ điều kiện không, gọi số:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần;
 - Văn Phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 từ 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-325-0778 (đơn ghi danh); hoặc
 - Văn phòng Medicaid của Tiểu bang quý vị (đơn ghi danh).
- **Hỗ Trợ Phần Chi Phí Cùng Trả Thuốc Theo Toa cho Người bị HIV/AIDS.** Chương Trình Trợ Giúp Thuốc AIDS (ADAP) giúp cho những người đủ tiêu chuẩn hưởng ADAP đang mắc HIV/AIDS được tiếp cận các loại thuốc HIV có thể cứu sống người. Các cá nhân phải đáp ứng được một số yếu tố, như bằng chứng

hiện đang sống trong tiểu bang và tình trạng mắc HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của tiểu bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đủ mức. Thuốc theo toa Medicare Phần D mà cũng được chương trình ADAP đài thọ sẽ đủ điều kiện được trả giúp các phần chi phí cùng trả thông qua Văn Phòng Phụ Trách về AIDS của Sở Y Tế Công Cộng California. Để biết thông tin về các tiêu chí hội đủ điều kiện, các loại thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh vào chương trình, vui lòng gọi đến Văn Phòng Phụ Trách về AIDS của Sở Y Tế Công Cộng California theo số 1-916-449-5900. (Người dùng TTY khiếm thanh khiếm thính nên gọi 711.)

Phần 6 Thắc Mắc?

Phần 6.1 – Nhận Trợ Giúp từ *Easy Choice Plus Plan (HMO)*

Thắc Mắc? Chúng tôi có mặt ở đây để giúp đỡ. Vui lòng gọi Ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-866-999-3945. (Người dùng TTY, hãy gọi số 1-800-735-2929.) Chúng tôi tiếp các cuộc gọi từ Thứ Hai-Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Giờ làm việc của nhân viên đại diện từ ngày 1 tháng 10 đến 14 tháng 2 là Thứ Hai-Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Các cuộc gọi đến những số này không mất phí.

Xem *Chứng Từ Bảo Hiểm* năm 2017 của quý vị (ở đây có chi tiết về quyền lợi và chi phí của năm sau)

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm này cung cấp cho quý vị bản tóm tắt các thay đổi đối với các quyền lợi và chi phí của quý vị vào năm 2017. Để biết chi tiết, hãy xem trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* năm 2017 cho *Easy Choice Plus Plan (HMO)*. *Chứng Từ Bảo Hiểm* là mô tả hợp pháp, chi tiết về các quyền lợi chương trình của quý vị. Tài liệu này giải thích các quyền lợi và quy định mà quý vị cần phải làm theo để nhận các dịch vụ và thuốc theo toa được đài thọ. Một bản sao *Chứng Từ Bảo Hiểm* được gửi kèm trong phong bì này.

Truy cập trang mạng của chúng tôi

Quý vị cũng có thể vào trang mạng của chúng tôi tại www.easychoicehealthplan.com. Xin lưu ý rằng, trang mạng của chúng tôi có những thông tin mới nhất về hệ thống nhà cung cấp (Danh Mục Nhà Cung Cấp) và danh sách thuốc được đài thọ (Danh Mục Thuốc/Danh Sách Thuốc).

Phần 6.2 – Nhận Trợ Giúp từ Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare:

Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

Truy cập trang mạng của Medicare

Quý vị có thể truy cập vào trang mạng của Medicare (<http://www.medicare.gov>). Trang mạng này có thông tin về chi phí, bảo hiểm, và đánh giá chất lượng sẽ giúp quý vị so sánh các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare. Quý vị có thể tìm thông tin về các chương trình trong khu vực của mình bằng cách sử dụng Tìm Chương Trình Bảo Hiểm Thuộc Medicare trên trang mạng của Medicare. (Để xem thông tin về các chương trình, truy cập <http://www.medicare.gov> và nhấp vào “Tìm chương trình sức khỏe & thuốc”).

Đọc *Medicare & Quý Vị 2017*

Quý vị có thể đọc Cẩm Nang *Medicare & Quý Vị năm 2017*. Mùa thu hàng năm, cẩm nang này được gửi đến những người có Medicare. Cẩm nang này có bản tóm tắt các quyền lợi Medicare, quyền và sự bảo vệ và câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Nếu quý vị không có bản sao của cẩm nang này, quý vị có thể xem tại trang mạng của Medicare (<http://www.medicare.gov>) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.