**[SỔ TAY THÀNH VIÊN VỚI NGÔN NGỮ TIÊU CHUẨN VỀ BADGERCARE PLUS VÀ MEDICAID SSI]**

**Dịch vụ Thông dịch viên**

[Note to HMO: The Member Handbook must contain taglines of prevalent non-English languages spoken by members as well as large print, explaining that written translation or oral interpretation of the document is available to the member free of charge. Sample taglines are provided at:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx>]

*[Insert applicable non-English taglines here.]*

[Note to HMO: The Member Handbook must also include a large print tagline with information on how to request auxiliary aids and services, including the provision of the materials in alternative formats.]

*[Name of HMO program]*:

* Cung cấp các trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật, chẳng hạn như:
  + Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu
  + Thông tin bằng văn bản dưới dạng chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác
* Cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
  + Thông dịch viên
  + Thông tin bằng văn bản dưới dạng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ *[Name of entity or of contact at HMO]* theo số *[800-xxx-xxxx]*.

**Mục Lục**

[CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG CỦA *[HMO PROGRAM NAME]* 4](#_Toc149589856)

[CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG KHÁC 5](#_Toc149589857)

[CHÀO MỪNG QUÝ VỊ ĐẾN VỚI *[HMO]* 6](#_Toc149589858)

[**Sử dụng Thẻ thành viên *[HMO]* của Quý vị** 6](#_Toc149589859)

[**Sử dụng Thẻ ForwardHealth của Quý vị** 6](#_Toc149589860)

[**Sử dụng Danh mục Nhà cung cấp** 7](#_Toc149589861)

[**Chọn Nhà Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính** 8](#_Toc149589862)

[**Thảo luận Thành viên Mới về Nhu cầu Sức khoẻ** 8](#_Toc149589863)

[NHẬN NHU CẦU CHĂM SÓC CỦA QUÝ VỊ 9](#_Toc149589864)

[**Chăm sóc Cấp cứu** 9](#_Toc149589865)

[**Chăm sóc Khẩn cấp** 10](#_Toc149589866)

[**Chăm sóc đặc biệt** 10](#_Toc149589867)

[**Chăm sóc trong Quá trình Mang thai và Chuyển dạ** 10](#_Toc149589868)

[**Dịch vụ Telehealth** 11](#_Toc149589869)

[**Chăm sóc khi Quý vị Xa nhà** 11](#_Toc149589870)

[THỜI ĐIỂM QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC YÊU CẦU THANH TOÁN HÓA ĐƠN CHO CÁC DỊCH VỤ 12](#_Toc149589871)

[**Các dịch vụ Được bảo hiểm và Không được Bảo hiểm** 12](#_Toc149589872)

[**Đồng thanh toán** 12](#_Toc149589873)

[DỊCH VỤ ĐƯỢC CHI TRẢ THEO *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* 13](#_Toc149589874)

[DỊCH VỤ ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI *[HMO]* 15](#_Toc149589875)

[**Dịch vụ sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất** 15](#_Toc149589876)

[**Dịch vụ Kế hoạch hoá Gia đình** 16](#_Toc149589877)

[**Dịch vụ HealthCheck** 16](#_Toc149589878)

[**Dịch vụ Nha khoa** 17](#_Toc149589879)

[DỊCH VỤ ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI FORWARDHEALTH 19](#_Toc149589880)

[**Dịch vụ Điều trị Hành vi (Tự kỷ)** 19](#_Toc149589881)

[**Dịch vụ Nắn chỉnh Cột sống** 19](#_Toc149589882)

[**Dịch vụ Vận chuyển** 19](#_Toc149589883)

[**Phúc lợi Nhà thuốc** 20](#_Toc149589884)

[DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ THEO *[BADGERCARE PLUS and/or   
MEDICAID SSI]* 20](#_Toc149589885)

[DỊCH VỤ HOẶC CƠ SỞ THAY THẾ 20](#_Toc149589886)

[LẤY Ý KIẾN Y TẾ THỨ HAI 21](#_Toc149589887)

[QUẢN LÝ CHĂM SÓC (ĐIỀU PHỐI) 21](#_Toc149589888)

[HOÀN THÀNH CHỈ THỊ TRƯỚC, DI CHÚC SỐNG HOẶC ỦY QUYỀN CHĂM SÓC   
SỨC KHỎE (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE) 21](#_Toc149589889)

[PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ DỊCH VỤ MỚI 22](#_Toc149589890)

[BẢO HIỂM KHÁC 22](#_Toc149589891)

[NẾU QUÝ VỊ CHUYỂN NƠI Ở 22](#_Toc149589892)

[NHỮNG THAY ĐỔI VỀ VIỆC CHI TRẢ MEDICAID CỦA QUÝ VỊ 22](#_Toc149589893)

[MIỄN ĐĂNG KÝ HMO 23](#_Toc149589894)

[NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI HOẶC KHÁNG CÁO 23](#_Toc149589895)

[**Khiếu nại** 23](#_Toc149589896)

[**Kháng cáo** 24](#_Toc149589897)

[**Điều trần Công bằng** 26](#_Toc149589898)

[CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ 27](#_Toc149589899)

[TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ 29](#_Toc149589900)

[KẾT THÚC TƯ CÁCH THÀNH VIÊN CỦA QUÝ VỊ TRONG *[HMO]* 30](#_Toc149589901)

[LỪA ĐẢO VÀ LẠM DỤNG 30](#_Toc149589902)

# CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG CỦA *[HMO PROGRAM NAME]*

1. **Cách liên hệ đến *[HMO]* Bộ phận Dịch vụ Khách hàng**

Số Điện thoại: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**Hãy gọi tới Bộ phận Dịch vụ Khách hàng để:**

* Hỏi về tư cách thành viên *[HMO]* của quý vị
* Hỏi về cách nhận được sự chăm sóc
* Giúp lựa chọn bác sĩ chăm sóc chính hoặc các nhà cung cấp dịch vụ khác
* Giúp nhận thẻ thành viên *[HMO]* mới
* Giúp nhận được bản sao giấy của danh mục nhà cung cấp *[HMO]*
* Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho một dịch vụ mà quý vị không đồng ý

Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Có sẵn thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.

1. **Bộ phận Cố vấn Thành viên *[HMO]***

Số Điện thoại: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**Hãy gọi tới Bộ phận Cố vấn Thành viên để:**

* Giúp giải quyết vấn đề trong việc nhận dịch vụ chăm sóc
* Giúp nộp đơn khiếu nại hoặc phàn nàn
* Giúp yêu cầu kháng cáo hoặc xem xét lại quyết định của *[HMO]*

Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Có sẵn thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.

1. **Số khẩn cấp của *[HMO]***

Số điện thoại: 800-xxx-xxxx Gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**Hãy gọi đến số này nếu quý vị cần trợ giúp ngoài giờ làm việc hoặc nếu quý vị không chắc chắn liệu mình có đang gặp trường hợp cấp cứu y tế hay không.**

Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Có sẵn thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí cho những người không nói tiếng Anh.

**Nếu quý vị đang trong tình trạng cấp cứu, hãy gọi 911**

# CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG KHÁC

1. **Bộ phận Dịch vụ Thành viên ForwardHealth**

Số điện thoại: 800-362-3002 Giờ: 8 giờ sáng – 6 giờ chiều, Thứ Hai – Thứ Sáu

TDD/TTY:

Email: [memberservices@wisconsin.gov](mailto:memberservices@wisconsin.gov)

**Gọi Bộ phận Dịch vụ Thành viên ForwardHealth:**

* Các câu hỏi về cách sử dụng thẻ ForwardHealth của quý vị
* Các câu hỏi về các dịch vụ hoặc nhà cung cấp ForwardHealth
* Giúp nhận thẻ ForwardHealth mới

1. **Chuyên gia Tuyển chọn HMO**

Số điện thoại: 800-291-2002 Giờ: 7 giờ sáng–6 giờ tối, Thứ Hai–Thứ Sáu

TDD/TTY:

**Hãy gọi tới Chuyên gia Tuyển chọn HMO để:**

* Thông tin chung về các tổ chức bảo trì sức khỏe (HMO) và dịch vụ chăm sóc được quản lý
* Giúp đỡ về việc hủy đăng ký hoặc miễn trừ *[HMO]* hoặc dịch vụ chăm sóc được quản lý
* Nếu quý vị muốn rời khỏi khu vực dịch vụ của *[HMO]*

1. **Chương trình Thanh tra (Ombuds) của HMO tại Bang Wisconsin**

Thanh tra (Ombuds) là người cung cấp trợ giúp trung lập, riêng tư và không chính thống về bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề nào quý vị gặp phải với tư cách là thành viên *[HMO]*.

Số điện thoại: 800-760-0001 Giờ: 8 giờ sáng – 4 giờ 30 chiều, Thứ Hai – Thứ Sáu

TDD/TTY:

**Hãy gọi tới Chương trình Thanh tra (Ombuds) để:**

* Giúp giải quyết các vấn đề về dịch vụ chăm sóc hoặc dịch vụ quý vị nhận được từ *[HMO]*
* Giúp hiểu rõ quyền và trách nhiệm của thành viên
* Giúp nộp đơn khiếu nại, phàn nàn hoặc kháng cáo về quyết định của *[HMO]*

1. **Bộ phận Cố vấn Bên ngoài (Chỉ có ở Medicaid SSI)**

Số điện thoại: 800-708-3034 Giờ: 8 giờ 30 sáng – 5 giờ chiều, Thứ Hai – Thứ Sáu

TDD/TTY:

**Hãy gọi tới Bộ phận Cố vấn Bên ngoài của Medicaid SSI để:**

* Giúp giải quyết các vấn đề về dịch vụ chăm sóc hoặc dịch vụ quý vị nhận được từ *[HMO]*
* Giúp nộp đơn khiếu nại, phàn nàn
* Giúp yêu cầu khiếu nại hoặc xem xét lại quyết định của *[HMO]*

# CHÀO MỪNG QUÝ VỊ ĐẾN VỚI *[HMO]*

Chào mừng quý vị đến với *[HMO Program Name]. [HMO]* là chương trình sức khỏe hoạt động trên chương trình *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. BadgerCare Plus là một chương trình chăm sóc sức khỏe. Chương trình này giúp đỡ cho trẻ em, người mang thai và người lớn có thu nhập thấp ở Wisconsin. Medicaid SSI là chương trình giúp những người có Thu nhập An sinh Bổ sung (Supplemental Security Income) (SSI) được chăm sóc sức khỏe. [Note to HMO: only include information related to the program(s) offered.]

Cuốn sổ tay này có thể giúp quý vị:

* Tìm hiểu thông tin cơ bản về *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI].*
* Tra cứu các dịch vụ được chi trả bởi *[HMO]* và ForwardHealth.
* Biết các quyền và trách nhiệm của quý vị.
* Nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo nếu quý vị có khó khăn cần giải quyết hoặc quan   
  ngại.

*[HMO]* sẽ chi trả hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Medicaid của Wisconsin   
sẽ chi trả cho một số người khác thông qua ForwardHealth. Tra cứu các phần *Dịch vụ Được chi trả bởi [HMO]* và *Các dịch vụ Được chi trả bởi ForwardHealth* của sổ tay này để biết thêm thông tin.

**Sử dụng Thẻ thành viên *[HMO]* của Quý vị** [Note to HMO: only include this section if you provide an ID card.]

Quý vị sẽ sử dụng thẻ thành viên *[HMO]* của mình để nhận được sự chăm sóc từ các bác sĩ, phòng khám và bệnh viện trong mạng lưới nhà cung cấp *[HMO]*. Đây là danh sách các nhà cung cấp mà *[HMO]* có hợp đồng để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

**Luôn mang theo thẻ *[HMO]* bên mình. Đưa ra mỗi khi quý vị được chăm sóc.**   
Quý vị có thể gặp khó khăn khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nếu không mang theo   
thẻ. Nếu thẻ *[HMO]* của quý vị bị mất, hư hỏng hoặc bị đánh cắp, vui lòng *[insert instructions here]*.

## **Sử dụng Thẻ ForwardHealth của Quý vị**

Quý vị sẽ nhận được hầu hết dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình thông qua các nhà cung   
cấp *[HMO]*. Tuy nhiên, quý vị có thể cần sử dụng thẻ ForwardHealth của mình để nhận một số dịch vụ.

Sử dụng thẻ ForwardHealth của quý vị để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được liệt kê bên dưới:

* Dịch vụ điều trị hành vi (tự kỷ)
* Dịch vụ nắn chỉnh cột sống
* Dịch vụ can thiệp khủng hoảng
* Dịch vụ phục hồi cộng đồng
* Dịch vụ cộng đồng toàn diện
* Dịch vụ nha khoa *[unless carved in to HMO, list counties as an exception if some are carved in]*
* Dịch vụ hỗ trợ phục sức khoẻ hồi tích hợp tại nhà Hub and spoke
* Quản lý trị liệu bằng thuốc
* Dịch vụ thuốc và dược phẩm
* Vận chuyển y tế không cấp cứu
* Điều phối chăm sóc trước khi sinh
* Điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện tại nơi cư trú
* Dịch vụ dựa trên học đường
* Quản lý trường hợp dựa trên mục tiêu
* Dịch vụ liên quan tới bệnh lao

Thẻ ForwardHealth khác với thẻ *[HMO]* của quý vị. Đó là một tấm thẻ nhựa có tên của quý vị trên đó. Nó cũng có một dãy số gồm 10 chữ số và dải băng từ. Luôn mang theo thẻ ForwardHealth bên mình. Hãy đưa nó ra mỗi khi quý vị đến bác sĩ hoặc bệnh viện và mỗi khi quý vị mua thuốc theo đơn. Quý vị có thể gặp khó khăn trong việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hoặc đơn thuốc nếu quý vị không mang theo thẻ. Ngoài ra, hãy mang theo bất kỳ thẻ   
bảo hiểm y tế nào khác mà quý vị có. Điều này có thể bao gồm bất kỳ thẻ nhận dạng nào từ *[HMO Program]* hoặc các nhà cung cấp dịch vụ khác.

Nếu quý vị có thắc mắc về cách sử dụng thẻ ForwardHealth của mình hoặc nếu thẻ của quý vị bị mất, hư hỏng hoặc bị đánh cắp, hãy gọi Bộ phận Dịch vụ thành viên của ForwardHealth theo số 800-362-3002. Cách tìm nhà cung cấp chấp nhận thẻ ForwardHealth của quý vị:

1. Truy cập[www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Nhấp vào liên kết hoặc biểu tượng Thành viên (Members) ở phần giữa của trang.
3. Cuộn xuống và nhấp vào thanh Tài nguyên (Resources).
4. Nhấp vào liên kết Tìm nhà cung cấp (Find a Provider).
5. Trong mục Chương trình (Program), chọn BadgerCare/Medicaid.

Hoặc liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Thành viên ForwardHealth tại 800-362-3002.

## **Sử dụng Danh mục Nhà cung cấp**

Là thành viên của *[HMO],* quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ các bác sĩ và bệnh viện trong mạng lưới *[HMO]*. Tra cứu danh mục nhà cung cấp của chúng tôi để biết danh sách các nhà cung cấp này. Các nhà cung cấp chấp nhận bệnh nhân mới sẽ được đưa thêm trong danh mục nhà cung cấp.

Danh mục nhà cung cấp là danh sách các bác sĩ, phòng khám và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe với tư cách là thành viên của *[HMO]. [HMO]* có danh mục nhà cung cấp ở nhiều ngôn ngữ và định dạng khác nhau. Quý vị có thể tìm thấy danh mục nhà cung cấp trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL]*. Để có bản sao bằng giấy của danh mục nhà cung cấp, hãy gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số   
*[800-xxx-xxxx]*.

Các nhà cung cấp *[HMO]* nhạy cảm với nhu cầu của nhiều nền văn hóa. Xem danh mục nhà cung cấp *[HMO]* để biết danh sách các nhà cung cấp có nhân viên nói một số ngôn ngữ nhất định hoặc hiểu một số nền văn hóa dân tộc hoặc tín ngưỡng tôn giáo nhất định. Danh mục nhà cung cấp cũng có thể cho quý vị biết về nơi làm việc mà nhà cung cấp đưa ra.

## **Chọn Nhà Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính**

Khi quý vị cần được chăm sóc, trước tiên hãy gọi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (primary care provider) (PCP) của quý vị. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính có thể là bác sĩ, y tá, trợ lý bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác cung cấp, hướng dẫn hoặc giúp quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính từ danh mục nhà cung cấp *[HMO]*. Sử dụng danh sách các nhà cung cấp tiếp nhận bệnh nhân mới. Nếu quý vị là người Mỹ gốc Ấn Độ hoặc người Alaska Bản địa, quý vị có thể chọn gặp Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe cho người gốc Ấn Độ (Indian Health Care Provider) bên ngoài mạng lưới của chúng tôi.

**Hãy gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]* để chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị.** Quý vị có thể giữ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hiện tại của mình nếu họ thuộc mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị sẽ giúp quyết định xem quý vị có cần gặp bác sĩ hoặc chuyên gia khác hay không. Họ có thể giới thiệu quý vị nếu cần thiết. Nếu muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện nhất định, quý vị sẽ cần có giấy giới thiệu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình. Quý vị sẽ cần phải nhận được sự chấp thuận từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi gặp bác sĩ khác.

Ngoài việc chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, quý vị có thể gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Đây có thể là bác sĩ sản phụ khoa (obstetrician and gynecologist) (OB/GYN), y tá hộ sinh hoặc nữ hộ sinh được cấp phép.

## **Thảo luận Thành viên Mới về Nhu cầu Sức khoẻ**

*[HMO]* sẽ liên hệ với quý vị theo số *[insert contact method]* để trao đổi với quý vị về nhu cầu và chi tiết sức khỏe cá nhân của quý vị. Quý vị có thể hỏi về các nguồn lực trong cộng đồng hoặc những nguồn lực trong chương trình sức khỏe mới có thể sử dụng cho quý vị. Họ có thể tìm hiểu thêm và giúp quý vị đạt được các mục tiêu về sức khỏe của mình. Hãy gọi *[800-xxx-xxx]* để bắt đầu.

# NHẬN NHU CẦU CHĂM SÓC CỦA QUÝ VỊ

## **Chăm sóc Cấp cứu**

Chăm sóc cấp cứu là sự chăm sóc cần thiết ngay lập tức đối với một căn bệnh, thương tích, triệu chứng hoặc tình trạng rất nghiêm trọng. Một số ví dụ là:

* Nghẹn họng

**Nếu quý vị đang trong tình trạng cấp cứu, hãy gọi 911**

* Co giật
* Động kinh kéo dài hoặc lặp đi lặp lại
* Gãy xương nghiêm trọng
* Bỏng nặng
* Đau dữ dội
* Chảy máu nặng hoặc bất thường
* Nghi ngờ bị nhồi máu cơ tim
* Nghi ngờ ngộ độc
* Nghi ngờ đột quỵ
* Khó thở
* Mất ý thức

**Nếu quý vị cần chăm sóc cấp cứu, hãy nhận trợ giúp càng nhanh càng tốt**. Hãy cố gắng đến bệnh viện *[HMO Program Name]* hoặc phòng cấp cứu để được trợ giúp nếu có thể. Nếu tình trạng của quý vị không thể chờ đợi, hãy đến nhà cung cấp gần nhất (bệnh viện, bác sĩ hoặc phòng khám). **Hãy gọi 911 hoặc cảnh sát địa phương hoặc các dịch vụ khẩn cấp của sở cứu hỏa nếu trường hợp khẩn cấp rất nghiêm trọng và quý vị không thể liên hệ với nhà cung cấp gần nhất.**

Nếu quý vị cần phải đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu không thuộc *[HMO]*, quý vị hoặc người khác nên gọi cho *[HMO]* theo số ***[800-xxx-xxxx]*** ngay khi có thể để cho chúng tôi biết chuyện gì đã xảy ra.

Quý vị không cần sự chấp thuận của *[HMO]* hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị trước khi nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu.

Hãy nhớ rằng, phòng cấp cứu của bệnh viện chỉ dành cho những trường hợp cấp cứu thực sự. Trừ khi tình trạng của quý vị rất nghiêm trọng, hãy gọi cho bác sĩ hoặc số khẩn cấp 24 giờ của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]* trước khi quý vị đến phòng cấp cứu. Nếu quý vị không biết bệnh tật hoặc vết thương của mình có phải là trường hợp khẩn cấp hay không, hãy gọi [Note to HMO: Insert applicable instructions here—call clinic, doctor, 24-hour number, nurse line, etc.]. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nơi quý vị có thể được chăm sóc. **Quý vị có thể phải trả khoản đồng thanh toán nếu quý vị đến phòng cấp cứu để được chăm sóc không phải là trường hợp cấp cứu.**

## **Chăm sóc Khẩn cấp**

Chăm sóc khẩn cấp là chăm sóc cho một bệnh, vết thương hoặc tình trạng cần trợ giúp y tế ngay lập tức nhưng không yêu cầu chăm sóc tại phòng cấp cứu. Một số ví dụ là:

* Vết bầm tím
* Bỏng nhẹ
* Vết cắt nhỏ
* Gãy xương thường gặp
* Phản ứng thuốc thường gặp
* Chảy máu không nghiêm trọng
* Bong gân

Quý vị cần phải nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ các nhà cung cấp *[HMO]* trừ khi quý vị nhận được sự chấp thuận của chúng tôi để gặp nhà cung cấp không phải *[HMO]*. Đừng đến phòng cấp cứu của bệnh viện để được chăm sóc khẩn cấp trừ khi quý vị được *[HMO]* chấp thuận trước.

## **Chăm sóc đặc biệt**

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ chuyên về một lĩnh vực y học. Có rất nhiều loại bác sỹ chuyên khoa. Dưới đây là một vài ví dụ:

* Bác sĩ ung thư, những người chăm sóc cho những người mắc bệnh ung thư.
* Bác sĩ tim mạch, những người chăm sóc cho những người mắc bệnh tim.
* Bác sĩ chỉnh hình, những người chăm sóc cho những người mắc một số bệnh về xương, khớp hoặc cơ.

Liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị nếu quý vị cần sự chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần phải nhận được sự chấp thuận từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình và *[HMO]* trước khi gặp bác sĩ chuyên khoa.

## **Chăm sóc trong Quá trình Mang thai và Chuyển dạ**

Hãy cho *[HMO]* và cơ quan quận hoặc khu vực biết ngay nếu quý vị có thai để quý vị có thể nhận được sự chăm sóc bổ sung mà quý vị cần. Quý vị không có khoản đồng thanh toán khi mang thai.

Quý vị cần phải đến bệnh viện của *[HMO]* để sinh con. Nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để đảm bảo quý vị biết quý vị nên đến bệnh viện nào khi đến lúc sinh con. Đừng ra khỏi khu vực được chi trả để sinh con trừ khi quý vị được *[HMO]* chấp thuận. Nhà cung cấp *[HMO]* biết lịch sử hoạt động của quý vị và là nhà cung cấp tốt nhất để trợ giúp quý vị.

Ngoài ra, hãy nói chuyện với bác sĩ nếu quý vị dự định đi du lịch vào tháng cuối của thai kỳ. Đi du lịch trong tháng cuối của thai kỳ sẽ làm tăng khả năng sinh con khi quý vị xa nhà. Nhiều người có trải nghiệm sinh nở tốt hơn khi họ được các bác sĩ và bệnh viện chăm sóc trong suốt thai kỳ.

## **Dịch vụ Telehealth**

Telehealth là liên hệ bằng âm thanh và video với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị bằng điện thoại, máy tính hoặc máy tính bảng. *[HMO]* chi trả cho các dịch vụ y tế từ xa mà nhà cung cấp của quý vị có thể cung cấp với chất lượng tương đương với các dịch vụ trực tiếp. Đây có thể là các chuyến thăm khám tại văn phòng bác sĩ, các dịch vụ về sức khỏe tâm thần hoặc lạm dụng dược chất, tư vấn nha khoa, v.v. Có một số dịch vụ quý vị không thể nhận được bằng cách sử dụng telehealth. Điều này bao gồm các dịch vụ mà nhà cung cấp cần sờ, chạm vào hoặc khám cho quý vị.

Cả quý vị và nhà cung cấp của quý vị đều phải đồng ý thực hiện thăm khám sức khỏe từ xa. Quý vị luôn có quyền từ chối thăm khám qua telehealth và thay vào đó thực hiện chuyến thăm khám trực tiếp. Các phúc lợi và dịch vụ chăm sóc *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị từ chối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu nhà cung cấp của quý vị chỉ cung cấp dịch vụ khám từ xa và quý vị muốn thực hiện trực tiếp, họ có thể giới thiệu quý vị đến một nhà cung cấp khác.

Các nhà cung cấp dịch vụ *[HMO]* và Wisconsin Medicaid cần phải tuân thủ luật bảo mật và quyền riêng tư khi cung cấp dịch vụ qua telehealth.

## **Chăm sóc khi Quý vị Xa nhà**

Hãy tuân theo các quy tắc sau nếu quý vị cần được chăm sóc y tế nhưng ở quá xa nhà để đến gặp bác sĩ chăm sóc chính hoặc phòng khám thường xuyên của quý vị:

* **Đối với những trường hợp khẩn cấp thực sự, hãy đến bệnh viện, phòng khám hoặc bác sĩ gần nhất.** Hãy gọi *[HMO]* theo số *[800-xxx-xxxx]* ngay khi quý vị có thể để cho chúng tôi biết chuyện gì đã xảy ra. Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Wisconsin, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở khu vực nơi quý vị ở có thể điều trị cho quý vị và gửi hóa đơn đến *[HMO].* Quý vị có thể phải trả khoản đồng thanh toán nếu quý vị được chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Wisconsin. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ bên ngoài Wisconsin, hãy gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số *[800-xxx-xxxx]*.
* **Đối với dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc định kỳ xa nhà, quý vị phải nhận được sự chấp thuận của *[HMO]***  **trước khi đến bác sĩ, phòng khám hoặc bệnh viện khác.** Điều này bao gồm những đứa trẻ đang dành thời gian xa nhà với cha mẹ hoặc người thân. Hãy gọi cho chúng tôi theo số ***[800-xxx-xxxx]*** để được chấp thuận đến gặp bác sĩ, phòng khám hoặc bệnh viện khác.
* **Đối với dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc định kỳ bên ngoài Hoa Kỳ, trước tiên hãy gọi *[HMO]*.** *[HMO]* không bao gồm bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ, Canada và Mexico. Điều này bao gồm các dịch vụ khẩn cấp. Nếu quý vị cần các dịch vụ khẩn cấp khi ở Canada hoặc Mexico, *[HMO]* sẽ chỉ chi trả nếu tài khoản ngân hàng của bác sĩ hoặc bệnh viện ở Hoa Kỳ. Các dịch vụ khác có thể được bảo hiểm với sự chấp thuận của *[HMO]* nếu nhà cung cấp có tài khoản ngân hàng ở Hoa Kỳ. Vui lòng gọi *[HMO]* nếu quý vị nhận được bất kỳ dịch vụ khẩn cấp nào bên ngoài Hoa Kỳ.

# THỜI ĐIỂM QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC YÊU CẦU THANH TOÁN HÓA ĐƠN CHO CÁC DỊCH VỤ

## **Các dịch vụ Được bảo hiểm và Không được Bảo hiểm**

Với *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI],* quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm ngoài các khoản đồng thanh toán bắt buộc.

Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí dịch vụ nếu:

* Dịch vụ này không nằm trong phạm vi bảo hiểm *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI].*
* Quý vị cần có sự chấp thuận cho một dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị hoặc *[HMO],* nhưng quý vị chưa nhận được sự chấp thuận trước khi nhận dịch vụ.
* *[HMO]* xác định rằng dịch vụ này không cần thiết về mặt y tế đối với quý vị. Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là các dịch vụ hoặc nguồn cung cần thiết được phê duyệt để chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng, bệnh lý, vấn đề sức khỏe, chấn thương hoặc triệu chứng.
* Quý vị đã nhận được dịch vụ không khẩn cấp từ nhà cung cấp không thuộc mạng lưới *[HMO]*. Hoặc quý vị đã nhận được dịch vụ không khẩn cấp từ nhà cung cấp không chấp nhận thẻ ForwardHealth của quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu các dịch vụ không được bảo hiểm chi trả nếu quý vị sẵn lòng trả tiền cho các dịch vụ đó. Quý vị sẽ phải lập kế hoạch thanh toán bằng văn bản với nhà cung cấp của mình. Các nhà cung cấp có thể gửi hóa đơn cho quý vị theo mức phí thông thường và theo thông lệ của họ đối với các dịch vụ không được chi trả.

**Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho một dịch vụ mà quý vị không đồng ý, vui lòng gọi   
*[800-xxx-xxxx]*.**

## **Đồng thanh toán**

Theo BadgerCare Plus và Medicaid SSI, *[HMO]* và các nhà cung cấp có thể lập hóa đơn cho quý vị các khoản đồng thanh toán. Khoản đồng thanh toán là số tiền cố định quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm chi trả. Khoản đồng thanh toán cho thành viên *[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* thường là 3 đô la trở xuống. Các thành viên sau **không** phải chi trả khoản đồng thanh toán:

* Người ở nhà dưỡng lão
* Các thành viên bị bệnh nan y đang nhận dịch vụ an dưỡng cuối đời
* Phụ nữ mang thai
* Thành viên dưới 19 tuổi
* Trẻ em được chăm sóc nuôi dưỡng hoặc được hỗ trợ nhận con nuôi
* Thiếu niên được nhận nuôi dưỡng, chăm sóc vào ngày sinh nhật thứ 18 của mình. Họ không phải trả bất kỳ khoản đồng thanh toán nào cho đến khi 26 tuổi.
* Thành viên tham gia bằng hình thức Lựa chọn Nhanh
* Thành viên là người Mỹ gốc Ấn hoặc Bộ lạc người Alaska bản địa, con hoặc cháu của một thành viên bộ lạc hoặc bất kỳ ai có thể nhận Dịch vụ Y tế dành cho người gốc Ấn (Indian Health Services). Tuổi tác và thu nhập không quan trọng. Điều này áp dụng khi nhận các vật phẩm và dịch vụ từ nhà cung cấp Dịch vụ Y tế dành cho người gốc Ấn (Indian Health Services) hoặc từ chương trình Sử dụng dịch vụ và Chăm sóc có liên quan (Purchase and Referred Care).

# DỊCH VỤ ĐƯỢC CHI TRẢ THEO *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]*

[Note to HMO: Information you provide for these sections must be approved by the Department of Health Services. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* cung cấp hầu hết các dịch vụ được chi trả, cần thiết về mặt y tế theo *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. Tra cứu *Dịch vụ được Chi trả [HMO]* theo trang *[xx]* để biết thêm thông tin về các dịch vụ được *[HMO]* chi trả.

Một số dịch vụ được ForwardHealth chi trả. Để tìm hiểu thêm về các dịch vụ này, hãy xem trang *[xx]*, *Các dịch vụ Được chi trả bởi ForwardHealth*.

Một số dịch vụ yêu cầu **ủy quyền trước**. Ủy quyền trước là sự chấp thuận bằng văn bản cho một dịch vụ hoặc đơn thuốc. Quý vị có thể cần có ủy quyền trước từ *[HMO]* hoặc ForwardHealth trước khi quý vị nhận được dịch vụ hoặc mua thuốc theo đơn.

|  |  |
| --- | --- |
| Dịch vụ | Chi trả theo *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* |
| Chăm sóc trung tâm phẫu thuật cấp cứu | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ điều trị hành vi (tự kỷ) | Chi trả đầy đủ (có ủy quyền trước).  Không có khoản đồng thanh toán  **\*Được chi trả bởi ForwardHealth. Sử dụng thẻ ForwardHealth của quý vị để nhận dịch vụ này** |
| Dịch vụ nắn chỉnh cột sống | Chi trả đầy đủ.  Đồng thanh toán: 0,50 đô la đến 3 đô la cho mỗi dịch vụ  **\*Được chi trả bởi ForwardHealth. Sử dụng thẻ ForwardHealth của quý vị để nhận dịch vụ này.** |
| Dịch vụ nha khoa | *[If covered by HMO insert applicable information]*  *[If not covered by HMO insert the following:]*  Chi trả đầy đủ.  Đồng thanh toán: 0,50 đô la đến 3 đô la cho mỗi dịch vụ  **\*Được chi trả bởi ForwardHealth. Sử dụng thẻ ForwardHealth của quý vị để nhận dịch vụ này**  \*Xem thêm thông tin ở trang số *[xx]* |
| Vật tư y tế dùng một lần | *[Add coverage policy]* |
| Thuốc (theo đơn và không kê đơn) | Chi trả thuốc gốc và thuốc hãng theo đơn, và một số loại thuốc không kê đơn.  Đồng thanh toán: 0,50 đô la cho thuốc không kê đơn  1 đô la cho thuốc gốc  3 đô la cho thuốc hãng  Khoản đồng thanh toán được giới hạn ở mức 12 đô la cho mỗi thành viên, mỗi nhà cung cấp, mỗi tháng. Thuốc không kê đơn không được tính vào mức tối đa 12 đô la.  Giới hạn năm lần mua lại thuốc gây nghiện theo đơn mỗi tháng.  \***Được chi trả bởi ForwardHealth. Sử dụng thẻ ForwardHealth của quý vị để nhận thuốc** |
| Thiết bị y tế sử dụng lâu bền | *[Add coverage policy]* |
| Khám sàng lọc HealthCheck cho trẻ em | *[Add coverage policy]*  \*Xem thêm thông tin ở trang số *[xx]* |
| Dịch vụ thính giác | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ chăm sóc tại nhà | *[Add coverage policy]* |
| An dưỡng cuối đời | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ bệnh viện: điều trị nội trú | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ bệnh viện: điều trị ngoại trú | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ bệnh viện: phòng cấp cứu | *[Add coverage policy]* |
| Điều trị sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất | *[Add coverage policy]*  \*Xem thêm thông tin ở trang số *[xx]* |
| Dịch vụ điều dưỡng tại nhà | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ bác sĩ | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ điều trị bệnh lý bàn chân | *[Add coverage policy]* |
| Chăm sóc trước khi sinh/khi mang thai | *[Add coverage policy]* |
| Dịch vụ sinh sản và kế hoạch hóa gia đình | *[Add coverage policy]*  \*Xem thêm thông tin ở trang số *[xx]* |
| Khám thị giác định kì | *[Add coverage policy]*  \*Áp dụng cho một số hạn chế. Gọi tới bộ phận Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin. |
| Liệu pháp:  Vật lý trị liệu, trị liệu nghề nghiệp,  trị liệu ngôn ngữ và lời nói | *[Add coverage policy]* |
| Vận chuyển: xe cứu thương, xe cơ giới chuyên dụng, xe vận chuyển thông dụng | Chi trả đầy đủ về dịch vụ vận chuyển cấp cứu và không khẩn cấp đến và đi từ nhà cung cấp dịch vụ được bảo hiểm.  Các khoản đồng thanh toán:  Đồng thanh toán 2 đô la cho các chuyến xe cứu thương không khẩn cấp  Đồng thanh toán 1 đô la mỗi lần với việc vận chuyển bằng xe cơ giới chuyên dụng  Không có khoản đồng thanh toán của hãng vận chuyển thông thường hoặc xe cứu thương khẩn cấp  \*Xem thêm thông tin ở trang số *[xx]* |
| *[Additional services provided by HMO, if applicable]* | *[Description and copayment amounts for additional services provided by HMO]* |

# DỊCH VỤ ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI *[HMO]*

## **Dịch vụ sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* cung cấp các dịch vụ về sức khỏe tâm thần và lạm dụng chất (ma túy và rượu) cho tất cả thành viên. Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy gọi [Note to HMO: Insert primary care physician, behavioral health manager, customer service, etc., as appropriate]. Nếu cần trợ giúp ngay lập tức, quý vị có thể gọi đến Đường dây nóng Khủng hoảng theo số *[800-xxx-xxxx]* hoặc Đường dây Y tá 24 giờ của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]*, hoạt động bảy ngày một tuần.

Tất cả các dịch vụ do *[HMO]* cung cấp đều ở chế độ riêng tư.

## **Dịch vụ Kế hoạch hoá Gia đình**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình riêng tư cho tất cả thành viên, kể cả những người dưới 18 tuổi. Nếu quý vị không muốn nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình về kế hoạch hóa gia đình, hãy gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]*. Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn nhà cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình *[HMO]* khác với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị.

Chúng tôi khuyến khích quý vị nhận các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình từ nhà cung cấp *[HMO]*. Điều này cho phép chúng tôi điều phối tốt hơn tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Tuy nhiên, quý vị cũng có thể đến bất kỳ phòng khám kế hoạch hóa gia đình nào chấp nhận thẻ ForwardHealth của mình, ngay cả khi phòng khám đó không nằm trong mạng lưới nhà cung cấp của *[HMO]*.

## **Dịch vụ HealthCheck**

HealthCheck chi trả cho việc khám sức khỏe cho các thành viên dưới 21 tuổi. Khám HealthCheck, còn được gọi là "kiểm tra sức khỏe trẻ em", là những lần khám bác sĩ mà con quý vị hoặc người trẻ thực hiện khi đang khỏe mạnh. Bác sĩ sẽ đặt câu hỏi và khám cho con quý vị. Điều này nhằm đảm bảo con quý vị khỏe mạnh và thực hiện các bước phù hợp để giữ sức khỏe. Đây là thời điểm tốt để đặt câu hỏi về sức khoẻ mà quý vị hoặc con quý vị có thể có. HealthCheck cũng bao gồm việc điều trị mọi vấn đề được phát hiện trong lần khám HealthCheck của con quý vị.

HealthCheck có ba mục đích:

1. Phát hiện và điều trị các vấn đề sức khỏe cho các thành viên dưới 21 tuổi.
2. Để chia sẻ thông tin về các dịch vụ y tế đặc biệt dành cho các thành viên dưới 21 tuổi.
3. Để tạo điều kiện cho các thành viên dưới 21 tuổi đủ điều kiện nhận một số dịch vụ chăm sóc sức khoẻ không được chi trả.

Lần khám HealthCheck bao gồm:

* Tiêm chủng phù hợp với lứa tuổi (các mũi tiêm)
* Xét nghiệm máu và nước tiểu
* Khám răng và giới thiệu đến nha sĩ bắt đầu từ 1 tuổi
* Tiền sử bệnh và phát triển
* Kiểm tra thính giác
* Khám sức khỏe tổng quát
* Xét nghiệm chì cho trẻ em từ 1 đến 2 tuổi và trẻ em dưới 6 tuổi chưa bao giờ được xét nghiệm chì
* Kiểm tra thị lực

Để lên lịch khám HealthCheck hoặc để biết thêm thông tin, hãy gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]*.

Nếu quý vị cần đón đến hoặc đưa về từ cuộc hẹn khám HealthCheck, vui lòng gọi cho người quản lý vận chuyển y tế không khẩn cấp (non-emergency medical transportation) (NEMT) của Wisconsin theo số 866-907-1493 (hoặc TTY 800-855-2880) để lên lịch chuyến đi.

## **Dịch vụ Nha khoa**

[Note to HMO: Use the first statement below if you provide dental services. Use the second statement if you do not provide dental services. If you provide dental services in only part of your service area, use both statements and list the appropriate counties with each statement.]

[Statement 1- if HMO covers dental in Milwaukee, Kenosha, Ozaukee, Racine, Washington, or Waukesha counties]

*[HMO]* cung cấp tất cả các dịch vụ nha khoa được chi trả thông qua *[Dental Benefit Manager]*. Quý vị phải đến gặp một nha sĩ thuộc *[HMO or Dental Benefit Manager]*. Xem danh mục nhà cung cấp hoặc gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]* để biết tên của các nha sĩ *[HMO or Dental Benefit Manager]* mà quý vị có thể đến khám.

**Quý vị có quyền được hẹn khám nha khoa định kỳ trong vòng 90 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu cuộc hẹn**. Hãy gọi *[HMO]* theo số *[800-xxx-xxxx]* nếu quý vị không thể đặt lịch hẹn khám nha khoa trong vòng 90 ngày.

Gọi cho người quản lý Wisconsin dịch vụ vận chuyển y tế không khẩn cấp (non-emergency medical transportation) (NEMT) theo số 866-907-1493 (hoặc TTY 711) nếu quý vị cần trợ giúp về việc di chuyển đến hoặc đi từ văn phòng nha sĩ. Họ có thể giúp đỡ trong việc đi lại.

**Nếu gặp trường hợp cấp cứu về nha khoa, quý vị có quyền được điều trị trong vòng 24 giờ kể từ khi yêu cầu cuộc hẹn khám**. Trường hợp cấp cứu nha khoa là tình trạng đau răng nghiêm trọng, sưng tấy, sốt, viêm hoặc tổn thương răng. Nếu quý vị đang gặp trường hợp cấp cứu về nha khoa:

* Nếu quý vị đã có nha sĩ làm việc với *[HMO/DBM]*:
* Gọi đến phòng khám của nha sĩ.
* Hãy cho phòng khám của nha sĩ biết rằng quý vị hoặc con mình đang gặp trường hợp khẩn cấp về nha khoa.
* Hãy cho phòng khám của nha sĩ biết chính xác vấn đề nha khoa là gì. Điều này có thể là đau răng dữ dội hoặc sưng mặt.
* Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị cần trợ giúp để được đưa đến hoặc đón về từ cuộc hẹn khám nha khoa của quý vị.
* Nếu hiện tại quý vị không có nha sĩ làm việc với *[HMO/DBM]*:
* Hãy gọi [Note to HMO: insert dental benefits manager or HMO, as appropriate.]. Hãy cho chúng tôi biết rằng quý vị hoặc con mình đang gặp trường hợp cấp cứu về nha khoa. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận được các dịch vụ nha khoa.
* Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị cần trợ giúp để được đưa đến hoặc đón về từ văn phòng nha sĩ.

[Statement 2- for all other counties]

Các dịch vụ nha khoa được chi trả cho quý vị. Quý vị có thể nhận các dịch vụ nha khoa được chi trả từ nhà cung cấp dịch vụ đã đăng ký Medicaid, họ sẽ chấp nhận thẻ ForwardHealth của quý vị. Để tìm một nhà cung cấp đã đăng ký Medicaid:

1. Truy cập[www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Nhấp vào liên kết hoặc biểu tượng Thành viên (Members) ở phần giữa của trang.
3. Cuộn xuống và nhấp vào thanh Tài nguyên (Resources).
4. Nhấp vào liên kết Tìm nhà cung cấp (Find a Provider).
5. Trong Chương trình (Program), lựa chọn BadgerCare/Medicaid.

Hoặc quý vị có thể gọi tới Bộ phận Dịch vụ thành viên ForwardHealth theo số 800-362-3002.

**Quý vị có quyền được hẹn khám nha khoa định kỳ trong vòng 90 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu cuộc hẹn**. Hãy gọi Bộ phận Dịch vụ thành viên ForwardHealth theo số 800-362-3002 nếu quý vị không thể đặt lịch hẹn nha khoa trong vòng 90 ngày.

Hãy gọi cho người quản lý vận chuyển y tế không khẩn cấp (non-emergency medical transportation) NEMT của Wisconsin theo số 866-907-1493 (hoặc TTY 711) nếu quý vị cần trợ giúp trong việc di chuyển đến hoặc về từ phòng khám của nha sĩ. Họ có thể giúp đỡ trong việc đi lại.

**Nếu gặp trường hợp cấp cứu về nha khoa, quý vị có quyền được điều trị trong vòng 24 giờ kể từ khi yêu cầu cuộc hẹn khám**. Trường hợp cấp cứu nha khoa là tình trạng đau răng nghiêm trọng, sưng tấy, sốt, viêm hoặc tổn thương răng. Nếu quý vị đang gặp trường hợp cấp cứu về nha khoa:

* Nếu quý vị đã có nha sĩ làm việc với ForwardHealth:
* Gọi đến phòng khám của nha sĩ.
* Hãy cho phòng khám của nha sĩ biết rằng quý vị hoặc con mình đang gặp trường hợp khẩn cấp về nha khoa.
* Hãy cho phòng khám của nha sĩ biết chính xác vấn đề nha khoa là gì. Điều này có thể là đau răng dữ dội hoặc sưng mặt.
* Gọi cho người quản lý NEMT theo số 866-907-1493 hoặc Bộ phận Dịch vụ Thành viên ForwardHealth theo số 800-362-3002 nếu quý vị cần trợ giúp để được đưa đón đến hoặc về từ cuộc hẹn nha khoa của mình.
* Nếu hiện tại quý vị không có nha sĩ làm việc với ForwardHealth:
* Hãy gọi Bộ phận Dịch vụ Thành viên ForwardHealth theo số 800-362-3002. Nói với họ rằng quý vị hoặc con mình đang gặp trường hợp cấp cứu về nha khoa. Họ có thể giúp quý vị nhận được các dịch vụ nha khoa.
* Hãy cho họ biết nếu quý vị cần trợ giúp để di chuyển đến hoặc về từ phòng khám của nha sĩ.

# DỊCH VỤ ĐƯỢC CHI TRẢ BỞI FORWARDHEALTH

[Note to HMO: Insert Dental services in this section if not covered by HMO]

## **Dịch vụ Điều trị Hành vi (Tự kỷ)**

Các dịch vụ điều trị hành vi được chi trả theo *[BadgerCare Plus]*. Các dịch vụ điều trị hành vi được sử dụng để điều trị tự kỷ. Quý vị có thể nhận các dịch vụ điều trị bệnh tự kỷ từ nhà cung cấp đã đăng ký Medicaid, họ sẽ chấp nhận thẻ ForwardHealth của quý vị. Để tìm một nhà cung cấp đã đăng ký Medicaid:

1. Truy cập [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Nhấp vào liên kết hoặc biểu tượng Thành viên (Members) ở phần giữa của trang.
3. Cuộn xuống và nhấp vào thanh Tài nguyên (Resources).
4. Nhấp vào liên kết Tìm nhà cung cấp (Find a Provider).
5. Trong Chương trình (Program), lựa chọn BadgerCare/Medicaid.

Hoặc quý vị có thể gọi tới Bộ phận Dịch vụ Thành viên ForwardHealth theo số 800-362-3002.

## **Dịch vụ Nắn chỉnh Cột sống**

Các dịch vụ nắn chỉnh cột sống được chi trả theo *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. Quý vị có thể nhận các dịch vụ nắn chỉnh cột sống từ nhà cung cấp đã đăng ký Medicaid, họ sẽ chấp nhận thẻ ForwardHealth của quý vị. Để tìm một nhà cung cấp đã đăng ký Medicaid:

1. Truy cập [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. Nhấp vào liên kết hoặc biểu tượng Thành viên (Members) ở phần giữa của trang.
3. Cuộn xuống và nhấp vào thanh Tài nguyên (Resources).
4. Nhấp vào liên kết Tìm nhà cung cấp (Find a Provider).
5. Trong Chương trình (Program), lựa chọn BadgerCare/Medicaid.

Hoặc quý vị có thể gọi tới Bộ phận Dịch vụ Thành viên ForwardHealth theo số 800-362-3002.

## **Dịch vụ Vận chuyển**

Quý vị có thể nhận các dịch vụ vận chuyển y tế không khẩn cấp (non-emergency medical transportation) (NEMT) thông qua người quản lý NEMT Wisconsin. Người quản lý NEMT sắp xếp và thanh toán chi phí đi lại đối với các dịch vụ được chi trả cho các thành viên không có cách nào khác để đến được đó. NEMT có thể bao gồm các chuyến đi sử dụng:

* Phương tiện giao thông công cộng, chẳng hạn như xe buýt nội đô
* Xe cấp cứu không khẩn cấp
* Xe y tế chuyên dụng
* Các loại phương tiện khác, tùy theo nhu cầu y tế và di chuyển của thành viên

Nếu quý vị có ô tô và có thể tự lái xe đến cuộc hẹn khám nhưng không đủ khả năng trả tiền xăng, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn trả phụ cấp đi đường (tiền xăng).

Quý vị phải lên lịch các chuyến đi định kỳ ít nhất hai ngày làm việc trước cuộc hẹn khám. Hãy gọi cho người quản lý NEMT theo số 866-907-1493 (hoặc TTY 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Quý vị cũng có thể lên lịch đi xe cho những cuộc hẹn khẩn cấp. Chuyến xe đến cuộc hẹn khẩn cấp sẽ được cung cấp trong vòng ba giờ hoặc ít hơn.

## **Phúc lợi Nhà thuốc**

Quý vị có thể nhận được đơn thuốc từ nhà cung cấp dịch vụ, bác sĩ chuyên khoa hoặc nha sĩ *[HMO Name]*. Quý vị có thể nhận các đơn thuốc được chi trả và một số loại không cần kê đơn tại bất kỳ nhà thuốc nào chấp nhận thẻ ForwardHealth của quý vị.

Quý vị có thể có các khoản đồng thanh toán hoặc thanh toán hạn chế đối với các loại thuốc được chi trả. Nếu quý vị không đủ khả năng chi trả khoản đồng thanh toán, quý vị vẫn có thể nhận được đơn thuốc của mình.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về các loại thuốc được chi trả theo *[Badgercare Plus or Medicaid SSI]* hoặc các khoản đồng thanh toán thuốc, hãy liên hệ với Dịch vụ Thành viên ForwardHealth theo số 800-362-3002.

# DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC CHI TRẢ THEO *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]*

Các dịch vụ bên dưới không được chi trả theo *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*:

* Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế
* Các dịch vụ chưa được *[HMO]* hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị phê duyệt khi cần có phê duyệt
* Chi phí sinh hoạt thông thường như tiền thuê nhà hoặc tiền thế chấp, thực phẩm, tiện ích, giải trí, quần áo, đồ nội thất, đồ dùng gia đình và bảo hiểm
* Các dịch vụ hoặc thủ thuật mang tính thử nghiệm hoặc thẩm mỹ
* Điều trị hoặc dịch vụ về hiếm muộn
* Hủy bỏ việc triệt sản tự nguyện
* Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú tại cơ sở dành cho các thành viên từ 22-64 tuổi, trừ khi được cung cấp dưới 15 ngày thay vì điều trị truyền thống
* Tiền phòng và tiền ăn

# DỊCH VỤ HOẶC CƠ SỞ THAY THẾ

*[HMO]* có thể chi trả cho một số dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc thường không được chi trả trong Wisconsin Medicaid. Các dịch vụ này được gọi là dịch vụ hoặc cơ sở “thay thế”.

Dưới đây là những thay thế cho các dịch vụ hoặc cơ sở được đề cập trong BadgerCare Plus hoặc Medicaid SSI:

* Các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú tại viện điều trị bệnh tâm thần (institute of mental disease) (IMD) dành cho người từ 22-64 tuổi không quá 15 ngày trong một tháng.
* Điều trị lâm sàng bán cấp tính dựa vào cộng đồng (dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú ngắn hạn).

Việc quyết định liệu dịch vụ hoặc cơ sở “thay thế” có phù hợp với quý vị hay không là nỗ lực của cả nhóm. *[HMO]* sẽ làm việc với quý vị và nhà cung cấp của quý vị để giúp quý vị đưa ra lựa chọn tốt nhất. **Quý vị có quyền chọn không tham gia vào một trong những cơ sở hoặc phương pháp điều trị này.**

# LẤY Ý KIẾN Y TẾ THỨ HAI

Nếu quý vị không đồng ý với các khuyến nghị điều trị của bác sĩ, quý vị có thể nhận được ý kiến y tế thứ hai. Hãy liên hệ với nhà cung cấp của quý vị hoặc Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]* để biết thông tin.

# QUẢN LÝ CHĂM SÓC (ĐIỀU PHỐI)

Là thành viên của *[HMO]*, quý vị có quyền tiếp cận nhóm quản lý chăm sóc. Quản lý chăm sóc là một dịch vụ miễn phí dành cho thành viên *[HMO]*. Nó sẽ giúp quý vị xác định và đáp ứng các mục tiêu về sức khỏe và thể chất của quý vị. Nhóm quản lý chăm sóc cũng sẽ kết nối quý vị với các nhà cung cấp, dịch vụ cộng đồng và hỗ trợ xã hội.

Khi đăng ký chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ nhận được thư tiếp cận hoặc cuộc gọi để đề cập về nhu cầu sức khoẻ riêng của mình. Điều quan trọng là cần phản hồi để chúng tôi biết cách đáp ứng tốt nhất nhu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi trực tiếp cho nhóm Quản lý Chăm sóc theo số *[800-xxx-xxxx].*

Người quản lý chăm sóc cũng có thể giúp quý vị chuyển từ bệnh viện hoặc các cơ sở chăm sóc khác về nhà. Hãy gọi cho người quản lý chăm sóc của quý vị theo số *[insert phone number or other instructions]* để được trợ giúp nếu quý vị nhập viện.

# HOÀN THÀNH CHỈ THỊ TRƯỚC, DI CHÚC SỐNG HOẶC ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

Quý vị có quyền đưa ra hướng dẫn về những gì quý vị muốn làm nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định. Đôi khi mọi người không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình do tai nạn hoặc bệnh tật nghiêm trọng. Quý vị có quyền nói những gì quý vị muốn xảy ra trong những tình huống này. Điều này có nghĩa là quý vị có thể xây dựng một “chỉ thị trước”.

Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và có tên gọi khác nhau. Ví dụ về chỉ thị trước như là các tài liệu được gọi là “di chúc sống” và “ủy quyền chăm sóc sức khỏe (power of attorney for health care)”.

Quý vị quyết định xem quý vị có muốn một chỉ thị trước hay không. Nhà cung cấp của quý vị có thể giải thích cách tạo và sử dụng chỉ thị trước. Tuy nhiên, họ không thể ép quý vị phải có một cái hoặc đối xử khác biệt với quý vị nếu quý vị không có.

Liên hệ với nhà cung cấp của quý vị nếu quý vị muốn biết thêm về chỉ thị trước. Quý vị cũng có thể tìm thấy biểu mẫu chỉ thị trước trên trang web Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Service) (DHS) Wisconsin tại [https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm).

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại lên Phòng Đảm bảo Chất lượng (Division of Quality Assurance) của DHS nếu chỉ thị trước, di chúc sống hoặc giấy ủy quyền của quý vị không được tuân theo. Quý vị có thể nhận trợ giúp nộp đơn khiếu nại bằng cách gọi đến Phòng Đảm bảo Chất lượng (Division of Quality Assurance) của DHS theo số 800-642-6552.

# PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ DỊCH VỤ MỚI

*[HMO]* có quy trình xem xét các loại dịch vụ và phương pháp điều trị mới. Là một phần của quá trình đánh giá, *[HMO]*:

* Đánh giá các nghiên cứu khoa học và tiêu chuẩn chăm sóc để đảm bảo các phương pháp điều trị hoặc dịch vụ mới an toàn và hữu ích.
* Xem xét liệu chính phủ có phê duyệt phương pháp điều trị hoặc dịch vụ hay không.

[Note to HMO: Include additional language in this section for any plan specific policies and procedures related to review of new technologies or treatments.]

# BẢO HIỂM KHÁC

Hãy cho nhà cung cấp của quý vị biết nếu quý vị có bảo hiểm khác ngoài *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]*. Nhà cung cấp của quý vị phải gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm khác của quý vị trước khi thanh toán cho *[HMO]*. Nếu nhà cung cấp *[HMO]* của quý vị không chấp nhận bảo hiểm khác của quý vị, hãy gọi cho Chuyên viên Tuyển chọn của HMO theo số 800-291-2002. Họ có thể cho quý vị biết cách sử dụng cả hai chương trình bảo hiểm.

# NẾU QUÝ VỊ CHUYỂN NƠI Ở

Nếu quý vị dự định chuyển đi, hãy liên hệ với cơ quan quận hoặc bộ lạc của quý vị. Nếu chuyển đến quận khác, quý vị cũng phải liên hệ với quận hoặc cơ quan bộ lạc ở quận mới của mình để cập nhật khả năng đủ điều kiện nhận BadgerCare Plus hoặc Medicaid SSI.

Nếu quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của *[HMO]*, hãy gọi cho Chuyên viên Tuyển chọn của HMO theo số 800-291-2002. Họ sẽ giúp quý vị chọn một HMO mới phục vụ khu vực mới của quý vị.

# NHỮNG THAY ĐỔI VỀ VIỆC CHI TRẢ MEDICAID CỦA QUÝ VỊ

Nếu quý vị đã chuyển từ ForwardHealth hoặc *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO sang *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO mới, thì quý vị có quyền:

* Tiếp tục gặp các nhà cung cấp hiện tại của quý vị và tiếp cận các dịch vụ hiện tại của quý vị trong tối đa 90 ngày. Vui lòng gọi cho HMO mới của quý vị khi quý vị đăng ký để cho họ biết nhà cung cấp của quý vị là ai. Nếu nhà cung cấp này vẫn không có trong mạng lưới HMO sau 90 ngày, quý vị sẽ chọn một nhà cung cấp mới có trong mạng lưới HMO.
* Nhận các dịch vụ mà quý vị cần để tránh rủi ro nghiêm trọng về sức khỏe hoặc phải nhập viện.

Hãy gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng *[HMO]* theo số *[800-xxx-xxxx]* để biết thêm thông tin về những thay đổi trong phạm vi chi trả của quý vị.

# MIỄN ĐĂNG KÝ HMO

*[HMO]* là tổ chức duy trì sức khỏe (health maintenance organization) hoặc HMO. HMO là các công ty bảo hiểm cung cấp dịch vụ từ các nhà cung cấp chọn lọc.

Nói chung, quý vị phải đăng ký HMO để nhận được các phúc lợi chăm sóc sức khỏe thông qua BadgerCare Plus và Medicaid SSI. Miễn đăng ký HMO có nghĩa là quý vị không cần phải tham gia HMO để nhận được phúc lợi BadgerCare Plus hoặc Medicaid SSI. Hầu hết các trường hợp miễn đăng ký chỉ được cấp trong một khoảng thời gian ngắn. Thông thường, mục đích này là để cho phép quý vị hoàn thành một đợt điều trị trước khi đăng ký tham gia HMO. Nếu quý vị cho rằng mình cần được miễn đăng ký HMO, hãy gọi cho Chuyên viên Tuyển chọn HMO theo số 800-291-2002 để biết thêm thông tin.

# NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI HOẶC KHÁNG CÁO

## **Khiếu nại**

**Khiếu nại là gì?**

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với chương trình hoặc nhà cung cấp của chúng tôi. Khiếu nại là bất kỳ phàn nàn nào về *[HMO]* hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới không liên quan đến quyết định *[HMO]* về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về những vấn đề như chất lượng dịch vụ hoặc chăm sóc, cách cư xử không đúng mực từ nhà cung cấp hoặc nhân viên và không tôn trọng quyền của quý vị với tư cách là thành viên.

**Ai có thể nộp đơn khiếu nại?**

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Người đại diện được ủy quyền, người ra quyết định pháp lý hoặc nhà cung cấp cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho quý vị. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để được sự cho phép khi người đại diện hoặc nhà cung cấp được ủy quyền gửi khiếu nại cho quý vị.

**Tôi có thể nộp đơn khiếu nại khi nào?**

Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) có thể nộp đơn khiếu nại bất cứ lúc nào.

**Làm cách nào để nộp đơn khiếu nại với *[HMO]*?**

Hãy gọi cho Bộ phận Cố vấn Thành viên của *[HMO]* theo số *[800-xxx-xxxx]* hoặc viết thư cho chúng tôi theo địa chỉ sau nếu quý vị có khiếu nại:

*[HMO Name and Mailing Address]*

Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại với *[HMO]*, quý vị sẽ có cơ hội trình diện trực tiếp trước Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo (Grievance and Appeal Committee) của [HMO]. *[HMO]* sẽ có 30 ngày kể từ ngày nhận được khiếu nại để đưa ra quyết định giải quyết khiếu nại cho quý vị.

**Ai có thể giúp tôi nộp đơn khiếu nại?**

Bộ phận Cố vấn Thành viên của *[HMO]* có thể làm việc với quý vị để giải quyết vấn đề hoặc giúp quý vị gửi khiếu nại.

Nếu quý vị muốn nói chuyện với ai đó bên ngoài *[HMO]* về vấn đề này, quý vị có thể gọi đến Chương trình Thanh tra (Ombuds) của HMO Wisconsin theo số 800-760-0001. Chương trình Thanh tra (Ombuds) có thể giúp quý vị giải quyết vấn đề hoặc viết đơn khiếu nại chính thức tới *[HMO]*. Nếu quý vị đã đăng ký tham gia Chương trình Medicaid SSI, quý vị cũng có thể gọi cho Bộ phận Cố vấn Bên ngoài của SSI theo số 800-928-8778 để được trợ giúp với việc nộp đơn khiếu nại.

**Nếu tôi không đồng ý với phản hồi của *[HMO]* thì sao?**

Nếu quý vị không đồng ý với phản hồi của *[HMO]* đối với khiếu nại của mình, quý vị có thể yêu cầu xem xét khiếu nại của mình với Bộ Dịch vụ Y tế (Department of Health Services) Wisconsin (DHS).

**Viết thư đến:** BadgerCare Plus and Medicaid SSI

HMO Ombuds

P.O. Box 6470

Madison, WI 53716-0470

**Hoặc gọi đến:** 800-760-0001

**Liệu tôi có bị đối xử khác nếu tôi nộp đơn khiếu nại không?**

Quý vị sẽ không bị đối xử khác biệt so với các thành viên khác vì quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc phàn nàn. Việc chăm sóc sức khỏe và phúc lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng.

## **Kháng cáo**

**Kháng cáo là gì?**

Quý vị có quyền yêu cầu kháng cáo nếu quý vị không hài lòng với quyết định của *[HMO]*. Kháng cáo là yêu cầu *[HMO]* xem xét lại quyết định ảnh hưởng đến các dịch vụ của quý vị. Những quyết định này được gọi là **phán quyết bất lợi về quyền lợi**.

**Phán quyết bất lợi về quyền lợi** là bất kỳ điều nào sau đây:

* *[HMO]* có kế hoạch dừng, đình chỉ hoặc giảm dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận.
* *[HMO]* quyết định từ chối một dịch vụ quý vị yêu cầu.
* *[HMO]* quyết định không trả tiền cho một dịch vụ.
* *[HMO]* yêu cầu quý vị trả một số tiền mà quý vị không nghĩ mình nợ.
* *[HMO]* quyết định từ chối yêu cầu nhận dịch vụ của quý vị từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị sống ở khu vực nông thôn chỉ có một HMO.
* *[HMO]* không sắp xếp hoặc cung cấp dịch vụ kịp thời.
* *[HMO]* không đáp ứng được khung thời gian cần thiết để giải quyết khiếu nại hoặc kháng cáo của quý vị.

*[HMO]* sẽ gửi thư cho quý vị nếu quý vị nhận được phán quyết bất lợi về quyền lợi.

**Ai có thể nộp đơn kháng cáo?**

Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Người đại diện được ủy quyền, người ra quyết định pháp lý hoặc nhà cung cấp cũng có thể nộp đơn kháng cáo cho quý vị. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để được sự cho phép khi người đại diện hoặc nhà cung cấp được ủy quyền yêu cầu kháng cáo cho quý vị.

**Khi nào tôi có thể nộp đơn kháng cáo?**

Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 60 ngày kể từ ngày quý vị nhận được thư mô tả phán quyết bất lợi về quyền lợi.

**Làm cách nào để nộp đơn kháng cáo với [HMO]?**

Nếu quý vị muốn kháng cáo một phán quyết bất lợi về quyền lợi, quý vị có thể gọi cho Bộ phận Cố vấn Thành viên *[HMO]* theo số *[800-xxx-xxxx]* hoặc viết thư đến địa chỉ sau:

*[HMO Name and Mailing Address]*

Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo với *[HMO]*, quý vị sẽ có cơ hội kháng cáo trực tiếp trước Ủy ban Khiếu nại và Kháng cáo (Grievance and Appeal Committee) của *[HMO]*. Sau khi quý vị yêu cầu kháng cáo, *[HMO]* sẽ có 30 ngày theo lịch để đưa ra quyết định cho quý vị.

**Nếu tôi không thể đợi 30 ngày để có quyết định thì sao?**

Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cho rằng việc chờ đợi 30 ngày có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày của quý vị, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nhanh. Nếu *[HMO]* đồng ý rằng quý vị cần kháng cáo nhanh, quý vị sẽ nhận được quyết định trong vòng 72 giờ.

**Ai có thể giúp tôi yêu cầu kháng cáo?**

Nếu quý vị cần trợ giúp viết yêu cầu kháng cáo, vui lòng gọi cho Bộ phận Cố vấn Thành viên *[HMO]* của mình theo số *[800-xxx-xxxx]*.

Nếu muốn nói chuyện với ai đó bên ngoài *[HMO]*, quý vị có thể gọi Thanh tra (Ombuds) của BadgerCare Plus và Medicaid SSI theo số 800-760-0001. Nếu quý vị đã đăng ký vào Chương trình Medicaid SSI, quý vị cũng có thể gọi cho Bộ phận Cố vấn Bên ngoài của SSI theo số   
800-708-3034 để được trợ giúp về kháng cáo của mình.

**Tôi có thể tiếp tục nhận dịch vụ trong thời gian kháng cáo không?**

Nếu *[HMO]* quyết định dừng, tạm dừng hoặc cắt giảm dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận dịch vụ trong thời gian kháng cáo. Quý vị sẽ phải gửi yêu cầu của mình qua đường bưu điện, fax hoặc gửi email trong một khung thời gian nhất định, tùy theo thời điểm nào đến sau:

* Vào hoặc trước ngày *[HMO]* dự định dừng hoặc cắt giảm dịch vụ của quý vị
* Trong vòng 10 ngày kể từ khi nhận được thông báo dịch vụ của quý vị sẽ bị cắt giảm

Nếu quyết định của *[HMO]* về khiếu nại của quý vị không có lợi cho quý vị, quý vị có thể phải hoàn tiền cho *[HMO]* đối với dịch vụ quý vị đã nhận trong quá trình khiếu nại.

**Liệu tôi có bị đối xử khác nếu tôi yêu cầu kháng cáo không?**

Quý vị sẽ không bị đối xử khác biệt so với các thành viên khác vì quý vị yêu cầu kháng cáo. Chất lượng chăm sóc sức khoẻ của quý vị và các phúc lợi khác sẽ không bị ảnh hưởng.

**Nếu tôi không đồng ý với quyết định của *[HMO]* về kháng cáo của mình thì sao?**

Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng với Ban Điều trần và Kháng cáo (Division of Hearing and Appeals) của Wisconsin nếu quý vị không đồng ý với quyết định của *[HMO]* về kháng cáo của mình. Tìm hiểu thêm về các phiên điều trần công bằng dưới đây.

## **Điều trần Công bằng**

**Phiên điều trần công bằng là gì?**

Phiên điều trần công bằng là việc xem xét lại quyết định của *[HMO]* đối với kháng cáo của quý vị bởi một Thẩm phán Luật Hành chính (Administrative Law Judge) tại quận nơi quý vị sinh sống. **Quý vị phải kháng cáo tới *[HMO]* trước khi yêu cầu một phiên điều trần công bằng.**

**Khi nào tôi có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng?**

Quý vị phải yêu cầu một phiên điều trần công bằng trong vòng 90 ngày kể từ ngày quý vị nhận được quyết định bằng văn bản của *[HMO]* về kháng cáo của mình.

**Làm cách nào để yêu cầu một phiên điều trần công bằng?**

Nếu quý vị muốn có một phiên điều trần công bằng, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản tới:

Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Quý vị có quyền sử dụng người đại diện tại phiên điều trần và quý vị có thể mang theo một người bạn để được hỗ trợ. Nếu quý vị cần sự sắp xếp đặc biệt cho người khuyết tật hoặc dịch thuật ngôn ngữ, vui lòng gọi 608-266-7709.

**Ai có thể giúp tôi yêu cầu một phiên điều trần công bằng?**

Nếu quý vị cần trợ giúp viết yêu cầu điều trần công bằng, vui lòng gọi đến Thanh tra (Ombuds) của BadgerCare Plus và Medicaid SSI theo số 800-760-0001. Nếu quý vị đã đăng ký tham gia Chương trình Medicaid SSI, quý vị cũng có thể gọi cho Bộ phận Cố vấn Bên ngoài SSI theo số 800-708-3034 để được trợ giúp.

**Tôi có thể tiếp tục nhận dịch vụ trong thời gian điều trần công bằng không?**

Nếu *[HMO]* quyết định dừng, tạm dừng hoặc cắt giảm dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận, quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận dịch vụ của mình trong quá trình kháng cáo và điều trần công bằng *[HMO]*. Quý vị sẽ phải yêu cầu tiếp tục dịch vụ trong phiên điều trần công bằng, ngay cả khi quý vị đã yêu cầu tiếp tục dịch vụ trong quá trình kháng cáo *[HMO]* của mình. Quý vị sẽ phải gửi yêu cầu của mình qua đường bưu điện, fax hoặc gửi email trong một khung thời gian nhất định, tùy theo thời điểm nào đến sau:

* Vào hoặc trước ngày *[HMO]* dự định dừng hoặc cắt giảm dịch vụ của quý vị
* Trong vòng 10 ngày kể từ khi nhận được thông báo dịch vụ của quý vị sẽ bị cắt giảm

Nếu quyết định của thẩm phán luật hành chính không có lợi cho quý vị, quý vị có thể phải hoàn tiền cho *[HMO]* đối với dịch vụ quý vị đã nhận trong quá trình kháng cáo.

**Tôi sẽ bị đối xử khác biệt vì mình yêu cầu một phiên điều trần công bằng?**

Quý vị sẽ không bị đối xử khác biệt so với các thành viên khác chỉ vì quý vị yêu cầu một phiên điều trần công bằng. Chất lượng chăm sóc sức khoẻ của quý vị và các phúc lợi khác sẽ không bị ảnh hưởng.

# CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ

1. **Quý vị có quyền nhận được thông tin theo cách phù hợp với mình. Bao gồm:**

* Quý vị có quyền có thông dịch viên đồng hành trong bất kỳ dịch vụ nào được *[BadgerCare Plus, Medicaid SSI]* chi trả.
* Quyền của quý vị được nhận sổ tay thành viên này bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác.

1. **Quý vị có quyền được đối xử một cách đàng hoàng, tôn trọng và công bằng cũng như được quan tâm đến quyền riêng tư. Bao gồm:**

* Quyền không bị phân biệt đối xử. *[HMO]* phải tuân theo luật bảo vệ quý vị khỏi sự phân biệt đối xử và đối xử bất công*. [HMO]* cung cấp các dịch vụ được chi trả cho tất cả các thành viên đủ điều kiện bất kể những điều sau:
  + Tuổi tác
  + Màu da
  + Tình trạng khuyết tật
  + Nguồn gốc quốc gia
  + Chủng tộc
  + Giới tính
  + Tôn giáo
  + Khuynh hướng tình dục
  + Bản dạng giới

Tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, được chi trả đều có sẵn và sẽ được cung cấp theo cách tương tự cho tất cả các thành viên. Tất cả những cá nhân hoặc tổ chức được kết nối với *[HMO]* giới thiệu hoặc giới thiệu các thành viên cho các dịch vụ sẽ thực hiện theo cách tương tự đối với tất cả các thành viên.

* Quyền không bị bất kỳ hình thức kiềm chế hoặc tách biệt nào được sử dụng để ép buộc, kỷ luật, tạo thuận lợi hoặc trả thù. Điều này có nghĩa là quý vị có quyền không bị kiềm chế hoặc buộc phải ở một mình để buộc quý vị phải cư xử theo một cách nào đó, để trừng phạt quý vị hoặc vì ai đó thấy điều đó có ích.
* Quyền riêng tư. *[HMO]* phải tuân theo luật bảo vệ quyền riêng tư của thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị. Xem Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư (Notice of Privacy Practices) của *[HMO]* để biết thêm thông tin.

1. **Quý vị có quyền nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo quy định của luật liên bang và tiểu bang. Bao gồm:**

* Quyền của quý vị được cung cấp các dịch vụ được chi trả và có thể tiếp cận được khi quý vị cần. Khi phù hợp về mặt y tế, các dịch vụ phải được cung cấp 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.

1. **Quý vị có quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Bao gồm:**

* Quyền của quý vị được nhận thông tin về các lựa chọn điều trị, bất kể chi phí hoặc quyền lợi được chi trả.
* Quyền của quý vị là chấp nhận hoặc từ chối điều trị y tế hoặc phẫu thuật và tham gia vào việc đưa ra quyết định về việc chăm sóc của mình.
* Quyền của quý vị trong việc lập kế hoạch và quản lý các loại hình chăm sóc sức khoẻ mà quý vị có thể nhận được trong tương lai nếu quý vị không thể biểu thị được mong muốn của mình. Quý vị có thể đưa ra những quyết định này bằng cách hoàn thành **chỉ thị trước**, **di chúc sống** hoặc **ủy quyền chăm sóc sức khỏe (power of attorney for health care)**. Xem thêm thông tin ở trang *[xx]*, Hoàn thành Chỉ thị Trước, Di chúc sống hoặc Ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe (Power Of Attorney For Health Care).
* Quyền có ý kiến thứ hai nếu quý vị không đồng ý với khuyến nghị điều trị của nhà cung cấp. Hãy gọi tới Bộ phận Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin về cách lấy ý kiến thứ hai.

1. **Quý vị có quyền biết về các nhà cung cấp của chúng tôi và bất kỳ chương trình khuyến khích bác sĩ nào mà *[HMO]* sử dụng. Bao gồm:**

* Quý vị có quyền hỏi liệu *[HMO]* có các thỏa thuận tài chính đặc biệt (kế hoạch khuyến khích bác sĩ) với bác sĩ của chúng tôi hay không mà có thể ảnh hưởng đến việc sử dụng giấy giới thiệu và các dịch vụ khác mà quý vị có thể cần. Để có được thông tin này, hãy gọi cho Phòng Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số   
  *[800-xxx-xxxx]* và yêu cầu thông tin về các thỏa thuận thanh toán cho bác sĩ của chúng tôi.
* Quyền yêu cầu thông tin của quý vị về các nhà cung cấp *[HMO]*, bao gồm trình độ học vấn của nhà cung cấp đó, chứng nhận của hội đồng quản trị và chứng nhận cấp lại. Để có được thông tin này, hãy gọi cho Phòng Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số *[800-xxx-xxxx]*.

1. **Quý vị có quyền yêu cầu nhà cung cấp của quý vị cung cấp bản sao hồ sơ bệnh án của mình.**

* Quý vị có thể sửa thông tin không chính xác trong hồ sơ bệnh án của mình nếu bác sĩ đồng ý sửa.
* Hãy gọi *[800-xxx-xxxx]* để được hỗ trợ yêu cầu bản sao hoặc thay đổi hồ sơ bệnh án của quý vị. Xin lưu ý rằng quý vị có thể phải trả tiền để sao chép hồ sơ bệnh án của mình.

1. **Quý vị có quyền được thông báo về mọi phúc lợi được chi trả bởi Medicaid nhưng không được cung cấp thông qua [HMO] do bị phản đối về mặt đạo đức hoặc tôn giáo. Bao gồm:**

* Quyền được thông báo về cách truy cập các dịch vụ này thông qua FowardHealth bằng thẻ ForwardHealth của quý vị.
* Quyền hủy đăng ký khỏi *[HMO]* nếu *[HMO]* không chi trả cho dịch vụ quý vị muốn vì những phản đối về đạo đức hoặc tôn giáo.

1. **Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại, phàn nàn hoặc kháng cáo nếu quý vị không hài lòng với sự chăm sóc hoặc dịch vụ của mình. Bao gồm:**

* Quyền yêu cầu một phiên điều trần công bằng nếu quý vị không hài lòng với quyết định của *[HMO]* về kháng cáo của quý vị hoặc nếu *[HMO]* không phản hồi kháng cáo của quý vị một cách kịp thời.
* Quyền yêu cầu xem xét khiếu nại của Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services) nếu quý vị không hài lòng với quyết định của *[HMO]* về khiếu nại của mình hoặc nếu *[HMO]* không phản hồi khiếu nại của quý vị một cách kịp thời.
* Để biết thêm thông tin về cách nộp đơn khiếu nại, kháng cáo hoặc điều trần công bằng, hãy xem trang *[xx]*, Nộp đơn Khiếu nại hoặc Kháng cáo.

1. **Quý vị có quyền nhận thông tin về [HMO], các dịch vụ, bác sĩ, nhà cung cấp cũng như quyền và trách nhiệm của thành viên. Bao gồm:**

* Quý vị có quyền biết về bất kỳ thay đổi lớn nào với *[HMO]* ít nhất 30 ngày trước ngày thay đổi có hiệu lực.

1. **Quý vị có quyền được tự do thực hiện các quyền của mình mà không bị *[HMO]* và các nhà cung cấp trong mạng lưới của tổ chức này đối xử tiêu cực. Bao gồm:**

* Quyền đưa ra khuyến nghị của quý vị về Chính sách về Quyền và Trách nhiệm của Thành viên *[HMO]*.

# TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

* **Quý vị có trách nhiệm cung cấp thông tin mà *[HMO]* và các nhà cung cấp cần để chăm sóc.**
* **Quý vị có trách nhiệm cho *[HMO]* biết cách tốt nhất để liên lạc và liên lạc với mình. Quý vị có trách nhiệm trả lời các thông tin liên lạc từ *[HMO].***
* **Quý vị có trách nhiệm tuân theo các kế hoạch và hướng dẫn chăm sóc mà quý vị đã đồng ý với nhà cung cấp của mình.**
* **Quý vị có trách nhiệm hiểu các vấn đề sức khỏe của mình và tham gia vào việc xây dựng các mục tiêu điều trị với các nhà cung cấp dịch vụ của mình.**

# KẾT THÚC TƯ CÁCH THÀNH VIÊN CỦA QUÝ VỊ TRONG *[HMO]*

**Quý vị có thể chuyển đổi HMOs vì bất kỳ lý do gì trong 90 ngày đầu tiên đăng ký *[HMO]*.** Sau 90 ngày đầu tiên, quý vị sẽ bị “khóa” việc đăng ký *[HMO]* trong chín tháng tiếp theo. Quý vị sẽ chỉ có thể chuyển đổi HMO sau khi thời gian “khóa” này kết thúc trừ khi lý do chấm dứt tư cách thành viên của mình trong *[HMO]* là một trong những lý do được mô tả bên dưới:

* Quý vị có quyền chuyển đổi HMO mà không cần lý do, nếu Sở Dịch vụ Y tế (Department of Health Services) Wisconsin (DHS) áp dụng các biện pháp trừng phạt hoặc hoàn cảnh tạm thời đối với *[HMO]*.
* Quý vị có quyền chấm dứt tư cách thành viên của mình với *[HMO]* bất kỳ lúc nào nếu:
  + Quý vị di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của *[HMO]*.
  + *[HMO]* không bao gồm dịch vụ mà quý vị muốn, vì những phản đối về mặt đạo đức hoặc tôn giáo.
  + Quý vị cần một hoặc nhiều dịch vụ được thực hiện cùng lúc và quý vị không thể nhận được tất cả chúng trong mạng lưới nhà cung cấp. Điều này áp dụng nếu nhà cung cấp của quý vị xác định rằng việc nhận các dịch vụ riêng lẻ có thể khiến quý vị gặp rủi ro không đáng có.
  + Các lý do khác, bao gồm chất lượng chăm sóc kém, thiếu khả năng tiếp cận các dịch vụ được chi trả hoặc thiếu khả năng tiếp cận với các nhà cung cấp có kinh nghiệm trong việc giải quyết các nhu cầu chăm sóc của quý vị.

Nếu quý vị chọn chuyển đổi HMO hoặc hủy đăng ký hoàn toàn khỏi chương trình *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]*, quý vị phải tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ thông qua *[HMO]* cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc.

Để biết thêm thông tin về cách chuyển đổi HMO hoặc hủy đăng ký hoàn toàn khỏi *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*, hãy liên hệ với Chuyên viên Tuyển chọn của HMO theo số   
800-291-2002.

# LỪA ĐẢO VÀ LẠM DỤNG

Nếu quý vị nghi ngờ có lừa đảo hoặc lạm dụng chương trình Medicaid, quý vị có thể báo cáo việc đó. Xin hãy truy cập vào [www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/).