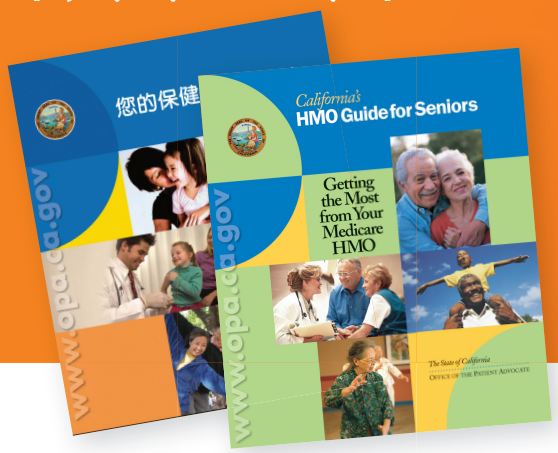
# CÁCH SỬ DỤNG CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ HIỆU QUẢ HƠN

OFFICE OF THE PATIENT ADVOCATE

www.opa.ca.gov

***OPA cung cấp thông tin hướng dẫn quý vị sử dụng chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị một cách hiệu quả nhất.***




**QUÝ VỊ CÓ THỂ NHẬN THÊM THÔNG TIN HOẶC YÊU CẦU CUNG CẤP TÀI LIỆU MIỄN PHÍ**

- Cách Sử Dụng Hướng Dẫn Về Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Của Quý Vị
- Hướng Dẫn của HMO dành cho Người Cao Tuổi
- Bảng tính, áp phích, video và các tập tài liệu khác
- Giới thiệu và các tài nguyên khác

## Thông Tin Cơ Bản về Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe

Quý vị có thể nhận được sự chăm sóc tốt hơn và tiết kiệm tiền bạc nếu quý vị biết thông tin cơ bản về chương trình của mình. Hãy hỏi bác sĩ của quý vị hoặc các chương trình bảo hiểm sức khỏe để biết:

- Danh sách các dịch vụ được chi trả trong chương trình của tôi.
- Danh sách tất cả các bác sĩ, bệnh viện và phòng thí nghiệm trong chương trình của tôi.
- Giấy giới thiệu để nhận được các dịch vụ khác khi cần thiết.
- Thông tin về việc phải làm gì khi quý vị muốn gặp một bác sĩ không có trong danh sách, và hỏi việc đó sẽ tốn bao nhiêu.

## Yêu Cầu Cung Cấp Các Dịch Vụ Bằng Ngôn Ngữ Của Quý Vị

Các chương trình bảo hiểm sức khỏe phải cung cấp dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho các hội viên không nói tiếng Anh.

- Yêu cầu cung cấp một thông tin viên có chứng nhận cho các buổi hẹn của quý vị với bác sĩ, tại phòng thí nghiệm, để nhận được sự chăm sóc sức khỏe tâm thần và các loại hình thăm khám khác.
- Yêu cầu cung cấp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị chẳng hạn như giấy đồng ý, phác đồ điều trị và thông tin về các loại thuốc của quý vị.
- Yêu cầu cung cấp danh sách các bác sĩ nói ngôn ngữ của quý vị.

## Quý Vị Cần Giúp Đỡ hoặc gặp Vấn Đề với Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe của mình?

Nếu quý vị là hội viên của HMO, hãy gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp DMHC:
**1-888-466-2219**

**Nếu quý vị là hội viên của:**

- Blue Cross PPO hoặc Blue Shield PPO, hãy gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp DMHC:
  **1-888-466-2219**
- Tất cả các hội viên PPO khác, hãy gọi cho Phòng Bảo Hiểm:
  **1-800-927-4357**

Nếu quý vị có bảo hiểm Medicare, hãy gọi cho HICAP:
**1-800-434-0222**

Nếu quý vị có Medi-Cal Managed Care, hãy gọi cho Thanh Tra Medi-Cal:
**1-888-452-8609**

Nếu quý vị không chắc phải gọi cho ai, hãy liên hệ OPA:
**1-866-466-8900**

## Quý Vị Có Các Quyền Dành Cho Bệnh Nhân. Quý vị có thể...

- Chọn một bác sĩ mà mình tin tưởng.
- Chuyển sang một bác sĩ khác nếu quý vị không hài lòng với bác sĩ của mình.
- Yêu cầu cung cấp thông tin chẩn đoán bằng văn bản và bản mô tả vấn đề sức khỏe của quý vị.
- Yêu cầu cung cấp ý kiến của bác sĩ thứ hai về một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.
- Chấp nhận hoặc từ chối điều trị cho bản thân quý vị, bao gồm phẫu thuật hoặc dược phẩm.
- Nhận được một bản sao y bạ của quý vị. (Quý vị có thể bị tính phí sao chép).
- Yêu cầu giải thích về các tác dụng phụ của phẫu thuật, điều trị hoặc dược phẩm.
- Đưa theo một người đến buổi hẹn khám để được hỗ trợ.

Tìm OPA về

## Chi Phí của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe - Những Thuật Ngữ Quan Trọng Cần Biết

**PHÍ BẢO HIỂM** là số tiền quý vị thanh toán mỗi tháng để giữ hợp đồng bảo hiểm của mình. Chủ hãng sở của quý vị hoặc chính phủ có thể thanh toán tất cả hoặc một phần phí bảo hiểm của quý vị.

**KHOẢN KHẤU TRỪ** là số tiền quý vị thanh toán mỗi năm trước khi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị bắt đầu thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chi trả của quý vị.

**KHOẢN ĐỒNG THANH TOÁN** là một khoản phí, chẳng hạn như $20, mà quý vị thanh toán ở mỗi lần thăm khám tại bác sĩ hoặc khi quý vị mua thuốc theo toa.

**ĐỒNG BẢO HIỂM** là phần quý vị thanh toán cho một dịch vụ. Số tiền này thường ở dạng phần trăm, ví dụ như 20%, tổng chi phí.

**GIỚI HẠN SUỐT ĐỜI VÀ HÀNG NĂM** Hầu hết các chương trình có thể không còn áp dụng giới hạn chi phí suốt đời đối với các khoản phúc lợi của quý vị. Các khoản giới hạn hàng năm sẽ chấm dứt vào năm 2014.

**HỦY BẢO HIỂM SỨC KHỎE** Một chương trình không được hủy bảo hiểm sức khỏe của quý vị vì quý vị cần sự chăm sóc tốn kém. Tuy nhiên, chương trình bảo hiểm của quý vị có thể bị hủy nếu quý vị không thanh toán phí bảo hiểm hoặc nếu quý vị không điền đơn đăng ký một cách trung thực.

## Phải làm gì trong Trường Hợp Cấp Cứu

- Hãy gọi 9-1-1 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất.
- Nếu quý vị cần được chăm sóc cấp cứu, chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải chi trả các chi phí cho dù quý vị được cấp cứu ở đâu. Quý vị có thể phải trả một khoản đồng thanh toán.
- Nếu quý vị đến phòng cấp cứu và không phải là trường hợp cấp cứu, quý vị có thể phải thanh toán hóa đơn.
- Cấp cứu là khi nếu việc chờ được chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc bộ phận cơ thể quý vị. Một trường hợp bị thương hoặc đổ bệnh đột ngột có thể là trường hợp cấp cứu.

## Các Khoản Phúc Lợi của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe

Các khoản phúc lợi là các dịch vụ được chi trả bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị khi cần thiết. Hãy hỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị để biết một bản tóm tắt các khoản phúc lợi. Các chương trình bảo hiểm sức khỏe ở California thường chi trả các dịch vụ cơ bản như:

- Thăm khám tại bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa
- Chăm sóc cấp cứu và chăm sóc tại bệnh viện
- Chăm sóc sức khỏe tâm thần
- Xét nghiệm phòng thí nghiệm và sàng lọc
- Phẫu thuật
- Vật lý trị liệu
- Chăm Sóc Phòng Ngừa: Hầu hết các chương trình bảo hiểm sức khỏe hiện nay phải chi trả nhiều dịch vụ chăm sóc phòng ngừa mà không tính thêm phí cho quý vị. Chăm sóc phòng ngừa bao gồm vắc-xin, nhiều thủ thuật xét nghiệm, sàng lọc ung thư, kiểm soát sinh đẻ, khám sức khỏe trẻ em và các dịch vụ khác.

## Quý Vị và Những Lần Thăm Khám Tại Bác Sĩ của Quý Vị

- Lập danh sách các thắc mắc của quý vị trước cuộc hẹn.
- Kể cho bác sĩ của quý vị nghe càng nhiều càng tốt về sức khỏe của quý vị.

Truy cập www.opa.ca.gov để nhận miễn phí các Bảng Tính về Sức Khỏe.

## Những Thay Đổi Cải Cách Chăm Sóc Sức Khỏe vào năm 2014

Những thay đổi cải cách chăm sóc sức khỏe sẽ giúp mọi người dễ có được bảo hiểm vừa túi tiền hơn. Tín dụng thuế được cấp cho những người có thu nhập thấp đến trung bình. Tìm hiểu thêm tại www.healthcare.gov

## Quý Vị Có Thể Được Hẹn Khám Sớm Hay Muộn?

Các chương trình HMO và một số chương trình PPO (Blue Cross & Blue Shield) phải cung cấp hẹn khám trong những khoảng thời gian sau đây:

- Đối với chăm sóc khẩn cấp, quý vị phải được hẹn khám trong 48 giờ hoặc 96 giờ nếu cần có sự phê duyệt trước.
- Đối với chăm sóc bình thường, quý vị sẽ có thể được hẹn khám trong 2 đến 3 tuần.

Khi quý vị gọi cho bác sĩ của quý vị về một vấn đề sức khỏe, bác sĩ hoặc y tá sẽ trả lời cuộc gọi của quúy vị trong 30 phút trở xuống. Để tìm hiểu thêm về giới hạn thời gian hẹn khám, hãy truy cập www.dmhc.ca.gov/timely_access

## Các Bệnh Trạng Có Trước

Nếu quý vị có một vấn đề sức khỏe đã có, điều quan trọng là phải biết:

- Chương trình bảo hiểm sức khỏe mà quý vị nhận được thông qua công việc của quý vị phải chi trả cho quý vị ngay cả khi quý vị có một vấn đề sức khỏe như bệnh tiểu đường, bệnh tim hoặc ung thư.
- Các chương trình bảo hiểm cá nhân có thể từ chối bảo hiểm cho quý vị hoặc thậm chí là tính phí bảo hiểm cao hơn. Cách này sẽ không còn được phép thực hiện kể từ năm 2014.
- Hầu hết các chương trình không được từ chối bảo hiểm cho một đứa trẻ có một vấn đề sức khỏe. Tuy nhiên, trước năm 2014, họ có thể tính phí bảo hiểm cao hơn.
- Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc mua bảo hiểm sức khỏe, California có hai chương trình dành cho những người có những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng: PCIP và MRMIP. Để biết thêm thông tin, hãy gọi số 1-800-289-6574 hoặc truy cập pcip.ca.gov