



Chào mừng

Aetna Better Health® of Virginia

Sổ tay thành viên Cardinal Care 2025

AetnaBetterHealth.com/Virginia

©2025 Aetna Inc.

VA-25-04-02-VI



THỊNH VƯỢNG CHUNG VIRGINIA SỞ DỊCH VỤ HỖ TRỢ Y TẾ (DMAS)

Mẫu sổ tay hội viên Cardinal Care

(Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 7 năm 2025)



Mục lục

1. Hãy bắt đầu nào	5
Chào mừng quý vị đến với Cardinal Care.....	5
Các ngôn ngữ và định dạng khác	5
Thông báo không phân biệt đối xử.....	9
Thông tin Liên lạc Quan trọng.....	10
Duy trì kết nối	11
2. Tổng quan về chương trình Chăm sóc có quản lý của Cardinal Care	13
Ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế	13
Tập thông tin chào mừng.....	14
Bảo hiểm Khác	17
3. Nhà cung cấp và nhận dịch vụ chăm sóc.....	18
Mạng lưới nhà cung cấp của Aetna Better Health.....	18
Nhà cung cấp Chăm sóc Chính (PCP)	19
Bác sĩ chuyên khoa.....	20
Nhà cung cấp ngoài tiểu bang.....	20
Khi một nhà cung cấp rời khỏi mạng lưới.....	21
Nhận dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới của Aetna Better Health.....	21
Lựa chọn cho Hội viên của Cơ sở Điều dưỡng	22
Lên lịch hẹn với nhà cung cấp.....	22
Chăm sóc sức khỏe từ xa	23
Nhận Chăm sóc từ Đúng nơi khi Quý vị cần một cách nhanh chóng	23
Nhận dịch vụ chăm sóc sau giờ làm việc.....	25
Vận chuyển đến Nơi Chăm sóc	25
4. Điều phối chăm sóc và quản lý chăm sóc.....	27
Điều phối chăm sóc.....	27
Quản lý Hồ sơ là gì?	27

Cách Nhận Người Quản lý Chăm sóc	27
Đánh giá nguy cơ cho sức khỏe	29
Kế hoạch chăm sóc của quý vị	29
Nhóm chăm sóc của quý vị	30
Điều phối với Medicare hoặc chương trình bảo hiểm y tế khác.....	30
Chuyển tiếp dịch vụ chăm sóc giữa các chương trình bảo hiểm y tế.....	30
Dịch vụ Quản lý Chăm sóc Bổ sung	30
5. Quyền lợi của quý vị	32
Tổng quan về quyền lợi được bao trả.....	32
Quyền lợi cho tất cả hội viên	33
Quyền lợi cho Người ghi danh Khước từ các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (HCBS)	39
Quyền lợi cho Trẻ em/Thanh thiếu niên dưới 21 tuổi	40
Quyền lợi về kế hoạch hóa gia đình và người mang thai/sau sinh	41
Bảo hiểm Sơ sinh	43
Quyền lợi bổ sung cho hội viên của Aetna Better Health	43
6. Thuốc theo toa của quý vị	45
Hiểu rõ bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị.....	45
Thuốc theo toa cho các hội viên FAMIS	46
Mua thuốc từ nhà thuốc trong mạng lưới.....	47
Nhận Thuốc Gửi đến Nhà Quý vị	47
Chương trình an toàn và quản lý việc sử dụng dịch vụ cho bệnh nhân.....	48
7. Xin phê duyệt cho các dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị.....	49
Ý kiến thứ hai	49
Ủy quyền Dịch vụ	49
Quyết định bất lợi về quyền lợi	51
8. Kháng cáo và Khiếu nại.....	53
Kháng cáo	53
Khiếu nại	57

9. Chi sẻ chi phí	59
Khoản đồng trả	59
Bệnh nhân trả	59
Phí bảo hiểm	59
10. Quyền của quý vị	60
Quyền chung	60
Chỉ dẫn trước	62
Ủy ban Tư vấn Hội viên	63
11. Trách nhiệm của quý vị	64
Trách nhiệm chung	64
Báo cáo gian lận, lãng phí và lạm dụng	66
12. Từ khóa và định nghĩa được sử dụng trong sổ tay này	68

1. Hãy bắt đầu nào

Chào mừng quý vị đến với Cardinal Care

Sổ tay Hội viên này giải thích các quyền lợi và cách tiếp cận các dịch vụ của Cardinal Care, chương trình Medicaid/FAMIS của Virginia. Medicaid và Chương trình Đảm bảo Quyền tiếp cận Bảo hiểm Y tế cho các Gia đình (FAMIS) là các chương trình bảo hiểm y tế do chính quyền tiểu bang và liên bang tài trợ. Các chương trình này được Sở Dịch vụ Hỗ trợ Y tế Virginia (DMAS hoặc “Sở”) điều hành. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập dmas.virginia.gov và dmas.virginia.gov/for-members/cardinal-care. Giới hạn mức thu nhập hàng tháng để đủ điều kiện khác nhau theo từng chương trình. Để biết thêm thông tin về tình trạng đủ điều kiện, vui lòng truy cập Cover Virginia tại coverva.org hoặc thị trường bảo hiểm của Virginia tại marketplace.virginia.gov. Cả Medicaid và FAMIS đều có đầy đủ các quyền lợi như mô tả dưới đây. Để được giải đáp thắc mắc, hãy gọi đến Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health of Virginia theo số điện thoại miễn phí **1-800-279-1878 (TTY: 711)**, phục vụ 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, truy cập trang web của chúng tôi tại AetnaBetterHealth.com/Virginia, hoặc gọi cho người quản lý chăm sóc của quý vị.

Các ngôn ngữ và định dạng khác

Nếu quý vị cần sổ tay này ở dạng chữ in lớn, các định dạng hoặc ngôn ngữ khác, đọc to hoặc nếu quý vị cần một bản sao trên giấy, hãy gọi đến Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Quý vị có thể nhận được những gì mình cần miễn phí. Hội viên có nhu cầu giao tiếp khác bằng thính giác hoặc lời nói thay thế có thể quay số 711 để liên hệ với tổng đài viên Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông (TRS), người có thể giúp quý vị. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ được cung cấp miễn phí theo yêu cầu. Truy cập trực tuyến trang web của chúng tôi bất kỳ lúc nào tại AetnaBetterHealth.com/Virginia hoặc dmas.virginia.gov.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-385-4104 (TTY: 711).

Aetna Better Health of Virginia complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Spanish

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-385-4104 (TTY: 711).

Aetna Better Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-385-4104 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Aetna Better Health은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-385-4104 (TTY: 711).

Aetna Better Health tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-385-4104 (TTY: 711)

Aetna Better Health 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على الرقم 1-800-385-4104 (للصم والبكم: 711)

Amharic

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች፣ በነጻ፣ ተዘጋጅተውልዎታል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-385-4104 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 711)

Aetna Better Health የፌደራል ሲቪል መብቶችን መብት የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልጽም።

Urdu

پر کال کریں۔ 1-800-385-4104 (TTY: 711) توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔

Aetna Better Health قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومی اصل، عمر معذوری یا جنس کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-385-4104 (TTY: 711).

Sumusunod ang Aetna Better Health sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما. با شماره 1-800-385-4104 تماس بگیرید (TTY: 711).

Aetna Better Health از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قایل نمی شود.

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-385-4104 (ATS : 711).

Aetna Better Health respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-800-385-4104 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন।

Aetna Better Health প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না।

Telugu

శ్రద్ధ: మీరు మాట్లాడితే భాషను చొప్పించండి, భాషా సహాయ సేవలు మీకు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-385-4104 (TTY: 711) కు కాల్ చేయండి.

ప్రణాళిక వర్తించే సమాఖ్య పౌరహక్కుల చట్టాలకు అనుగుణంగా ఉంటుంది మరియు జాతి, రంగు, జాతీయ మూలం, వయస్సు, వైకల్యం లేదా లింగం ఆధారంగా వివక్ష చూపదు.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। 1-800-385-4104 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Aetna Better Health लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार क़ानून का पालन करता है और जाति, रंग, राय, मूल, आयु, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

Nepali

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंलाई निःशुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवा उपलब्ध छ। 1-800-385-4104 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्।

Aetna Better Health लागू हुने संघीय नागरिक अधिकार कानूनहरूको पालना गर्छ र जाति, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको आधारमा भेदभाव गर्दैन।

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-385-4104 (TTY: 711).

Aetna Better Health соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.
1-800-385-4104 (TTY: 711)

Thông báo không phân biệt đối xử

Aetna Better Health không phân biệt đối xử (hoặc đối xử khác biệt với quý vị) dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. Aetna Better Health of Virginia tuân thủ các luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, giới tính, tình trạng sức khỏe hoặc nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Aetna Better Health cung cấp:

- Trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả, chẳng hạn như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản dưới các định dạng khác (bản in lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác).
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người mà ngôn ngữ mẹ đẻ không phải tiếng Anh, chẳng hạn phiên dịch có trình độ và thông tin viết bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-385-4104 (TTY: 711)**. Cuộc gọi được miễn phí.

Nếu quý vị cho rằng Aetna Better Health đã không cung cấp được những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính, quý vị có thể gửi đơn than phiền trực tiếp, qua đường bưu điện, hoặc qua điện thoại theo số:

Địa chỉ: Attn: Civil Rights Coordinator
PO Box 818001
Cleveland, OH 44181-8001
Điện thoại: **1-888-234-7358 (TTY: 711)**
Email: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

Nếu quý vị bị khiếm thị và cần chữ in lớn hoặc hỗ trợ khác để tiếp cận tài liệu này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại về dân quyền đến Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền, theo hình thức điện tử tại ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf hoặc qua đường bưu điện hoặc điện thoại theo địa chỉ hoặc số U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697). Mẫu khiếu nại có tại hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Thông tin Liên lạc Quan trọng

Dưới đây là danh sách các số điện thoại quan trọng quý vị có thể cần. Nếu quý vị không chắc nên gọi cho ai, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên để được trợ giúp. Cuộc gọi này miễn phí. Có dịch vụ thông dịch miễn phí bằng tất cả các ngôn ngữ cho những người không nói được tiếng Anh.

Tên Đơn vị	Thông tin Liên hệ
Dịch vụ Hội viên	1-800-279-1878 (TTY: 711) AetnaBetterHealth.com/Virginia 7 ngày 24 giờ Ứng dụng Di động Aetna và Cổng Thông tin Điện tử dành cho Hội viên Các hội viên có thể gọi trực tiếp cho người quản lý chăm sóc của họ hoặc yêu cầu một người quản lý hồ sơ bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên. Hội viên cũng có thể sử dụng Ứng dụng Di động Aetna hoặc Cổng Thông tin Điện tử dành cho Hội viên.
Đường Dây Tư Vấn Y Tế của Aetna Better Health	1-800-279-1878 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần
Đường dây trợ giúp về khủng hoảng sức khỏe hành vi của Aetna Better Health	1-800-279-1878 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần
Dịch vụ Điều trị Nghiện và Phục hồi (ARTS) Đường dây Tư vấn Y tế	1-800-279-1878 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần
Bộ Dịch vụ Phát triển và Sức khỏe Hành vi (DBHDS) cho Dịch vụ Miễn trừ DD	Đường dây Trợ giúp Sức khỏe của Tôi Cộng đồng của Tôi 1-844-603-9248 TTY: 804-371-8977 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9 giờ sáng đến 4:30 chiều www.mylifemycommunityvirginia.org
Cardinal Care Quyền lợi bảo hiểm nha khoa	1-888-912-3456 TTY: 1-800-466-7566 dentaquest.com/state-plans/regions/virginia Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều

Tên Đơn vị	Thông tin Liên hệ
Dịch vụ chăm sóc thị lực của Aetna Better Health	VSP – Vision Service Plan 1-800-877-7195
Dịch vụ vận chuyển của Aetna Better Health	Số điện thoại đặt chỗ: 1-800-734-0430, tùy chọn 1 Số điện thoại hỗ trợ đi xe: 1- 800-734-0430, tùy chọn 2 TTY: 711 Ngày và giờ làm việc của dịch vụ đặt chỗ: Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7 giờ sáng – 8 giờ tối theo Giờ chuẩn miền Đông (EST) Giờ Làm việc Khẩn cấp và Trong ngày: 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần, 365 ngày một năm Hoặc, đặt chuyển đi trực tuyến tại member.modivcare.com/login
Nhà thầu Vận chuyển Cardinal Care cho Dịch vụ Miễn trừ Khuyết tật Phát triển	1-866-386-8331 TTY: 1-866-288-3133 Quay số 711 để liên lạc với tổng đài viên TRS 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần
Đường dây trợ giúp Ghi danh Chăm sóc có Quản lý của Cardinal Care	1-800-643-2273 TTY: 1-800-817-6608 Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 6:00 chiều
Bộ Y Tế và Nhân Sinh Văn Phòng Dân Quyền	1-800-368-1019 TTY: 1-800-537-7697 hhs.gov/ocr
Văn phòng Thanh tra Chăm sóc Dài hạn của Tiểu Bang	1-800-552-5019 TTY: 1-800-464-9950 elderrightsva.org

Duy trì kết nối

Quý vị đã chuyển chỗ ở, thay đổi số điện thoại, hoặc có địa chỉ email mới? Quý vị cần phải cho chúng tôi biết để đảm bảo việc tiếp tục nhận được bảo hiểm y tế chất lượng cao. Sở và Aetna Better Health cần địa chỉ gửi thư, số điện thoại và địa chỉ email hiện đang dùng của quý vị để quý vị không bỏ lỡ bất kỳ thông tin cập nhật quan trọng nào và quý vị nhận được thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm y tế của quý vị.

MAKE SURE TO GET THE LATEST NEWS ABOUT
YOUR MEDICAID HEALTH INSURANCE.

Update your contact info today.



Quý vị có thể cập nhật thông tin liên hệ của mình ngay hôm nay:

- ✓ Bằng cách gọi đến [Cover Virginia](#) theo số **1-833-5CALLVA**.
- ✓ Trực tuyến tại commonhelp.virginia.gov.
- ✓ Bằng cách gọi đến [Sở Dịch vụ Xã hội \(DSS\) của địa phương](#).

2. Tổng quan về chương trình Chăm sóc có quản lý của Cardinal Care

Ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế

Quý vị đã ghi danh thành công vào Aetna Better Health of Virginia. Aetna Better Health, một chương trình chăm sóc có quản lý Cardinal Care Medicaid/FAMIS (“chương trình bảo hiểm y tế”), bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc. Chương trình sức khỏe là một tổ chức ký hợp đồng với các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ khác để hợp tác với nhau nhằm mang lại cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị (hội viên) cần. Tại Virginia, có năm chương trình bảo hiểm y tế của Cardinal Care hoạt động trên toàn tiểu bang. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về các chương trình bảo hiểm y tế này tại

www.VirginiaManagedCare.com.

Nếu quý vị chuyển ra khỏi tiểu bang, quý vị sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Cardinal Care ở Virginia, nhưng quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình Medicaid ở tiểu bang nơi quý vị sinh sống. Nếu quý vị có thắc mắc về tình trạng đủ điều kiện hưởng Cardinal Care của mình, vui lòng liên hệ với [DSS của địa phương](#) hoặc gọi [Cover Virginia](#) theo số **1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590)**. Cuộc gọi này miễn phí.

Sổ tay này sẽ giúp quý vị hiểu các quyền lợi được bảo hiểm của mình và cách nhận trợ giúp từ Aetna Better Health. Sử dụng nó để giúp quý vị bắt đầu khỏe mạnh hơn. Các bước đầu tiên quý vị nên thực hiện bao gồm:

- Chọn một PCP (đảm bảo quý vị gọi cho Dịch vụ Hội viên để cho chúng tôi biết quý vị chọn ai).
- Xem lại danh sách các dịch vụ được bao trả và không được bao trả Xem lại cách mua thuốc theo toa
- Xem xét các quyền lợi bổ sung mà quý vị nhận được khi trở thành hội viên Aetna Better Health
- Hoàn thành bất kỳ kiểm tra sức khỏe nào theo yêu cầu của Aetna Better Health

Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health luôn sẵn sàng trợ giúp nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc mối lo ngại nào. Gọi số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** 24 giờ/7 ngày trong tuần hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại **AetnaBetterHealth.com/Virginia/contact-us**.

Quý vị có thể thay đổi chương trình chăm sóc sức khỏe của mình:

- Vì bất kỳ lý do gì trong 90 ngày đầu tiên kể từ ngày ghi danh.
- Vì bất kỳ lý do gì mỗi năm một lần trong thời gian ghi danh mở của quý vị. DMAS và Aetna Better Health sẽ thông báo cho quý vị về thời gian ghi danh mở.
- Nếu quý vị tạm thời mất bảo hiểm Medicaid và điều này khiến quý vị bỏ lỡ thời gian ghi danh mở.

- Khi quý vị cần một dịch vụ hoặc loại dịch vụ cụ thể mà Aetna Better Health không bao trả, kể cả vì lý do đạo đức hoặc tôn giáo.
- Nếu việc mất đi nhà cung cấp Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn sẽ dẫn đến thay đổi trong các dịch vụ quan trọng mà quý vị nhận được, chẳng hạn như dịch vụ việc làm hoặc nhà ở.
- Vì lý do “chính đáng” do Sở xác định. Ví dụ bao gồm chất lượng chăm sóc kém và thiếu khả năng tiếp cận với các nhà cung cấp, dịch vụ và hỗ trợ phù hợp, bao gồm chăm sóc đặc biệt. Bao gồm cả chăm sóc sản khoa (OB). Nếu quý vị có thai và nhà cung cấp dịch vụ sản khoa của quý vị không tham gia chương trình Aetna Better Health nhưng có tham gia chương trình trả phí theo dịch vụ (FFS) của Medicaid, thì quý vị có thể yêu cầu nhận bảo hiểm thông qua Medicaid FFS cho đến sau khi sinh em bé.
- Lưu ý: Các hội viên trong chương trình Chăm sóc Nuôi dưỡng Tạm thời, Cựu hội viên của chương trình Chăm sóc Nuôi dưỡng Tạm thời và nhận được hỗ trợ từ chương trình Hỗ trợ nuôi Con nuôi sẽ tự động được chỉ định vào Chương trình Chăm sóc Nuôi dưỡng Tạm thời Đặc biệt của Anthem trừ khi họ chọn không tham gia. Nếu quý vị là Cựu hội viên của Chương trình Chăm sóc nuôi dưỡng Tạm thời hoặc Hỗ trợ nuôi Con nuôi, quý vị có thể chọn một chương trình bảo hiểm y tế khác nếu quý vị chọn không tham gia nhưng sẽ không được hưởng các quyền lợi bổ sung do Chương trình Chăm sóc Nuôi dưỡng Tạm thời Đặc biệt cung cấp.

Gọi đến Đường dây trợ giúp ghi danh dịch vụ chăm sóc có quản lý của Cardinal Care theo số **1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608)** từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:30 sáng đến 6:00 chiều hoặc truy cập trang web tại **virginiamanagedcare.com**. Quý vị cũng có thể tải xuống ứng dụng. Để tải ứng dụng, hãy tìm kiếm Virginia Cardinal Care trên Google Play hoặc App Store để biết thông tin về thời gian ghi danh mở của quý vị hoặc "lý do chính đáng" hoặc để giúp quý vị lựa chọn hoặc thay đổi chương trình bảo hiểm y tế của mình. Dịch vụ Đường dây trợ giúp ghi danh chăm sóc có quản lý của Cardinal Care là miễn phí. Có hiệu lực từ ngày 7/1/25, các hội viên FAMIS cần liên hệ với Đường dây trợ giúp chăm sóc có quản lý.

Tập thông tin chào mừng

Quý vị sẽ nhận được tập thông tin chào mừng bao gồm Thẻ ID hội viên, thông tin về Danh mục nhà cung cấp của Aetna Better Health và Danh sách thuốc ưu tiên. Nếu quý vị không nhận được tập thông tin chào mừng, hãy gọi đến Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878**. Hội viên có thể truy cập tài liệu thông qua ứng dụng di động và Cổng thông tin điện tử dành cho hội viên.

Thẻ ID Hội viên Aetna Better Health

Quý vị phải xuất trình thẻ ID Hội viên Aetna Better Health của mình để nhận các dịch vụ hoặc thuốc theo toa được Aetna Better Health bao trả (xem mẫu thẻ ID Hội viên bên dưới) khi quý vị đến nhà cung cấp hoặc nhà thuốc. Nếu quý vị chưa nhận được thẻ của mình hoặc nếu thẻ của quý vị bị hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho Dịch vụ Hội viên để nhận thẻ mới.

Dưới đây là các mẫu thẻ ID Hội viên Aetna Better Health của quý vị:

Tất cả hội viên ngoại trừ hội viên FAMIS



Aetna Better Health® of Virginia

Name

Medicaid/Member ID # **DOB** **Sex**

Language

PCP

PCP Phone **Effective Date**

.....

RxBIN: 610591 RxPCN: ADV RxGROUP: RX8837

Pharmacist Use Only: 1-855-270-2365 

AetnaBetterHealth.com/Virginia

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. VACARD-1

In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911.

Important numbers for members

Member Services	1-800-279-1878 (TTY 711)
Behavioral Health and Substance Use Hotline	1-800-279-1878
24 Hour Nurse Line	1-800-279-1878
Dental	1-888-912-3456
Transportation	1-800-734-0430

Important numbers for providers

Eligibility/Preauthorization:	1-800-279-1878
Radiology Preauthorization:	1-888-693-3211

Submit claims to

Aetna Better Health of Virginia PO Box 982974 El Paso, TX 79998-2974 EDI Payer 128VA	Submit grievances and appeals to Aetna Better Health of Virginia P.O. Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181
---	--

VACARD-2

Chỉ dành cho hội viên FAMIS:



Aetna Better Health® of Virginia

Name

Medicaid/Member ID # **DOB** **Sex**

Language

PCP

PCP Phone **Effective Date**

RxBIN: 610591 RxCN: ADV RxGROUP: RX8837

Pharmacist Use Only: 1-855-270-2365

AetnaBetterHealth.com/Virginia



THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. VACARFA-1

In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911.

Important numbers for members

Member Services	1-800-279-1878 (TTY 711)
Behavioral Health and Substance Use Hotline	1-800-279-1878
24 Hour Nurse Line	1-800-279-1878
Dental	1-888-912-3456

Important numbers for providers

Eligibility/Preauthorization:	1-800-279-1878
Radiology Preauthorization:	1-888-693-3211

Submit claims to
Aetna Better Health of Virginia
PO Box 982974
El Paso, TX 79998-2974
EDI Payer 128VA

Submit grievances and appeals to
Aetna Better Health of Virginia
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

VACARFA-2

Quý vị có thể có nhiều hơn một thẻ bảo hiểm sức khỏe. Ngoài thẻ ID Hội viên Aetna Better Health, quý vị cũng nên có thẻ ID FAMIS/Medicaid của Khối thịnh vượng chung Virginia. Giữ thẻ này để sử dụng các dịch vụ được Sở bảo trả theo Medicaid/FAMIS. Nếu quý vị có Medicare và Medicaid, hãy xuất trình thẻ Medicare và Thẻ ID Hội viên Aetna Better Health của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ. Nếu quý vị có bảo hiểm với một công ty bảo hiểm tư nhân (không phải Medicaid), hãy xuất trình Thẻ ID bảo hiểm tư nhân và Thẻ ID Hội viên Aetna Better Health của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ.

Danh mục nhà cung cấp của Aetna Better Health

Danh mục nhà cung cấp liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc tham gia vào mạng lưới các nhà cung cấp đã ký hợp đồng của Aetna Better Health. Danh mục cũng bao gồm thông tin về các điều chỉnh mà mỗi nhà cung cấp áp dụng dành cho các hội viên khuyết tật hoặc không nói được tiếng Anh.

Danh mục bao gồm các nhà cung cấp:

- Tên họ
- Giới tính
- Chuyên khoa
- Địa chỉ và địa điểm
- Số điện thoại
- Bệnh viện và các chi nhánh nhóm y tế
- Liệu nhà cung cấp có chấp nhận bệnh nhân mới hay không
- Chứng nhận của hội đồng (bao gồm liên kết đến trạng thái chứng nhận mới nhất của hội đồng)
- Ngôn ngữ được nói bởi nhà cung cấp và nhân viên lâm sàng
- Chỗ ở cho các hội viên khuyết tật

Quý vị có thể truy cập danh mục nhà cung cấp của chúng tôi trực tuyến. Truy cập **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Sau đó chọn “Tìm nhà cung cấp” để truy cập công cụ tìm kiếm nhà cung cấp của chúng tôi. Quý vị cũng có thể tải xuống phiên bản có thể in cho danh mục đầy đủ của chúng tôi bằng cách truy cập **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Nếu quý vị cần hỗ trợ thêm, hãy gọi Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health of Virginia theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)**.

Danh sách Thuốc Ưu tiên

Danh sách này cho quý vị biết những loại thuốc theo toa nào được Aetna Better Health và Bộ bảo trả. Danh sách cũng cho quý vị biết có quy định nào hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ loại thuốc nào hay không, như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận (xem *Phần 6, Thuốc Theo toa của Quý vị*). Hãy gọi Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu xem thuốc của quý vị có trong danh sách hay không hoặc kiểm tra trực tuyến tại **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Aetna Better Health cũng có thể gửi cho quý vị một bản sao giấy theo yêu cầu của quý vị.

Bảo hiểm Khác

Nếu quý vị có nhiều hơn một chương trình bảo hiểm sức khỏe, thì Medicaid sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau khi các chương trình bảo hiểm khác của quý vị đã thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Điều này có nghĩa là nếu quý vị có bảo hiểm khác, bị tai nạn xe hơi hoặc nếu quý vị bị thương tại nơi làm việc, thì bảo hiểm khác hoặc bảo hiểm bồi thường cho người lao động phải thanh toán cho các dịch vụ của quý vị trước tiên. Cho Dịch vụ Hội viên biết nếu quý vị có bảo hiểm khác để Aetna Better Health có thể điều phối các quyền lợi của quý vị. (Các hội viên của FAMIS không thể có bảo hiểm tín nhiệm khác.)

Nếu quý vị nhận được hoặc đủ điều kiện hưởng Medicare và có thắc mắc về cách Medicare và Medicaid phối hợp với nhau, [Chương trình Hỗ trợ và Tư Vấn Bảo hiểm Virginia](#) (VICAP) cung cấp tư vấn bảo hiểm y tế miễn phí và bảo mật cho những người tham gia Medicare. Gọi số **1-800-552-3402 (TTY: 711)**. Cuộc gọi được miễn phí.

3. Nhà cung cấp và nhận dịch vụ chăm sóc

Mạng lưới nhà cung cấp của Aetna Better Health

Chúng tôi sử dụng thuật ngữ “nhà cung cấp” để chỉ các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác cung cấp các dịch vụ quý vị cần. Tất cả các nhà cung cấp mà chúng tôi ký hợp đồng đều được gọi là “mạng lưới nhà cung cấp” của chúng tôi.

Chúng tôi gọi các nhà cung cấp là “trong mạng lưới” khi Aetna Better Health ký hợp đồng với họ để phục vụ các hội viên của chúng tôi và là “ngoài mạng lưới” nếu Aetna Better Health không ký hợp đồng với họ. Điều quan trọng là các nhà cung cấp mà quý vị chọn phải chấp nhận các hội viên của Cardinal Care và tham gia vào mạng lưới của Aetna Better Health (họ là “nhà cung cấp trong mạng lưới”). Mạng lưới của chúng tôi cho phép quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần.

Aetna Better Health cung cấp cho quý vị sự lựa chọn về các nhà cung cấp ở gần quý vị. Nếu quý vị sống tại khu vực thành thị, quý vị không phải đi hơn 30 dặm hoặc 45 phút để nhận được dịch vụ. Nếu quý vị sống tại khu vực nông thôn, quý vị không phải đi hơn 60 dặm hoặc 75 phút để nhận được dịch vụ. Để tìm nhà cung cấp, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP), bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện, quý vị có thể:

- Tìm kiếm các nhà cung cấp trong Danh mục nhà cung cấp (xem *Phần 2, Tổng quan về dịch vụ chăm sóc có quản lý của Cardinal Care*).
- Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại **AetnaBetterHealth.com/Virginia**.

Mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi bao gồm quyền tiếp cận chăm sóc 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần và bao gồm các bệnh viện, bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, cơ sở chăm sóc khẩn cấp, cơ sở điều dưỡng, nhà cung cấp dịch vụ tại gia và cộng đồng, nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm, nhà cung cấp dịch vụ điều trị nghiện và phục hồi, nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe tại gia và chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp thiết bị y tế bền vững và các loại nhà cung cấp khác. Aetna Better Health cung cấp cho quý vị một loạt các nhà cung cấp để lựa chọn và nơi họ làm việc để quý vị không phải đi rất xa để gặp họ. Có thể có những trường hợp đặc biệt cần thời gian di chuyển lâu hơn; tuy nhiên, điều đó chỉ nên xảy ra trong những dịp hiếm hoi.

Quý vị không cần giấy giới thiệu hoặc ủy quyền dịch vụ để nhận:

- Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị.
- Các nguồn tiếp liệu và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.

- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ dành cho phụ nữ như khám vú, chụp quang tuyến vú sàng lọc, xét nghiệm tế bào cổ tử cung và khám vùng chậu, miễn là quý vị nhận được các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp.
- Dịch vụ nha khoa định kỳ.
- Dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế cho Người bản địa nếu quý vị hội đủ điều kiện.
- Các dịch vụ khác dành cho hội viên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt theo quyết định của Aetna Better Health

Xem bên dưới để biết thêm thông tin về thời điểm một nhà cung cấp rời khỏi mạng lưới và thời điểm quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Nhà cung cấp Chăm sóc Chính (PCP)

PCP của quý vị là một bác sĩ hoặc chuyên viên điều dưỡng giúp quý vị khỏe mạnh và duy trì sức khỏe. PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị nên thăm khám với PCP của mình:

- Đối với các lần khám sức khỏe và kiểm tra định kỳ.
- Đối với các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa.
- Khi quý vị có thắc mắc hoặc quan tâm về sức khỏe của quý vị.
- Khi quý vị cảm thấy không khỏe và cần trợ giúp y tế.

Để giúp PCP hiểu rõ hơn về quý vị và tiền sử bệnh của quý vị, quý vị nên gửi hồ sơ y tế trước đây đến văn phòng PCP của mình. Dịch vụ Hội viên hoặc người quản lý chăm sóc có thể trợ giúp quý vị.

Chọn PCP của quý vị

Quý vị có quyền chọn một PCP trong mạng lưới của Aetna Better Health. Xem lại Danh mục Nhà cung cấp của quý vị để tìm một PCP trong cộng đồng của quý vị, người có thể đáp ứng tốt nhất nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi đến Dịch vụ Hội viên hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị để được giúp đỡ. Nếu quý vị không chọn PCP trước ngày 25 của tháng trước khi bảo hiểm y tế của quý vị bắt đầu, Aetna Better Health sẽ chỉ định PCP cho quý vị. Aetna Better Health sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản về PCP được chỉ định của quý vị.

Quý vị có thể chọn giữa nhiều loại nhà cung cấp trong mạng lưới cho PCP của mình. Một số loại PCP bao gồm:

- Bác sĩ gia đình (còn gọi là bác sĩ đa khoa) – chăm sóc trẻ em và người lớn.
- Bác sĩ phụ khoa (GYN) – chăm sóc phụ nữ

- Bác sĩ nội khoa (còn gọi là bác sĩ nội khoa) – chăm sóc người lớn
- Y tá hành nghề (NP) – chăm sóc trẻ em và người lớn
- Bác sĩ sản khoa (OB) – chăm sóc phụ nữ mang thai
- Bác sĩ nhi khoa – chăm sóc trẻ em

Nếu quý vị đã có một PCP không phải trong mạng lưới của Aetna Better Health, thì quý vị có thể tiếp tục thăm khám với họ trong tối đa 30 ngày sau khi ghi danh vào Aetna Better Health. Đối với những người đang mang thai hoặc có nhu cầu xã hội hoặc sức khỏe quan trọng, quý vị có thể tiếp tục gặp PCP của mình trong tối đa 60 ngày sau khi ghi danh. Nếu quý vị không chọn một PCP trong mạng lưới của Aetna Better Health sau khoảng thời gian 30 ngày hoặc 60 ngày, Aetna Better Health sẽ chỉ định PCP cho quý vị. Nếu quý vị có một PCP do Medicare chỉ định, thì quý vị không cần phải chọn một PCP trong mạng lưới của Aetna Better Health. Hãy gọi Dịch vụ Hội viên hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị để được trợ giúp chọn PCP và điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP vào bất kỳ lúc nào. Gọi đến Dịch vụ Hội viên để chọn một PCP khác trong mạng lưới của Aetna Better Health. Khi quý vị đã chọn PCP mới của mình, quý vị sẽ nhận được một thẻ ID mới có liệt kê PCP đó. Hãy chắc chắn rằng quý vị xuất trình thẻ này trong cuộc hẹn tiếp theo của quý vị. PCP mới của quý vị sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng.

Bác sĩ chuyên khoa

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà PCP của quý vị không thể cung cấp, Aetna Better Health hoặc PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa. Bác sĩ chuyên khoa là nhà cung cấp được đào tạo bổ sung về các dịch vụ trong một lĩnh vực y học cụ thể, chẳng hạn như bác sĩ phẫu thuật. Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ một bác sĩ chuyên khoa được gọi là chăm sóc chuyên khoa. Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc chuyên khoa liên tục, PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị cho một số lần thăm khám hoặc khoảng thời gian nhất định (được gọi là "giới thiệu dài hạn").

Nhà cung cấp ngoài tiểu bang

Dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể nhận được từ các nhà cung cấp ngoài tiểu bang được giới hạn ở:

- Các dịch vụ khẩn cấp, khủng hoảng hoặc sau ổn định cần thiết.
- Các trường hợp đặc biệt trong đó những người sống ở địa phương của quý vị thường sử dụng các nguồn lực y tế ở tiểu bang khác.
- Các dịch vụ bắt buộc và cần thiết về mặt y tế không có sẵn trong mạng lưới và trong tiểu bang Virginia.

- Các giai đoạn chuyển tiếp (cho đến khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ kịp thời từ một nhà cung cấp mạng trong tiểu bang).
- Xe cứu thương ngoài tiểu bang để chuyển từ cơ sở này sang cơ sở khác.

Aetna Better Health có thể cần phải cho phép quý vị gặp một nhà cung cấp ngoài tiểu bang. Aetna Better Health không bao trả cho bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào bên ngoài Hoa Kỳ.

Khi một nhà cung cấp rời khỏi mạng lưới

Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của Aetna Better Health, Aetna Better Health sẽ cho quý vị biết và giúp quý vị tìm một PCP mới. Nếu một trong những nhà cung cấp khác của quý vị rời khỏi mạng lưới của Aetna Better Health, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị để được trợ giúp tìm nhà cung cấp mới và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị có quyền:

- Yêu cầu điều trị cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được không bị gián đoạn và Aetna Better Health sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng điều trị đó tiếp tục.
- Nhận trợ giúp để chọn một nhà cung cấp đủ điều kiện mới.
- Nộp đơn khiếu nại (xem *Phần 8, Kháng cáo và Khiếu nại*) hoặc yêu cầu một nhà cung cấp mới nếu quý vị cảm thấy Aetna Better Health đã không thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý phù hợp.

Nhận dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới của Aetna Better Health

Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới của Aetna Better Health trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:

- Nếu Aetna Better Health không có nhà cung cấp trong mạng lưới để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.
- Nếu bác sĩ chuyên khoa mà quý vị cần không ở đủ gần quý vị (trong vòng 30 dặm ở khu vực thành thị hoặc 60 dặm ở khu vực nông thôn).
- Nếu một nhà cung cấp không cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần vì lý do đạo đức hoặc tôn giáo.
- Nếu Aetna Better Health chấp thuận một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở điều dưỡng khi quý vị đăng ký với Aetna Better Health, và cơ sở điều dưỡng đó nằm ngoài mạng lưới.
- Nếu quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc kế hoạch hóa gia đình từ một nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới. Quý vị có thể nhận các dịch vụ điều trị cấp cứu

và kế hoạch hóa gia đình từ bất kỳ nhà cung cấp nào, ngay cả khi nhà cung cấp đó không phải trong mạng lưới của Aetna Better Health. Dịch vụ chăm sóc này là miễn phí.

Nếu PCP hoặc Aetna Better Health của quý vị giới thiệu quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ chi phí nào. Tuy nhiên, các dịch vụ có thể cần phải được cho phép trước. Bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu các dịch vụ được cho phép trước.

Quý vị có quyền thăm khám với nhà cung cấp cũ và tiếp cận các loại thuốc theo toa hoặc các vật tư y tế cần thiết khác trong tối đa 30 ngày (hoặc 60 ngày, nếu quý vị đang mang thai hoặc có nhu cầu xã hội hoặc sức khỏe quan trọng) nếu trước đó quý vị đã ghi danh tham gia chương trình Medicaid của Virginia nhưng mới tham gia Aetna Better Health. Sau 30 ngày (hoặc 60 ngày), quý vị sẽ cần thăm khám với các nhà cung cấp trong mạng lưới của Aetna Better Health trừ khi Aetna Better Health gia hạn khung thời gian này cho quý vị. Quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị, nếu có, để được trợ giúp tìm nhà cung cấp trong mạng lưới (xem *Phần 4, Điều phối dịch vụ chăm sóc và quản lý dịch vụ chăm sóc* để biết thêm thông tin về người quản lý chăm sóc của quý vị).

Lựa chọn cho Hội viên của Cơ sở Điều dưỡng

Nếu quý vị đang được chăm sóc trong một cơ sở điều dưỡng tại thời điểm quý vị ghi danh tham gia Aetna Better Health, quý vị có thể chọn:

- Ở lại cơ sở miễn là quý vị vẫn hội đủ điều kiện để được chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng.
- Chuyển đến một cơ sở điều dưỡng khác.
- Nhận dịch vụ tại nhà của quý vị hoặc các môi trường tại cộng đồng khác.

Lên lịch hẹn với nhà cung cấp

Gọi cho văn phòng nhà cung cấp của quý vị để lấy hẹn. Để được trợ giúp đặt lịch hẹn, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị cần đưa đón đến cuộc hẹn của mình, hãy gọi cho ModivCare theo số **1-800-734-0430 (TTY: 711)**. Nếu quý vị gọi sau giờ làm việc, hãy để lại tin nhắn giải thích cách liên lạc với quý vị. PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác sẽ gọi lại cho quý vị nhanh nhất có thể. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn với nhà cung cấp, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

Tính kịp thời của các cuộc hẹn

Chúng tôi yêu cầu nhà cung cấp của quý vị phải lên lịch hẹn dịch vụ chăm sóc chính định kỳ trong vòng 30 ngày kể từ khi quý vị yêu cầu. Các cuộc hẹn này không bao gồm các dịch vụ khám sức khỏe định kỳ, các dịch vụ chuyên khoa định kỳ (ví dụ như da liễu) hoặc các thăm

khám theo lịch thường xuyên để theo dõi tình trạng bệnh mãn tính không yêu cầu phải thăm khám 30 ngày một lần.

Nếu quý vị đang mang thai, các lịch hẹn khám thai phải được sắp xếp cho quý vị trong khoảng thời gian từ 3 ngày làm việc đến bảy ngày dương lịch kể từ khi quý vị yêu cầu, tùy thuộc vào giai đoạn và nguy cơ cho thai kỳ. Hãy nhớ báo cho Aetna Better Health biết khi quý vị định ra khỏi thành phố để Aetna Better Health có thể giúp quý vị sắp xếp các dịch vụ của mình.

Chăm sóc sức khỏe từ xa

Chăm sóc sức khỏe từ xa cho phép quý vị nhận được sự chăm sóc từ nhà cung cấp của mình mà không cần trực tiếp đến phòng mạch. Chăm sóc sức khỏe từ xa thường được thực hiện trực tuyến với truy cập internet trên máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại thông minh. Đôi khi nó có thể được thực hiện qua điện thoại. Mặc dù chăm sóc sức khỏe từ xa không phù hợp với mọi điều kiện hoặc tình huống, nhưng quý vị thường có thể sử dụng Chăm sóc sức khỏe từ xa để:

- Nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị qua điện thoại hoặc qua trò chuyện video.
- Gửi và nhận tin nhắn điện tử với nhà cung cấp của quý vị.
- Tham gia giám sát từ xa để nhà cung cấp của quý vị có thể theo dõi tình hình của quý vị ở nhà.
- Nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và y tế cần thiết về mặt y tế.

Để đặt lịch hẹn chăm sóc sức khỏe từ xa, hãy liên hệ với nhà cung cấp của quý vị để xem họ cung cấp những dịch vụ nào thông qua chăm sóc sức khỏe từ xa.

Nhận Chăm sóc từ Đúng nơi khi Quý vị cần một cách nhanh chóng

Điều quan trọng là chọn đúng nơi để được chăm sóc dựa trên nhu cầu sức khỏe của quý vị, đặc biệt là khi quý vị cần được chăm sóc nhanh chóng hoặc đột xuất. Dưới đây là hướng dẫn giúp quý vị quyết định liệu nhóm chăm sóc thông thường của quý vị, chẳng hạn như PCP của quý vị, có thể giúp quý vị hay liệu quý vị nên đến trung tâm chăm sóc khẩn cấp hay phòng cấp cứu. Nếu quý vị không chắc mình cần loại chăm sóc nào, hãy gọi cho PCP của quý vị hoặc Đường dây tư vấn y tế của Aetna Better Health theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** phục vụ 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Loại dịch vụ chăm sóc	Cách nhận dịch vụ chăm sóc	Ví dụ về Thời điểm Nhận Loại Nhận Loại Dịch vụ Chăm sóc Đây	Cần Giới thiệu?
PCP có thể chăm sóc khi quý vị bị ốm hoặc bị thương và chăm sóc phòng ngừa giúp quý vị khỏe mạnh	Liên hệ với văn phòng PCP của quý vị hoặc Aetna Better Health để đặt lịch hẹn	- Bệnh/chấn thương nhẹ - Cúm/sốt - Nôn mửa/tiêu chảy - Đau họng, đau tai hoặc nhiễm trùng mắt - Căng/bong gân - Có thể bị gãy xương	Không
Chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được khi bị ốm hoặc bị thương cần được chăm sóc y tế nhanh chóng và có thể trở thành trường hợp khẩn cấp	Xem Danh mục nhà cung cấp tại AetnaBetterHealth.com/Virginia để tìm một phòng khám chăm sóc khẩn cấp	Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp có thể quản lý những việc tương tự như PCP của quý vị, nhưng có sẵn khi không có các phòng mạch khác	Không, nhưng hãy nhớ đến phòng khám chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới của Aetna Better Health nếu quý vị có thể.
Chăm sóc cấp cứu (hoặc chăm sóc cho một tình trạng y tế cứu) là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được khi một căn bệnh hoặc chấn thương nghiêm trọng đến mức sức	Gọi 911 và đến bệnh viện gần nhất. Quý vị có quyền được chăm sóc cấp cứu 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần từ bất kỳ bệnh viện hoặc cơ sở nào khác, ngay cả khi quý vị ở thành phố hoặc tiểu bang khác. Aetna Better Health sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc theo dõi sau tình trạng cấp cứu	- Bất tỉnh - Khó thở - Chấn thương nghiêm trọng ở đầu, cổ hoặc lưng - Đau ngực/áp lực - Đau đầu nặng, đột ngột - Rối loạn ngôn ngữ, tê ở mặt,	Không. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị

Loại dịch vụ chăm sóc	Cách nhận dịch vụ chăm sóc	Ví dụ về Thời điểm Nhận Loại Nhận Loại Dịch vụ Chăm sóc Đây	Cần Giới thiệu?
khỏe, chức năng cơ thể, các cơ quan hoặc bộ phận cơ thể của quý vị (hoặc, nếu có, thai nhi của quý vị) có thể gặp nguy hiểm nếu quý vị không được chăm sóc y tế ngay lập tức		cánh tay hoặc chân • Chảy máu trầm trọng • Phồng nặng • Co giật/động kinh • Gãy xương • Sợ rằng quý vị có thể làm tổn thương chính mình hoặc người khác (“trường hợp khẩn cấp về sức khỏe hành vi”) • Tấn công tình dục	không cần giấy giới thiệu hoặc giấy cho phép dịch vụ.

Nhận dịch vụ chăm sóc sau giờ làm việc

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải cấp cứu sau giờ làm việc thông thường, hãy gọi số **1-800-279-1878**.

Y tá hoặc chuyên gia sức khỏe hành vi có thể:

- Giải đáp các thắc mắc về y tế và tư vấn miễn phí cho quý vị.
- Giúp quý vị quyết định xem quý vị có nên gặp một nhà cung cấp ngay lập tức hay không.
- Trợ giúp với các tình trạng bệnh lý.
- Trả lời các câu hỏi cụ thể hoặc cho quý vị lời khuyên về những việc cần làm khi quý vị cần chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như gọi cho PCP của quý vị, đặt lịch hẹn hoặc đến ngay phòng cấp cứu

Vận chuyển đến Nơi Chăm sóc

Vận chuyển y tế không phải cấp cứu

Nếu quý vị cần được vận chuyển đến nơi để nhận các quyền lợi được bao trả như các dịch vụ y tế, hành vi, nha khoa, nhãn khoa và dược phẩm, hãy gọi cho đường dây Đặt trước dịch vụ vận chuyển của Aetna Better Health. Aetna Better Health bao trả dịch vụ vận chuyển không khẩn

cấp cho các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn, vui lòng gọi đến đường dây hỗ trợ vận chuyển Where's My Ride/Ride Assist, Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị. Nếu quý vị có chuyến đi riêng đến cuộc hẹn của mình, tài xế của quý vị có thể được trả lại theo tỷ lệ quy định cho mỗi dặm (có giới hạn áp dụng). Hội viên, gia đình, bạn bè và người chăm sóc đủ điều kiện được hoàn trả chi phí đi lại thông qua Aetna Better Health. Quý vị phải gọi đến số **1-800-734-0430** trước cuộc hẹn để đủ điều kiện được hoàn trả.

Nếu quý vị có chuyến đi riêng đến cuộc hẹn của mình, tài xế của quý vị có thể được trả lại theo tỷ lệ quy định cho mỗi dặm (có giới hạn áp dụng). Hội viên, gia đình, bạn bè và người chăm sóc hội đủ điều kiện được hoàn trả số dặm bay thông qua Nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển của Aetna Better Health, ModivCare. Quý vị phải gọi cho ModivCare trước cuộc hẹn để lấy Số chuyến đi và đủ điều kiện được bồi hoàn. Truy cập **www.mymodivcare.com/members/va** và đi tới *Biểu mẫu* để xem lại Hướng dẫn về chương trình hoàn trả chi phí đi lại, Hướng dẫn ghi nhật ký chuyến đi để được hoàn trả chi phí đi lại và tải xuống Nhật ký chuyến đi để được hoàn trả chi phí đi lại.

Trẻ em FAMIS không hội đủ điều kiện để được Vận chuyển Y tế Không Khẩn cấp.

Nếu quý vị cần được vận chuyển đến nơi cung cấp các dịch vụ miễn trừ cho người khuyết tật phát triển, hãy liên hệ với Nhà thầu vận chuyển Cardinal Care đến nơi cung cấp dịch vụ miễn trừ dành cho người khuyết tật phát triển theo số **1-866-386-8331 (TTY: 1-866-288-3133)** hoặc truy cập **transportation.dmas.virginia.gov**. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận dịch vụ vận chuyển đến nơi cung cấp các dịch vụ miễn trừ dành cho người khuyết tật phát triển, hãy gọi đến đường dây Where's My Ride theo số **1-866-246-9979** hoặc Người quản lý hồ sơ miễn trừ dành cho người khuyết tật phát triển.

Vận chuyển y tế cấp cứu

Nếu quý vị đang gặp tình trạng y tế cấp cứu và cần đưa đến bệnh viện, hãy gọi **911** để được vận chuyển bằng xe cứu thương. Aetna Better Health sẽ bao trả cho xe cứu thương nếu quý vị cần.

4. Điều phối chăm sóc và quản lý chăm sóc

Điều phối chăm sóc

Tất cả các hội viên có thể được trợ giúp tìm dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp hoặc các nguồn lực cộng đồng bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health. Hội viên có thể đăng nhập vào Cổng thông tin điện tử dành cho hội viên từ trang web hoặc ứng dụng **AetnaBetterHealth.com/Virginia** Quý vị cũng có thể gọi số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần để nói chuyện với y tá trực hoặc chuyên gia y tế được cấp phép khác.

Quản lý Hồ sơ là gì?

Nếu quý vị có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đáng kể, quý vị sẽ được quản lý chăm sóc. Quản lý chăm sóc giúp cải thiện hoạt động điều phối giữa các nhà cung cấp khác nhau của quý vị và các dịch vụ mà quý vị nhận được. Nếu quý vị được quản lý chăm sóc, Aetna Better Health sẽ chỉ định cho quý vị một người quản lý chăm sóc. Người quản lý chăm sóc của quý vị là người của Aetna Better Health có chuyên môn chăm sóc sức khỏe đặc biệt, người làm việc chặt chẽ với quý vị, PCP của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ điều trị, thành viên gia đình và những người khác trong cuộc sống của quý vị để hiểu và hỗ trợ các nhu cầu và mục tiêu của quý vị.

Cách Nhận Người Quản lý Chăm sóc

Trong ba tháng đầu tiên sau khi quý vị ghi danh, Aetna Better Health sẽ liên hệ với quý vị hoặc người mà quý vị tin tưởng ("người đại diện được ủy quyền của quý vị") để tiến hành Kiểm tra sức khỏe. Trong quá trình Kiểm tra Sức khỏe, quý vị sẽ được yêu cầu trả lời một số câu hỏi về nhu cầu sức khỏe của mình (chẳng hạn như chăm sóc y tế) và các nhu cầu xã hội (chẳng hạn như nhà ở, thực phẩm và phương tiện đi lại). Kiểm tra Sức khỏe bao gồm các câu hỏi về tình trạng sức khỏe, khả năng thực hiện các công việc hàng ngày và điều kiện sống của quý vị. Câu trả lời của quý vị sẽ giúp Aetna Better Health hiểu rõ nhu cầu của quý vị và quyết định có giao quý vị cho người quản lý chăm sóc hay không. Nếu quý vị không được chỉ định người quản lý chăm sóc, quý vị có thể yêu cầu Aetna Better Health xem xét việc chỉ định cho quý vị nếu quý vị cần trợ giúp để được chăm sóc ngay bây giờ hoặc trong tương lai.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về Kiểm tra sức khỏe, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Cuộc gọi được miễn phí.

Người quản lý chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị như thế nào

Người quản lý chăm sóc của quý vị là người của Aetna Better Health với chuyên môn chăm sóc sức khỏe đặc biệt có thể giúp quý vị quản lý các nhu cầu xã hội và sức khỏe. Người quản lý chăm sóc của quý vị có thể:

- Đánh giá nhu cầu sức khỏe và xã hội của quý vị.
- Trả lời các câu hỏi về quyền lợi của quý vị, như dịch vụ sức khỏe thể chất, dịch vụ sức khỏe hành vi, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) (xem *Phần 5, Quyền lợi của quý vị*).
- Giúp kết nối quý vị với các nguồn lực cộng đồng (ví dụ: các chương trình có thể hỗ trợ nhu cầu về nhà ở và thực phẩm của quý vị).
- Hỗ trợ quý vị trong việc đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của quý vị và những gì quý vị muốn.
- Hỗ trợ quý vị sắp xếp các cuộc hẹn khi cần và tìm các nhà cung cấp có sẵn trong mạng lưới của Aetna Better Health, đồng thời giới thiệu đến các nhà cung cấp khác, nếu cần.
- Giúp quý vị nhận được dịch vụ vận chuyển đến các cuộc hẹn (xem *Phần 3, Nhà cung cấp và nhận dịch vụ chăm sóc*).
- Hãy chắc chắn rằng quý vị nhận được thuốc theo toa và giúp đỡ nếu quý vị cảm thấy tác dụng phụ.
- Chia sẻ kết quả xét nghiệm và thông tin chăm sóc sức khỏe khác với các nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để nhóm chăm sóc biết tình trạng sức khỏe của quý vị.
- Trợ giúp di chuyển giữa các cơ sở chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như từ bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng về nhà hoặc cơ sở khác).
- Đảm bảo các nhu cầu của quý vị được đáp ứng sau khi quý vị rời bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng và trên cơ sở liên tục.

Cách Liên hệ với người Quản lý Chăm sóc của Quý vị

Quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên hoặc đăng nhập vào Cổng thông tin điện tử dành cho hội viên để xem ai là Người quản lý chăm sóc được chỉ định của quý vị hoặc yêu cầu một người quản lý chăm sóc mới. Có dịch vụ thông dịch miễn phí bằng tất cả các ngôn ngữ cho những người không nói được tiếng Anh.

Phương thức Liên hệ	Thông tin Liên hệ
Gọi	1-800-279-1878 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày/7 ngày trong tuần
Số fax	1-866-207-8901
Viết thư	Aetna Better Health of Virginia PO Box 818044 Cleveland, OH 44184-8044
Email	Vui lòng truy cập trang liên hệ trên trang web của chúng tôi tại AetnaBetterHealth.com/Virginia – Contact us (Liên hệ với chúng tôi) để gửi

Phương thức Liên hệ	Thông tin Liên hệ
	tin nhắn được bảo mật cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể gửi email trực tiếp đến VAMedicaidMemberServices@Aetna.com
Trang web	AetnaBetterHealth.com/Virginia

Người quản lý chăm sóc của quý vị sẽ thường xuyên liên hệ với quý vị và có thể giúp giải đáp mọi thắc mắc hoặc quan ngại mà quý vị có thể có. Quý vị có quyền yêu cầu người quản lý chăm sóc của quý vị liên lạc với quý vị thường xuyên hơn hoặc ít hơn vào bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ quyết định cách thức mà quý vị muốn người quản lý chăm sóc liên lạc (qua điện thoại, hội nghị truyền hình hoặc gặp mặt trực tiếp). Nếu gặp trực tiếp người quản lý chăm sóc của mình, quý vị có thể đề xuất thời gian và địa điểm. Quý vị được khuyến khích làm việc với người quản lý chăm sóc của mình và giao tiếp cởi mở với họ.

Đánh giá nguy cơ cho sức khỏe

Sau khi Aetna Better Health tiến hành Kiểm tra sức khỏe và chỉ định cho quý vị một người quản lý chăm sóc, Aetna Better Health sẽ liên hệ với quý vị để tiến hành Đánh giá nguy cơ cho sức khỏe chuyên sâu hơn. Trong quá trình Đánh giá Nguy cơ cho Sức khỏe, người quản lý chăm sóc của quý vị hoặc một chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác sẽ hỏi quý vị nhiều câu hỏi hơn về sức khỏe thể chất, sức khỏe hành vi, nhu cầu xã hội cũng như mục tiêu và sở thích của quý vị. Đánh giá Nguy cơ cho Sức khỏe giúp người quản lý chăm sóc của quý vị hiểu nhu cầu của quý vị và cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc phù hợp. Quý vị có thể chọn thực hiện Đánh giá nguy cơ cho sức khỏe trực tiếp, qua điện thoại hoặc qua hội nghị truyền hình. Theo thời gian, người quản lý chăm sóc của quý vị sẽ đăng ký với quý vị để lặp lại các câu hỏi Đánh giá Nguy cơ cho Sức khỏe để tìm hiểu xem nhu cầu của quý vị có thay đổi hay không.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị

Dựa trên Đánh giá Nguy cơ cho Sức khỏe của quý vị, người quản lý chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để phát triển Kế hoạch Chăm sóc được cá nhân hóa cho quý vị. Kế hoạch Chăm sóc của quý vị sẽ bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, xã hội và các hỗ trợ khác mà quý vị sẽ nhận được và giải thích cách quý vị sẽ nhận được chúng, mức độ thường xuyên và bởi nhà cung cấp nào. Người quản lý chăm sóc của quý vị sẽ cập nhật Kế hoạch Chăm sóc của quý vị một lần mỗi năm. Người quản lý chăm sóc của quý vị có thể thực hiện các thay đổi thường xuyên hơn mỗi năm một lần nếu nhu cầu của quý vị thay đổi. Điều quan trọng là phải cập nhật Kế hoạch Chăm sóc của quý vị.

Nhóm chăm sóc của quý vị

Nhóm chăm sóc của quý vị bao gồm các nhà cung cấp, y tá, cố vấn hoặc các chuyên gia y tế khác. Quý vị và các thành viên gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị là những thành viên quan trọng trong nhóm chăm sóc của quý vị. Người quản lý chăm sóc của quý vị có thể tổ chức một cuộc họp với nhóm chăm sóc của quý vị tùy thuộc vào nhu cầu của quý vị hoặc quý vị có thể yêu cầu gặp nhóm chăm sóc của mình. Quý vị có quyền lựa chọn có tham gia các cuộc họp của nhóm chăm sóc hay không. Giao tiếp giữa các thành viên trong nhóm chăm sóc của quý vị giúp đảm bảo nhu cầu của quý vị được đáp ứng.

Điều phối với Medicare hoặc chương trình bảo hiểm y tế khác

Nếu quý vị có Medicaid và Medicare, Aetna Better Health chịu trách nhiệm điều phối các quyền lợi Cardinal Care của quý vị với chương trình sức khỏe Medicare của quý vị và bất kỳ (các) chương trình sức khỏe nào khác mà quý vị có. Hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về cách các chương trình sức khỏe khác nhau của quý vị phối hợp với nhau và đảm bảo các dịch vụ của quý vị được thanh toán chính xác.

Chuyển tiếp dịch vụ chăm sóc giữa các chương trình bảo hiểm y tế

Nếu quý vị thay đổi chương trình bảo hiểm y tế Medicaid, với vai trò là chương trình bảo hiểm y tế mới của quý vị, Aetna Better Health, sẽ chịu trách nhiệm phối hợp các quyền lợi từ Cardinal Care với chương trình bảo hiểm y tế trước đây của quý vị. Chương trình bảo hiểm y tế Medicaid trước đây có trách nhiệm chuyển giao giấy cho phép dịch vụ và các thông tin liên quan khác sang chương trình bảo hiểm y tế mới của quý vị, Aetna Better Health, để đảm bảo tính liên tục của dịch vụ và chăm sóc. Để biết thông tin và chi tiết về quá trình chuyển tiếp cụ thể của quý vị, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị nếu quý vị có thắc mắc về cách chương trình bảo hiểm y tế mới và trước đây của quý vị phối hợp với nhau và đảm bảo các dịch vụ của quý vị được chuyển tiếp.

Dịch vụ Quản lý Chăm sóc Bổ sung

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ quản lý chăm sóc bổ sung nếu quý vị:

- Đang được chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời hoặc được nhận hỗ trợ nuôi con nuôi.
- Đang mang thai và có nguy cơ cao bị biến chứng trong và sau khi mang thai.
- Nhận các dịch vụ tại nhà hoặc cộng đồng của quý vị, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cá nhân hoặc dịch vụ chăm sóc thay thế.
- Bị rối loạn sử dụng dược chất.
- Sử dụng máy thở.
- Vô gia cư.

Nếu quý vị cần một người quản lý chăm sóc, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health để được hỗ trợ.

5. Quyền lợi của quý vị

Tổng quan về quyền lợi được bao trả

Các quyền lợi được bảo hiểm là các dịch vụ do Aetna Better Health, Bộ hoặc nhà thầu của Bộ cung cấp. Để nhận được các quyền lợi được bảo hiểm, dịch vụ đó phải cần thiết về mặt y tế. Dịch vụ cần thiết về mặt y tế là dịch vụ mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng y tế hoặc các triệu chứng của nó. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ cung cấp cho Aetna Better Health hồ sơ y tế và các thông tin khác để chứng minh rằng dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế.

Quý vị cũng có thể truy cập danh sách đầy đủ các quyền lợi được bao trả của mình tại: AetnaBetterHealth.com/Virginia. Gọi đến Dịch vụ Hội viên theo số 1-800-279-1878 (TTY: 711) hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị, nếu quý vị có, để biết thêm thông tin về các dịch vụ của quý vị và cách nhận các dịch vụ đó.

Nói chung, quý vị phải nhận các dịch vụ từ nhà cung cấp tham gia vào mạng lưới của Aetna Better Health. Trong một số trường hợp, quý vị có thể cần được Aetna Better Health hoặc PCP của mình chấp thuận ("ủy quyền dịch vụ") trước khi nhận dịch vụ. Các dịch vụ được đánh dấu trong phần này bằng dấu hoa thị (*) yêu cầu ủy quyền dịch vụ. Xem *Phần 3, Nhà cung cấp và nhận dịch vụ chăm sóc*, để biết thêm thông tin về những việc cần làm nếu quý vị cần các dịch vụ từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Xem *Phần 7, Xin phê duyệt cho các dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị*, để biết thêm thông tin nếu một dịch vụ mà quý vị cần phải được phê duyệt.

Aetna Better Health không loại trừ các quyền lợi, bao gồm dịch vụ tư vấn hoặc giới thiệu, do sự phản đối về mặt đạo đức hoặc tôn giáo. Nếu một nhà cung cấp của Aetna Better Health không thể cung cấp các dịch vụ mà quý vị cần do sự phản đối về mặt đạo đức hoặc tôn giáo, thì Aetna Better Health sẽ giúp quý vị nhận được các dịch vụ mà quý vị cần với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Quyền lợi cho tất cả hội viên

Các dịch vụ sức khỏe thể chất

Aetna Better Health và Bộ chi trả cho các dịch vụ sức khỏe thể chất (bao gồm nha khoa và thị lực) cho các hội viên của Cardinal Care:

- Chăm sóc Sức khỏe Ban ngày cho Người lớn
- Dịch vụ và khám sàng lọc ung thư (sàng lọc ung thư đại trực tràng, chụp quang tuyến vú, phết tế bào cổ tử cung, kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt và khám trực tràng kỹ thuật số, phẫu thuật tái tạo vú)
- Các dịch vụ quản lý chăm sóc và điều phối chăm sóc (xem *Phần 4, Điều phối Chăm sóc và Quản lý Chăm sóc*)
- Các dịch vụ lâm sàng
- Thử nghiệm lâm sàng (chi phí thông thường của bệnh nhân liên quan đến việc tham gia thử nghiệm đủ điều kiện)
- Các dịch vụ theo lệnh của tòa án, lệnh tạm giữ khẩn cấp (ECO) và lệnh tạm giam (TDO)
- Dịch vụ nha khoa (thông tin thêm về dịch vụ này bên dưới)
- Thiết bị y tế lâu bền (DME) (thiết bị và vật tư hô hấp, oxy và máy thở; xe lăn và phụ kiện; giường bệnh; thiết bị và vật tư cho bệnh tiểu đường; sản phẩm dành cho người không kiểm soát được tiểu tiện; công nghệ hỗ trợ; thiết bị liên lạc; thiết bị và dụng cụ phục hồi chức năng)
- Sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm, định kỳ (EPSDT) (thông tin thêm về dịch vụ này bên dưới)
- Các dịch vụ can thiệp sớm (EI) (thông tin thêm về dịch vụ này bên dưới)
- Các dịch vụ cấp cứu và sau ổn định
- Dịch vụ điều trị rối loạn bản dạng giới
- Que thử đường huyết
- Dịch vụ thính giác
- Các dịch vụ miễn trừ tại nhà và cộng đồng (thông tin thêm về dịch vụ này bên dưới)
- Sức khỏe tại gia
- Chăm sóc giai đoạn cuối đời
- Chăm sóc tại bệnh viện (nội trú và ngoại trú)
- Dịch vụ về virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) (tư vấn xét nghiệm và điều trị)
- Tiêm phòng (người lớn và trẻ em)
- Dịch vụ xét nghiệm, chụp X-quang và gây mê
- Điều tra lượng chì
- Dịch vụ răng miệng (nhập viện, phẫu thuật, dịch vụ do nhà cung cấp dịch vụ y tế tính phí)
- Cấy ghép nội tạng (dành cho tất cả trẻ em và người lớn đang trong giai đoạn phục hồi chức năng chuyên sâu)
- Chỉnh hình (trẻ em dưới 21 tuổi)
- Tư vấn dinh dưỡng cho bệnh mạn tính
- Dịch vụ chăm sóc bàn chân (chăm sóc bàn chân)

- Các dịch vụ trước khi sinh và bà mẹ (chăm sóc khi mang thai/sau khi sinh) (thông tin thêm về dịch vụ này bên dưới)
- Thuốc theo toa (xem *Phần 6, Thuốc theo toa của quý vị*)
- Chăm sóc phòng ngừa (khám định kỳ, khám sàng lọc, thăm khám sức khỏe trẻ sơ sinh/trẻ nhỏ) *
- Bộ phận giả (tay/chân và các bộ phận hỗ trợ, ngực và mắt giả)
- Chăm sóc y tế thông thường (thăm khám tại văn phòng PCP, giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa, khám)
- Dịch vụ chụp X-quang
- Các dịch vụ phục hồi chức năng (nội trú và ngoại trú, bao gồm các dịch vụ trị liệu vật lý/chức năng hoạt động và bệnh lý ngôn ngữ/thính học)
- Dịch vụ điều trị thận (dịch vụ lọc máu, điều trị Bệnh thận giai đoạn cuối)
- Dịch vụ y tế học đường (thông tin thêm về dịch vụ này bên dưới)
- Dịch vụ phẫu thuật
- Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe từ xa (thông tin thêm về dịch vụ này bên dưới)
- Dịch vụ cai thuốc lá
- Dịch vụ vận chuyển (xem *Phần 3, Nhà cung cấp và Nhận Dịch vụ Chăm sóc*)
- Dịch vụ loại nhà cung cấp dịch vụ y tế dành cho bộ lạc
- Dịch vụ nhãn khoa (khám mắt/điều trị/thay thế kính bị mất, hư hỏng hoặc bị đánh cắp cho trẻ em dưới 21 tuổi (theo EPSDT))
- Thăm khám khỏe mạnh, bao gồm kiểm tra sức khỏe định kỳ và khám sức khỏe hàng năm

Ngay sau khi quý vị nhận được Thẻ ID của mình, ngay cả khi quý vị không bị ốm, hãy gọi điện và đặt lịch hẹn với PCP của quý vị để được thăm khám sức khỏe. PCP của quý vị sẽ xem xét bất kỳ vấn đề nào mà quý vị có thể gặp phải do tuổi tác, cân nặng và thói quen của quý vị. PCP của quý vị cũng sẽ tìm cách để khỏe mạnh hơn. Trẻ em cũng nên gặp PCP của mình để kiểm tra sức khỏe, tiêm phòng và khám sàng lọc càng sớm càng tốt. Đối với các cuộc kiểm tra sức khỏe, tiêm ngừa và sàng lọc, hãy cố gắng gọi cho PCP của con quý vị trước hai hoặc ba tuần để yêu cầu một cuộc hẹn. Để nhận thông tin về các yêu cầu cho phép dịch vụ đối với các dịch vụ sức khỏe thể chất, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** hoặc Người quản lý chăm sóc.

Hãy nhớ rằng các dịch vụ được đánh dấu hoa thị (*) có thể yêu cầu cho phép dịch vụ. Nhà cung cấp phải thông báo cho Aetna Better Health trong vòng 24 giờ kể từ khi nhập viện theo yêu cầu/cấp cứu/khẩn cấp. Để hỗ trợ các quyết định xem xét đồng thời đối với bệnh nhân nội trú, Aetna Better Health sử dụng các tiêu chí dựa trên bằng chứng được công nhận trên toàn quốc, được áp dụng dựa trên nhu cầu của từng hội viên và đặc điểm của hệ thống cung cấp dịch vụ tại địa phương.

Sở ký hợp đồng với Quản trị viên quyền lợi nha khoa, DentaQuest, để cung cấp các dịch vụ nha khoa cho tất cả các hội viên Medicaid/FAMIS. Xem bảng dưới đây để biết các dịch vụ nha khoa có sẵn cho quý vị. Quý vị không chịu trách nhiệm về chi phí dịch vụ nha khoa nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ nha khoa tham gia. Một số dịch vụ nha khoa sẽ yêu cầu phê duyệt trước. Aetna Better Health sẽ làm việc với Quản trị viên Nha khoa của Bộ để cho phép một số dịch vụ, bao gồm gây mê khi cần thiết về mặt y tế. Để được giải đáp các câu hỏi về quyền lợi nha khoa của quý vị hoặc để tìm một nha sĩ tham gia gần quý vị, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên của DentaQuest theo số **1-888-912-3456 (TTY: 1-800-466-7566)** hoặc truy cập dmas.virginia.gov/dental.

Dịch vụ Nha khoa	Trẻ em/Thanh thiếu niên dưới 21 tuổi	Người Mang thai/ Sau sinh	Người trưởng thành từ 21 tuổi trở lên
Niềng răng	Được bảo hiểm	Không được bao trả	Không được bao trả
Làm sạch	Được bảo hiểm (bao gồm cả florua)	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm
Mão răng	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm	Bảo hiểm hạn chế
Răng giả	Được bảo hiểm (bao gồm cả một phần)	Được bảo hiểm (bao gồm cả một phần)	Được bảo hiểm
Khám	Được bảo hiểm (bao gồm khám sức khỏe định kỳ)	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm
Nhổ răng và Phẫu thuật Miệng	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm
Trám răng	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm
Điều trị Nướu	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm
Lấy tủy chân răng	Được bảo hiểm (bao gồm cả điều trị)	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm
Chất trám kín	Được bảo hiểm	Không được bao trả	Không được bao trả
Bộ giữ Khoảng cách	Được bảo hiểm	Không được bao trả	Không được bao trả
X-quang	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm	Được bảo hiểm

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi

Aetna Better Health, Sở hoặc nhà thầu của Sở bao trả các dịch vụ điều trị sức khỏe hành vi trong bảng dưới đây cho các hội viên của Aetna Better Health. Sức khỏe hành vi là nói đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và cai nghiện. Ở Virginia, điều trị nghiện được gọi là “Dịch vụ điều trị nghiện và phục hồi” (ARTS). Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health, PCP của quý

vị và người quản lý chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị nhận được các dịch vụ sức khỏe hành vi mà quý vị cần.

Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần

- Quan sát trong 23 giờ
- Phân tích hành vi ứng dụng
- Điều trị toàn diện và chuyên sâu tại cộng đồng
- Hỗ trợ ổn định tại cộng đồng
- Liệu pháp cải thiện chức năng tại gia đình
- Dịch vụ chuyên sâu tại nhà
- Quản lý hồ sơ sức khỏe tâm thần
- Điều trị ngoại trú sức khỏe tâm thần chuyên sâu
- Chương trình điều trị nhập viện bán phần về sức khỏe tâm thần
- Dịch vụ hỗ trợ phục hồi đồng đẳng về sức khỏe tâm thần
- Dịch vụ xây dựng kỹ năng sức khỏe tâm thần
- Dịch vụ hỗ trợ lưu động cho người gặp khủng hoảng
- Liệu pháp đa hệ thống
- Cơ sở điều trị tâm thần nội trú ⁺
- Phục hồi chức năng tâm lý xã hội
- Điều trị ổn định khủng hoảng tại cơ sở nội trú
- Điều trị ban ngày
- Cơ sở trị liệu nội trú ⁺
- Các dịch vụ tâm thần nội trú
- Dịch vụ tâm thần ngoại trú

⁺ Các dịch vụ được quản lý bởi nhà thầu quản lý sức khỏe hành vi của Sở. Người quản lý chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với nhà thầu quản lý sức khỏe hành vi của Bộ để giúp quý vị nhận được các dịch vụ này nếu quý vị cần.

Dịch vụ Điều trị Nghiện và Phục hồi (ARTS)

- Sàng lọc, can thiệp nhanh và giới thiệu điều trị
- Dịch vụ quản lý trường hợp Sử dụng Dược chất
- Dịch vụ ngoại trú
- Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu
- Nhập viện bán phần
- Điều trị nội trú do dùng chất gây nghiện
- Điều trị Hỗ trợ Bằng Thuốc
- Dịch vụ hỗ trợ phục hồi đồng đẳng
- Dịch vụ điều trị Opioid
- Điều trị nghiện tại văn phòng

Aetna Better Health tuân thủ Đạo luật Bình đẳng Sức khỏe Tâm thần và Nghiện ngập (MHPAEA). Các giới hạn đối với các dịch vụ sức khỏe hành vi bao gồm các phúc lợi về sức khỏe tâm thần hoặc phục hồi chứng nghiện và các quyền lợi về điều trị không hạn chế hơn các quyền lợi về sức khỏe thể chất tương tự.

Để được giải đáp thắc mắc về dịch vụ điều trị nghiện và phục hồi, hãy gọi cho Đường dây tư vấn y tế của ARTS theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** phục vụ 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Nếu quý vị không biết cách nhận các dịch vụ trong thời kỳ khủng hoảng, chúng tôi sẽ giúp tìm một nhà cung cấp dịch vụ khủng hoảng cho quý vị. Nếu quý vị có suy nghĩ về việc làm hại bản thân hoặc người khác, quý vị nên:

- Nhận trợ giúp ngay bằng cách gọi **911**
- Đến bệnh viện gần nhất hoặc nơi chăm sóc cấp cứu.

Nếu quý vị đang nghĩ đến việc làm hại bản thân hoặc người khác, hãy gọi cho Đường dây hỗ trợ cho người gặp khủng hoảng sức khỏe hành vi **1-800-279-1878 (TTY: 711)** phục vụ 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn phí. Hãy nhớ rằng, nếu quý vị cần trợ giúp ngay lập tức, hãy gọi **911** hoặc [Đường dây cứu sinh cho người có ý định tự tử và gặp khủng hoảng 988](#).

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

Aetna Better Health và Sở bảo trả cho LTSS như dịch vụ điều dưỡng tư nhân, chăm sóc cá nhân và chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn để giúp mọi người đáp ứng nhu cầu hàng ngày

của họ và duy trì sự độc lập khi sống trong cộng đồng hoặc cơ sở. Trước khi nhận LTSS, một nhóm cộng đồng hoặc bệnh viện sẽ tiến hành sàng lọc để xem liệu quý vị có đáp ứng các tiêu chí về “mức độ chăm sóc” hay không – nói cách khác, liệu quý vị có hội đủ điều kiện và cần LTSS hay không. Liên hệ với người quản lý chăm sóc của quý vị để tìm hiểu về quy trình sàng lọc để nhận LTSS. Các hội viên của FAMIS không đủ điều kiện để sử dụng dịch vụ LTSS.

Quý vị có thể nhận LTSS trong môi trường phù hợp với mình: nhà riêng, cộng đồng hoặc cơ sở điều dưỡng. Những hội viên quan tâm đến việc chuyển từ cơ sở điều dưỡng về nhà của họ hoặc cộng đồng nên nói chuyện với người quản lý chăm sóc của họ. Tuy nhiên, điều quan trọng cần biết là việc nhận một số loại dịch vụ chăm sóc nhất định sẽ chấm dứt việc ghi danh của quý vị với dịch vụ chăm sóc có quản lý và Aetna Better Health, nhưng quý vị vẫn sẽ có Medicaid. Những loại dịch vụ chăm sóc này bao gồm:

- Cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người khuyết tật trí tuệ (ICF/IID).
- Chăm sóc từ một trong các cơ sở điều dưỡng sau:
 - Bedford County Nursing Home
 - Birmingham Green
 - Dogwood Village of Orange County Health
 - Lake Taylor Transitional Care Hospital
 - Lucy Corr Nursing Home
 - The Virginia Home Nursing Facility
 - Virginia Veterans Care Center
 - Sitter and Barfoot Veterans Care Center
 - Braintree Manor Nursing Facility and Rehabilitation Center
- Dịch vụ chăm sóc từ cơ sở chăm sóc dài hạn do tiểu bang điều hành Piedmont, Hiram Davis hoặc Hancock.
- Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Program of All Inclusive Care for the Elderly - PACE).

Nếu quý vị nhận được LTSS, quý vị có thể phải thanh toán một phần cho dịch vụ chăm sóc của mình (xem *Phần 9, Chia sẻ Chi phí*). Nếu quý vị có Medicare, Aetna Better Health sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng sau khi quý vị đã sử dụng tất cả các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn dành cho quý vị. Để nhận thông tin về các yêu cầu cho phép dịch vụ cho LTSS, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** hoặc quý vị có thể gọi cho người quản lý chăm sóc của mình từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng – 5 giờ chiều theo giờ EST. Nếu quý vị có LTSS, quý vị có thể phải thanh toán một phần cho dịch vụ chăm sóc của mình. Vui lòng xem Phần 9, Chia sẻ Chi phí để biết thêm thông tin.

Quyền lợi cho Người ghi danh Khước từ các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (HCBS)

Một số hội viên có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn trừ HCBS (xem bảng bên dưới). Để tìm hiểu thêm hoặc để tìm hiểu xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không, hãy liên hệ với Aetna Better Health hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị. Các dịch vụ miễn trừ dành cho Người khuyết tật phát triển được quản lý thông qua Sở Dịch vụ Phát triển và Sức khỏe Hành vi (DBHDS). Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin về các dịch vụ miễn trừ dành cho Người khuyết tật phát triển trên trang web của DBHDS mylifemycommunityvirginia.org hoặc bằng cách gọi số **1-844-603-9248**. Những người ghi danh vào FAMIS không đủ điều kiện tham gia HCBS.

Miễn trừ	Mô tả	Ví dụ về Quyền lợi được Bảo hiểm
Chương trình Miễn trừ Chăm sóc Phối hợp của Khối thịnh vượng chung (CCC) Plus	Cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng của quý vị thay vì cơ sở điều dưỡng. Quý vị có thể chọn nhận các dịch vụ hướng đến đại lý hoặc hướng đến người tiêu dùng hoặc cả hai.	- Chăm sóc Sức khỏe Ban ngày cho Người lớn - Công nghệ hỗ trợ - Điều chỉnh môi trường - Chăm sóc cá nhân - Hệ thống Ứng cứu Cá nhân Khẩn cấp - Dịch vụ y tá chăm sóc riêng - Chăm sóc thay thế - Dịch vụ chuyển tiếp
Miễn trừ Khuyết tật Phát triển: Xây dựng Độc lập (BI) Cuộc sống Cộng đồng (CL) Hỗ trợ Gia đình và Cá nhân (FIS)	Cung cấp hỗ trợ và dịch vụ cho các hội viên bị khuyết tật phát triển để giúp đạt được thành công trong cuộc sống, học tập, sức khỏe thể chất và hành vi, việc làm, giải trí và hòa nhập cộng đồng. Miễn trừ có thể có một danh sách chờ. Quý vị nên ghi tên mình vào danh sách chờ nếu cần để khi có chỗ quý vị có thể bắt đầu nhận những dịch vụ này.	- Công nghệ hỗ trợ - Dịch vụ lập kế hoạch quyền lợi - Dịch vụ điện tử tại nhà - Hỗ trợ ban ngày và việc làm - Điều chỉnh môi trường - Hệ thống ứng cứu cá nhân khẩn cấp - Hỗ trợ khủng hoảng - Tùy chọn nhà ở

Để nhận thông tin về các yêu cầu cho phép dịch vụ cho dịch vụ miễn trừ, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** hoặc

quý vị có thể gọi cho Người quản lý chăm sóc của mình từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng – 5 giờ chiều theo giờ EST.

Quyền lợi cho Trẻ em/Thanh thiếu niên dưới 21 tuổi

Dịch vụ Sàng lọc, Chẩn đoán và Điều trị Sớm và Định kỳ (EPSDT)

Quyền lợi không giống nhau đối với tất cả các hội viên của Cardinal Care. Trẻ em và thanh thiếu niên dưới 21 tuổi thuộc chương trình Medicaid được hưởng EPSDT, một quyền lợi bắt buộc của liên bang. EPSDT cung cấp các dịch vụ toàn diện để xác định tình trạng của trẻ, điều trị và làm cho tình trạng tốt hơn hoặc ngăn ngừa tình trạng trở nên tồi tệ hơn. Các dịch vụ được bao trả bao gồm mọi dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế, ngay cả khi dịch vụ này thường không dành cho người lớn hoặc các hội viên Medicaid khác. Các dịch vụ EPSDT được cung cấp miễn phí. Ví dụ về các dịch vụ EPSDT bao gồm:

- Khám sàng lọc/khám sức khỏe cho trẻ và chủng ngừa
- Dịch vụ kiểm tra định kỳ (thị giác, thính giác và nha khoa)
- Thăm khám tư vấn COVID-19
- Dịch vụ phát triển
- Kính mắt (bao gồm kính thay thế cho kính bị mất, hỏng hoặc bị đánh cắp) và các dịch vụ nhãn khoa khác
- Chỉnh hình (niềng răng, nẹp, hỗ trợ)
- Các dịch vụ chăm sóc cá nhân hoặc hỗ trợ cá nhân (ví dụ: giúp tắm rửa, mặc quần áo và cho ăn)
- Dịch vụ y tá chăm sóc riêng
- Quản lý trường hợp chăm sóc nuôi dưỡng điều trị

Các thử nghiệm lâm sàng có thể được xem xét trên cơ sở từng trường hợp.

Trẻ em FAMIS hội đủ điều kiện được thăm khám và tiêm chủng cho trẻ khỏe mạnh, nhưng không phải tất cả các dịch vụ EPSDT. Để biết thêm thông tin về việc truy cập các dịch vụ EPSDT, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị. Dịch vụ điều trị EPSDT có thể yêu cầu cho phép trước. Để biết thêm thông tin, hãy xem Phần 5, Quyền lợi của quý vị và Phần 7, Xin Phê duyệt cho các Dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị.

Dịch vụ can thiệp sớm (EI)

Nếu quý vị có con dưới ba tuổi không học tập hoặc phát triển như những đứa trẻ khác, con quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ EI. Các dịch vụ EI bao gồm, ví dụ:

- Liệu pháp âm ngữ.

- Vật lý trị liệu.
- Hoạt động Trị liệu.
- Điều phối dịch vụ.
- Các dịch vụ phát triển để hỗ trợ việc học tập và phát triển của trẻ.

Các dịch vụ EI không yêu cầu ủy quyền dịch vụ từ Aetna Better Health. Quý vị không phải trả phí cho các dịch vụ EI. Liên hệ với Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health để biết danh sách các nhà cung cấp EI, bác sĩ chuyên khoa và người quản lý hồ sơ. Người quản lý chăm sóc của quý vị có thể kết nối quý vị với chương trình Kết nối Trẻ sơ sinh và Trẻ nhỏ tại địa phương để giúp quý vị tiếp cận các dịch vụ này. Quý vị cũng có thể gọi trực tiếp cho chương trình Kết nối Trẻ sơ sinh và Trẻ nhỏ theo số **1-800-234-1448. (TTY: 711)** hoặc truy cập **itcva.online**.

Các dịch vụ sức khỏe học đường

Bộ bao trả chi phí cho một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các dịch vụ liên quan đến sức khỏe được cung cấp cho trẻ em ghi danh tham gia Cardinal Care tại trường của các em. Các dịch vụ y tế học đường có thể bao gồm một số dịch vụ trị liệu y tế, sức khỏe hành vi, thính giác, chăm sóc cá nhân hoặc phục hồi chức năng, chẳng hạn như trị liệu nghề nghiệp, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu vật lý, tùy theo quyết định của nhà trường. Trường học của con quý vị sẽ sắp xếp các dịch vụ này và con quý vị có thể nhận chúng miễn phí. Trẻ em cũng có thể nhận được các dịch vụ EPSDT được bảo hiểm khi chúng ở trường (xem *Phần 5, Quyền lợi của quý vị*). Liên hệ với quản lý trường học của con quý vị nếu quý vị có thắc mắc về các dịch vụ y tế học đường.

Quyền lợi về kế hoạch hóa gia đình và người mang thai/sau sinh

Quý vị có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí để giúp quý vị có một thai kỳ khỏe mạnh và một em bé khỏe mạnh. Điều này bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong tối đa 12 tháng sau khi quý vị sinh con. (Những người ghi danh tham gia chương trình FAMIS Tiền sản sẽ được hưởng chế độ bảo hiểm sau sinh trong 60 ngày.)

Aetna Better Health và Bộ bao trả cho các dịch vụ sau:

- Dịch vụ chuyển dạ và sinh nở
- Dịch vụ Hộ sinh
- Kế hoạch hóa gia đình (các dịch vụ, dụng cụ, thuốc – bao gồm cả biện pháp tránh thai tác dụng lâu dài và có thể khôi phục khả năng sinh sản sau khi ngừng sử dụng – và vật tư để làm chậm hoặc ngừa thai)
- Tư vấn cho con bú và máy hút sữa
- Dịch vụ y tá hộ sinh/nhà cung cấp dịch vụ
- Các dịch vụ liên quan đến mang thai

- Các dịch vụ và chương trình trước khi sinh/trẻ sơ sinh (xem bên dưới)
- Dịch vụ sau sinh (bao gồm sàng lọc trầm cảm sau sinh)
- Các dịch vụ điều trị bất kỳ tình trạng y tế nào có thể làm biến chứng thai kỳ
- Dịch vụ giúp bỏ hút thuốc
- Dịch vụ Điều trị Lạm dụng Dược chất
- Dịch vụ phá thai (chỉ khi bác sĩ xác nhận bằng văn bản rằng có một mối nguy hiểm đáng kể đối với tính mạng của người mẹ)

Chương trình các Vấn đề về Thai sản

Tất cả các hội viên Mang thai sẽ nhận được Let's Go Baby Book qua đường bưu điện.

Tất cả các hội viên đang mang thai đều được tiếp cận, được chỉ định vào một cấp độ quản lý chăm sóc và tối thiểu phải liên lạc với mỗi tam cá nguyệt. Các can thiệp của chương trình được chứng minh dựa trên American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), MCG và March of Dimes. Phản hồi của hội viên đối với bảng câu hỏi và đánh giá tạo ra các biện pháp can thiệp. Các khía cạnh độc đáo của chương trình bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Thúc đẩy aspirin liều thấp để ngăn ngừa tiền sản giật ở những hội viên có nguy cơ cao.
- Sử dụng các yêu cầu của nhà thuốc đối với vitamin trước khi sinh để xác định các hội viên tham gia quản lý chăm sóc và sàng lọc tiền sản giật.
- Cung cấp các xét nghiệm thử thai không cần kê đơn miễn phí và sử dụng dữ liệu đó để xác định các hội viên có thể hoặc cho rằng họ có thể mang thai.
- Bảo hiểm và khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai có thể tác dụng lâu dài và có thể khôi phục khả năng sinh sản sau khi ngừng sử dụng.
- Bảo hiểm và các ưu đãi dành cho hội viên và nhà cung cấp cho hai lần khám răng trong thời kỳ mang thai.
- Tiếp tục quản lý dịch vụ chăm sóc sau sinh cho các hội viên trong sáu tháng sau khi sinh và trong một năm cho các hội viên mắc chứng rối loạn do sử dụng bị opioid hoặc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.
- Sàng lọc bệnh trầm cảm bằng thang đánh giá Edinburgh bởi nhân viên quản lý chăm sóc của chương trình bảo hiểm y tế khi xuất viện sau sinh, sau sáu tuần, sáu tháng, 12 tháng và/hoặc 18 tháng sau đó chuyển đến cơ sở điều trị nếu kết quả sàng lọc dương tính.
- Chiến dịch nhắn tin Hành động hiệu quả nhất tiếp theo để bảo vệ quyền lợi thai sản.
- Khuyến khích hội viên (My Maternity Matters™) giữ đúng lịch hẹn khám thai và sau khi sinh.
- Quyền lợi chăm sóc trẻ em/chăm sóc tạm thế dành cho các hội viên có nguy cơ cao.
- Tận dụng nhân viên y tế cộng đồng (CHW) để tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ và chăm sóc.

Hãy nhớ rằng, quý vị không cần giấy cho phép dịch vụ hoặc giấy giới thiệu cho các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Quý vị có thể nhận các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình từ bất kỳ nhà cung cấp nào, ngay cả khi họ không phải trong mạng lưới của Aetna Better Health. Để nhận thông tin về các yêu cầu cho phép dịch vụ đối với các quyền lợi thai sản, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** hoặc quý vị có thể gọi cho Người quản lý chăm sóc của mình từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng – 5 giờ chiều theo giờ EST.

Bảo hiểm Sơ sinh

Nếu quý vị sinh con, hãy báo cáo việc sinh con với Sở càng sớm càng tốt để con quý vị có thể được bảo hiểm y tế. Báo cáo việc này bằng cách gọi đến [Cover Virginia](#) theo số **1-833-5CALLVA** hoặc bằng cách liên lạc với [DSS của địa phương](#).

Quyền lợi bổ sung cho hội viên của Aetna Better Health

Aetna Better Health cung cấp một số quyền lợi bổ sung cho các hội viên. Điều này gồm có:

- Một lần khám mắt mỗi năm, cùng với \$125 cho kính mắt, bao gồm kính đeo mắt và kính áp tròng thông qua Chương trình Dịch vụ Thị lực
- Một lần kiểm tra thính lực, \$1,500 cho máy trợ thính, cộng thêm 60 pin mỗi năm, cùng với số lần thăm khám không giới hạn để lắp máy trợ thính
- Chuyển đi miễn phí đến các cơ sở hỗ trợ hoặc dịch vụ địa phương — tối đa 15 chuyến khứ hồi hoặc 30 chuyến một chiều mỗi năm
- Bữa ăn giao tận nhà sau khi xuất viện trong bảy ngày
- Quản lý bệnh tiểu đường, nhắc nhở lịch hẹn và dùng thuốc, cũng như thiết lập và theo dõi mục tiêu tập thể dục/cân nặng thông qua MyActiveHealth
- Các hội viên đủ điều kiện có thể truy cập CampusEd, một nguồn tài nguyên trực tuyến có thể giúp các hội viên lấy chứng chỉ tương đương với bằng tốt nghiệp trung học phổ thông tại Mỹ (GED) và bắt đầu một sự nghiệp mới. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán lệ phí thi GED của quý vị (lên tới \$120)
- Các hội viên từ 18 tuổi trở lên có bằng tốt nghiệp trung học hoặc GED có thể nhận được \$500 để mua vật dụng và tài liệu cần thiết nhằm hỗ trợ các bước tiếp theo trong cuộc sống, như giáo dục đại học, quân sự hoặc trường dạy nghề (Dành cho học sinh tốt nghiệp năm 2024 trở đi)
- Hội viên hội đủ điều kiện là người từ 18 tuổi trở lên, được kê toa thuốc opioid, và có trẻ em trong nhà có thể nhận hộp khóa để giữ an toàn cho thuốc của họ.
- Hội viên từ 18 tuổi trở lên có thể nhận \$250 để tham gia các lớp Tiếng Anh như ngôn ngữ thứ hai (ESL).
- Hội viên từ 16 tuổi trở lên có thể nhận \$150 để xóa hình xăm liên quan đến băng đảng hay buôn người.

- Hội viên từ 18 tuổi trở lên là người thuê nhà có thể nhận \$300 cho các dịch vụ pháp lý và giáo dục để được hỗ trợ về nhà ở.
- \$20 mỗi tháng cho các hội viên có kinh nguyệt để chi tiêu cho các sản phẩm thiết yếu trong chu kỳ kinh nguyệt, như băng vệ sinh dạng miếng, băng vệ sinh dạng que, khăn lau, v.v.
- \$25 mỗi tháng cho các bà mẹ mới sinh tham gia chương trình Quản lý Chăm sóc để mua các sản phẩm thiết yếu cho cả mẹ và bé mỗi tháng.
- 300 tã sơ sinh cỡ 1 miễn phí được giao tận nhà dành cho các bà mẹ mới sinh
- Tham gia kiểm tra đánh giá sức khỏe hàng năm để xác định trẻ có đủ điều kiện chơi thể thao hoặc tham gia hoạt động một cách an toàn hay không dành cho các hội viên từ 7 đến 18 tuổi
- Bài học an toàn dưới nước và bơi lội dành cho các hội viên từ 6 tháng đến 6 tuổi
- Trở nên Năng động: Hội viên hội đủ điều kiện tuổi từ 5 đến 18 nhận thăm khám sức khỏe trẻ em có thể nhận tối đa \$200 để tham gia các chương trình và hoạt động lành mạnh cho sức khỏe (vd: các chương trình sau giờ học, chương trình thể thao và thăm sở thú hoặc công viên tiểu bang).
- Thẻ ghi nợ có thể nạp lại có số tiền là \$50 dành cho các hội viên đủ điều kiện để mua thực phẩm lành mạnh tại các nhà bán lẻ cụ thể hoặc trực tuyến để giao hàng tận nhà
- Hỗ trợ hành trình nuôi con bằng sữa mẹ với đường dây y tá 24/7 thông qua Pacify
- Các hội viên bị hen suyễn có thể nhận được một bộ đồ giường chống dị ứng và số tiền lên tới \$400, tùy thuộc vào khu vực dịch vụ, để sử dụng cho một lần làm sạch sâu hàng năm.
- Hội viên hội đủ điều kiện với các hội viên mắc chứng lo âu hay trầm cảm hoặc cao niên trong các cơ sở điều dưỡng có thể nhận hộp quà được tuyển chọn với các nguồn lực trị liệu.
- Hội viên hội đủ điều kiện mắc các vấn đề chăm sóc trí nhớ hoặc thiếu năng trí tuệ có thể nhận một thú cưng đồng hành điện tử để hỗ trợ về mặt tình cảm và trấn an.

6. Thuốc theo toa của quý vị

Hiểu rõ bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị

Thuốc theo toa là thuốc mà nhà cung cấp của quý vị chỉ định (“kê toa”) cho quý vị. Thông thường, Aetna Better Health sẽ bao trả (“thanh toán”) thuốc của quý vị nếu PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác kê toa cho quý vị và thuốc theo toa của quý vị nằm trong Danh sách thuốc ưu tiên. Nếu quý vị mới tham gia Aetna Better Health, quý vị có thể tiếp tục nhận các loại thuốc quý vị đang dùng trong tối thiểu 30 ngày. Nếu toa thuốc quý vị cần không có trong Danh sách Thuốc Ưu tiên, quý vị vẫn có thể nhận được nếu cần thiết về mặt y tế.

Để biết những thuốc theo toa nào được Aetna Better Health và Sở bao trả, hãy xem Danh sách thuốc ưu tiên tại AetnaBetterHealth.com/Virginia. Danh sách thuốc ưu tiên là danh sách các loại thuốc được Aetna Better Health bao trả trong quyền lợi của quý vị. Danh sách thuốc ưu tiên có thể thay đổi trong năm, nhưng Aetna Better Health sẽ luôn cập nhật sự thay đổi này.

Quý vị có thể tìm thấy Danh sách thuốc được bao trả tại AetnaBetterHealth.com/Virginia. Danh sách Thuốc được bảo hiểm cho quý vị biết loại thuốc nào được Aetna Better Health bảo hiểm và cũng cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ loại thuốc nào hay không. Quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu xem thuốc của quý vị có nằm trong Danh sách Thuốc được Bảo hiểm hay không hoặc yêu cầu một bản sao của Danh sách Thuốc được Bảo hiểm. Để có được Danh sách thuốc được bao trả cập nhật nhất, hãy truy cập **AetnaBetterHealth.com/Virginia** hoặc gọi số **1-800-279-1878 (TTY: 711)**.

Nếu Danh sách Thuốc Ưu tiên thay đổi trong năm và sự thay đổi đó ảnh hưởng đến loại thuốc quý vị đang dùng, Aetna Better Health sẽ thông báo cho quý vị và bác sĩ của quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thay đổi có hiệu lực. Điều này sẽ cho thời gian để xác định xem một loại thuốc được bao trả khác có được chấp nhận hay không hoặc liệu có nên nộp ủy quyền dịch vụ hay không.

Theo luật, có một số loại thuốc không được bao trả. Các loại thuốc không được bao trả bao gồm thuốc thử nghiệm, thuốc tăng cân (thuốc giảm cân được bao trả cho các hội viên đáp ứng các tiêu chuẩn y tế), thuốc dùng để tăng khả năng sinh sản hoặc điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương, và thuốc dùng cho mục đích thẩm mỹ. Liên hệ với Dịch vụ Hội viên nếu quý vị có thắc mắc về bảo hiểm thuốc theo toa của mình.

Thuốc theo toa cho các hội viên FAMIS

Thuốc gốc theo toa điều trị ngoại trú được bao trả cho các hội viên FAMIS. Nếu quý vị chọn một loại thuốc chính hiệu, quý vị chịu trách nhiệm thanh toán 100% khoản chênh lệch giữa khoản phí cho phép của thuốc gốc và thuốc chính hiệu.

Thuốc yêu cầu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị thực hiện các bước bổ sung

Một số loại thuốc được áp dụng các quy định hoặc hạn chế giới hạn cách thức và thời điểm quý vị có thể mua. Ví dụ: một loại thuốc có thể có giới hạn về số lượng, nghĩa là quý vị chỉ có thể nhận được một lượng thuốc nhất định mỗi khi mua thuốc theo toa. Đối với các loại thuốc có quy định đặc biệt, quý vị có thể cần giấy cho phép dịch vụ từ Aetna Better Health trước khi quý vị có thể mua thuốc theo toa (xem *Phần 7, Xin phê duyệt cho các dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị*). Nếu quý vị không được chấp thuận, Aetna Better Health có thể không bao trả cho loại thuốc đó. Để tìm hiểu xem loại thuốc quý vị cần có quy định đặc biệt hay không, hãy kiểm tra Danh sách Thuốc Ưu tiên. Nếu Aetna Better Health từ chối hoặc giới hạn bảo hiểm của quý vị đối với một loại thuốc và quý vị không đồng ý với quyết định đó, thì quý vị có quyền kháng cáo (xem *Phần 8, Kháng cáo và khiếu nại*).

Trong một số trường hợp, Aetna Better Health có thể yêu cầu “liệu pháp từng bước”. Đây là khi quý vị dùng thử một loại thuốc (thường là loại rẻ tiền hơn) trước khi Aetna Better Health đài thọ một loại thuốc khác (thường là loại đắt tiền hơn) cho tình trạng bệnh lý của quý vị. Nếu loại thuốc đầu tiên không hiệu quả, quý vị có thể thử loại thuốc thứ hai.

Lượng thuốc dùng trong trường hợp cấp cứu

Nếu quý vị cần một loại thuốc và quý vị không thể nhận được giấy cho phép dịch vụ đủ nhanh (chẳng hạn như vào cuối tuần hoặc ngày lễ), quý vị có thể nhận được lượng thuốc trong thời gian ngắn bằng cách xin phê duyệt của Aetna Better Health. Quý vị có thể xin phê duyệt của Aetna Better Health nếu được sĩ cho rằng sức khỏe của quý vị sẽ gặp nguy hiểm nếu không dùng thuốc. Trong trường hợp này, Aetna Better Health có thể cho phép lượng thuốc dùng trong 72 giờ. Điều cần thiết là dược sĩ sẽ cấp lượng thuốc dùng trong 72 giờ hoặc gọi cho bộ phận trợ giúp nhà thuốc CVS Caremark nếu cần.

Lượng thuốc đủ dùng trong dài hạn

Quý vị có thể nhận được nguồn cung cấp dài hạn một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc của Aetna Better Health. Những loại thuốc này được sử dụng thường xuyên để điều trị bệnh mạn tính hoặc lâu dài. Quý vị có thể tìm thấy danh sách thuốc đủ dùng trong 90 ngày tại **AetnaBetterHealth.com/Virginia** và phải đáp ứng các yêu cầu cụ thể trước khi nhận được lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày. Để hội đủ điều kiện, quý vị phải nhận được hai lần mua lượng thuốc đủ dùng từ 30 đến 34 ngày trong 120 ngày qua. Một số nhà thuốc trong mạng

lưới cho phép quý vị nhận nguồn cung cấp thuốc dài hạn cho một số thuốc. Quý vị cũng có thể sử dụng các dịch vụ đặt hàng qua thư tín để có được nguồn cung cấp dài hạn cho một số thuốc. Xem phần Mua thuốc được gửi qua đường bưu điện đến nhà quý vị hoặc gọi cho Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

Mua thuốc từ nhà thuốc trong mạng lưới

Sau khi nhà cung cấp của quý vị chỉ định thuốc theo toa cho quý vị, quý vị sẽ cần mua thuốc theo toa của mình tại một nhà thuốc trong mạng lưới (ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu). Nhà thuốc trong mạng lưới là cửa hàng thuốc đồng ý cung cấp thuốc cho các hội viên của Aetna Better Health. Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, hãy sử dụng Danh mục nhà cung cấp của quý vị có tại **AetnaBetterHealth.com/Virginia**. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của Aetna Better Health.

Nếu cần thay đổi nhà thuốc, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc chuyển đơn thuốc của quý vị sang nhà thuốc khác trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới của Aetna Better Health, quý vị có thể tìm một nhà thuốc mới trong Danh mục nhà cung cấp hoặc bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)**.

Khi quý vị đến nhà thuốc trong mạng lưới để giao toa thuốc hoặc lấy thuốc, hãy xuất trình Thẻ ID hội viên Aetna Better Health của quý vị. Nếu quý vị có Medicare, hãy xuất trình cả Thẻ Medicare và Thẻ ID hội viên Aetna Better Health của quý vị. Hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên hoặc người quản lý chăm sóc của quý vị nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp mua thuốc theo toa hoặc tìm nhà thuốc trong mạng lưới.

Nhận Thuốc Gửi đến Nhà Quý vị

Đôi khi quý vị có thể cần một loại thuốc không có sẵn ở nhà thuốc gần quý vị, chẳng hạn như một loại thuốc dùng để điều trị một tình trạng phức tạp hoặc một loại thuốc cần xử lý và bảo quản đặc biệt. Nếu điều này xảy ra, một nhà thuốc chuyên khoa sẽ vận chuyển những loại thuốc này đến nhà quý vị hoặc văn phòng nhà cung cấp của quý vị. Sử dụng công cụ tìm kiếm nhà thuốc tại **AetnaBetterHealth.com/Virginia** để tìm một nhà thuốc đáp ứng nhu cầu của quý vị. CVS Caremark cũng có thể là một lựa chọn dành cho quý vị.

Để nhận các mẫu đơn đặt mua và thông tin về việc mua thuốc theo toa của quý vị qua đường bưu điện, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Hoặc quý vị có thể gọi cho Người quản lý chăm sóc của mình từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng – 5 giờ chiều theo giờ EST. Quý vị có thể yêu cầu mẫu đơn đặt mua thuốc qua đường bưu điện hoặc quý vị có thể đăng ký trực tuyến với CVS Caremark tại **www.caremark.com**.

Chương trình an toàn và quản lý việc sử dụng dịch vụ cho bệnh nhân

Một số hội viên cần hỗ trợ thêm trong việc quản lý thuốc của họ có thể được ghi danh vào Chương trình An toàn và Quản lý Sử dụng cho Bệnh nhân. Chương trình giúp điều phối các loại thuốc và dịch vụ của quý vị để chúng phối hợp với nhau theo cách không gây hại cho sức khỏe của quý vị. Các hội viên trong Chương trình An toàn và Quản lý Sử dụng cho Bệnh nhân có thể bị hạn chế (hoặc bị khóa) chỉ sử dụng một nhà thuốc để lấy thuốc của họ.

Aetna Better Health sẽ gửi cho quý vị một lá thư có thêm thông tin nếu quý vị đang tham gia Chương trình An toàn và Quản lý Sử dụng cho Bệnh nhân. Nếu quý vị được đưa vào chương trình nhưng không nghĩ rằng quý vị nên tham gia, quý vị có thể kháng cáo trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận được thư (xem *Phần 8, Kháng cáo và Khiếu nại*).

7. Xin phê duyệt cho các dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị

Ý kiến thứ hai

Nếu quý vị không đồng ý với ý kiến của nhà cung cấp về các dịch vụ mà quý vị cần, quý vị có quyền có ý kiến thứ hai. Quý vị có thể nhận ý kiến thứ hai miễn phí từ nhà cung cấp trong mạng lưới mà không cần giới thiệu. Khi không thể tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc khi họ không thể đáp ứng nhu cầu của quý vị, Aetna Better Health có thể giới thiệu quý vị đến một nhà cung cấp ngoài mạng lưới để lấy ý kiến thứ hai miễn phí.

Ủy quyền Dịch vụ

Có một số dịch vụ, phương pháp điều trị và thuốc cần có giấy cho phép dịch vụ trước khi quý vị nhận hoặc tiếp tục nhận. Giấy ủy quyền dịch vụ giúp xác định xem một số dịch vụ nhất định có cần thiết về mặt y tế hay không và liệu Aetna Better Health có thể bao trả các dịch vụ đó cho quý vị hay không. Sau khi đánh giá nhu cầu của quý vị và đưa ra đề xuất chăm sóc, nhà cung cấp của quý vị phải gửi yêu cầu ủy quyền dịch vụ cho Aetna Better Health cùng với thông tin giải thích lý do tại sao quý vị cần dịch vụ. Điều này giúp đảm bảo rằng họ có thể được thanh toán cho các dịch vụ mà họ cung cấp cho quý vị. Aetna Better Health có một nhóm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và chuyên gia y tế xem xét các loại thuốc, thủ thuật y tế, quy trình và thiết bị can thiệp và điều trị sức khỏe hành vi. Nhóm đề xuất những gì sẽ và sẽ không được bảo hiểm. Việc này được thực hiện bằng cách xem xét các hướng dẫn nghiên cứu và lâm sàng. Việc này cũng được thực hiện bằng cách quan sát những gì các bác sĩ khác đang làm.

Nếu quý vị mới tham gia Aetna Better Health, Aetna Better Health sẽ tôn trọng mọi ủy quyền dịch vụ do Bộ hoặc một chương trình sức khỏe khác đưa ra trong tối đa 30 ngày (hoặc cho đến khi ủy quyền kết thúc nếu điều đó sớm hơn) hoặc tối đa 60 ngày nếu quý vị đang mang thai hoặc có nhu cầu xã hội hoặc sức khỏe quan trọng.

Các quyết định dựa trên những gì phù hợp với từng hội viên và loại hình chăm sóc và dịch vụ cần thiết. Chúng tôi xem xét các tiêu chuẩn chăm sóc dựa trên:

- Chính sách y tế
- Hướng dẫn lâm sàng quốc gia
- Hướng dẫn Medicaid và quyền lợi sức khỏe

Aetna Better Health không thưởng cho nhân viên, chuyên gia tư vấn hoặc nhà cung cấp khác để:

- Từ chối chăm sóc hoặc dịch vụ mà quý vị cần
- Hỗ trợ các quyết định phê duyệt ít hơn những gì quý vị cần
- Nói rằng quý vị không có bảo hiểm

Quý vị có thể yêu cầu các kế hoạch khuyến khích của bác sĩ. Xem *Phần 5, Quyền lợi của quý vị* để biết các dịch vụ cụ thể yêu cầu giấy cho phép dịch vụ.

Ủy quyền dịch vụ không bao giờ được yêu cầu đối với các dịch vụ chăm sóc chính, chăm sóc cấp cứu, dịch vụ phòng ngừa, dịch vụ EI, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc trước khi sinh cơ bản hoặc các dịch vụ được Medicare bao trả.

Cách yêu cầu giấy cho phép dịch vụ

Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health hoặc Người quản lý chăm sóc của quý vị có thể trả lời các câu hỏi của quý vị và chia sẻ thêm về cách yêu cầu giấy cho phép dịch vụ. Nếu quý vị muốn yêu cầu một dịch vụ cụ thể yêu cầu ủy quyền dịch vụ, người quản lý chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị tìm nhà cung cấp phù hợp có thể giúp tìm hiểu xem quý vị có cần dịch vụ hay không.

Để được hỗ trợ yêu cầu giấy cho phép dịch vụ, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** hoặc quý vị có thể gọi cho Người quản lý chăm sóc của mình từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng – 5 giờ chiều theo giờ EST.

Khung thời gian để xem xét yêu cầu giấy cho phép dịch vụ

Sau khi nhận được yêu cầu ủy quyền dịch vụ của quý vị, Aetna Better Health sẽ đưa ra quyết định chấp thuận hay từ chối yêu cầu. Thông thường, Aetna Better Health sẽ gửi thông báo bằng văn bản ngay khi cần và trong vòng 14 ngày dương lịch (đối với các dịch vụ sức khỏe thể chất và hành vi). Nếu việc chờ đợi lâu như vậy có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị, Aetna Better Health sẽ quyết định nhanh chóng hơn. Thay vào đó, Aetna Better Health sẽ đưa ra thông báo bằng văn bản trong vòng ba ngày dương lịch. Yêu cầu cho phép sau khi dịch vụ được cung cấp được xem xét trong 30 ngày dương lịch. Sau khi nhận được giấy cho phép dịch vụ của quý vị, nếu không nhận đủ thông tin từ nhà cung cấp yêu cầu để đưa ra quyết định về tính cần thiết về mặt y tế, Aetna Better Health có thể yêu cầu thêm thông tin để đưa ra quyết định với khả năng gia hạn thêm 14 ngày dương lịch.

Aetna Better Health sẽ đưa ra bất kỳ quyết định nào về các dịch vụ nhà thuốc trong vòng 24 giờ. Vào cuối tuần hoặc ngày lễ, Aetna Better Health có thể cho phép cung cấp khẩn cấp các loại thuốc theo toa của quý vị trong 72 giờ. Điều này giúp nhà cung cấp của quý vị có thời gian để gửi yêu cầu ủy quyền dịch vụ và để quý vị có khả năng nhận được nguồn cung cấp bổ sung thuốc theo toa của mình sau khi nguồn cung cấp khẩn cấp trong 72 giờ được thực hiện xong.

Aetna Better Health sẽ liên hệ với nhà cung cấp của quý vị nếu Aetna Better Health cần thêm thông tin hoặc thời gian để đưa ra quyết định về việc ủy quyền dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ được thông báo về việc liên lạc với nhà cung cấp yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với việc Aetna Better Health dành thêm thời gian để xem xét yêu cầu của quý vị hoặc nếu quý vị không thích cách Aetna Better Health xử lý yêu cầu của quý vị, hãy xem *Phần 8, Kháng cáo và khiếu nại*, về cách nộp đơn khiếu nại. Quý vị có thể nói chuyện với người quản lý chăm sóc về những quan ngại của mình hoặc quý vị có thể gọi cho Đường dây trợ giúp ghi danh chăm sóc có quản lý của Cardinal Care theo số **1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608)**. Nếu quý vị có thêm thông tin để chia sẻ với Aetna Better Health nhằm giúp quyết định trường hợp của mình, thì quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu Aetna Better Health dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nhằm đưa vào thông tin bổ sung.

Quyết định bất lợi về quyền lợi

Nếu Aetna Better Health từ chối yêu cầu cho phép dịch vụ, đây được gọi là “quyết định bất lợi về quyền lợi”. Quyết định bất lợi về quyền lợi cũng có thể xảy ra khi Aetna Better Health chỉ chấp thuận một phần yêu cầu chăm sóc hoặc số tiền dịch vụ ít hơn những gì nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu. Ví dụ về quyết định bất lợi về quyền lợi bao gồm khi Aetna Better Health:

- Từ chối hoặc giới hạn yêu cầu chăm sóc sức khỏe hoặc các dịch vụ mà nhà cung cấp của quý vị hoặc quý vị cho rằng mình có thể nhận được, bao gồm các dịch vụ bên ngoài mạng lưới của nhà cung cấp của quý vị.
- Giảm bớt, tạm dừng hoặc ngừng chăm sóc sức khỏe hoặc các dịch vụ mà quý vị đã nhận được.
- Không cung cấp dịch vụ kịp thời.
- Không hành động kịp thời để giải quyết các khiếu nại và kháng cáo.
- Từ chối yêu cầu xem xét lại trách nhiệm tài chính của quý vị.
- Không thanh toán cho tất cả hoặc một phần dịch vụ hoặc chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Nếu Aetna Better Health đưa ra quyết định bất lợi về quyền lợi, Aetna Better Health thường sẽ thông báo cho nhà cung cấp của quý vị và quý vị bằng văn bản ít nhất 10 ngày trước khi thực hiện các thay đổi đối với dịch vụ của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị không nhận được phản hồi

từ Aetna Better Health, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên của Aetna Better Health hoặc nhà cung cấp sẽ cung cấp dịch vụ cho quý vị để theo dõi. Khi Aetna Better Health thông báo cho quý vị quyết định bằng văn bản, Aetna Better Health sẽ cho quý vị biết quyết định đó là gì, tại sao lại đưa ra quyết định đó và cách kháng cáo nếu quý vị không đồng ý. Quý vị nên chia sẻ một bản sao của quyết định với nhà cung cấp của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Xem *Phần 8, Kháng cáo và Khiếu nại*, để biết thêm thông tin về quy trình kháng cáo.

8. Kháng cáo và Khiếu nại

Kháng cáo

Khi nào nộp đơn kháng cáo với Aetna Better Health

Quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định bất lợi về quyền lợi (xem *Phần 7, Xin phê duyệt cho các dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị*) mà Aetna Better Health đưa ra về bảo hiểm sức khỏe hoặc các dịch vụ được bao trả của quý vị. Quý vị phải kháng cáo trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Aetna Better Health về yêu cầu cho phép dịch vụ của quý vị. Quý vị có thể cho phép người đại diện được ủy quyền (nhà cung cấp dịch vụ, thành viên gia đình, v.v.) hoặc luật sư hành động thay mặt quý vị. Nếu quý vị chọn để ai đó thay mặt mình nộp đơn kháng cáo, quý vị phải gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** để cho Aetna Better Health biết. Xem *Phần 7, Xin phê duyệt cho các dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị*, để biết thêm thông tin về cho phép dịch vụ và quyết định bất lợi về quyền lợi.

Nếu quý vị cần hỗ trợ về kháng cáo, quý vị có thể nói chuyện với người quản lý chăm sóc của mình. Trong quá trình xử lý kháng cáo, Aetna Better Health sẽ hỗ trợ quý vị một cách hợp lý trong việc hoàn thành biểu mẫu và thực hiện các bước thủ tục khác liên quan đến kháng cáo. Bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ và công cụ hỗ trợ theo yêu cầu, chẳng hạn như cung cấp dịch vụ thông dịch và số điện thoại miễn phí có đủ khả năng hỗ trợ TTY/TTD và thông dịch.

Quý vị sẽ không mất bảo hiểm nếu quý vị nộp đơn kháng cáo. Trong một số trường hợp, quý vị có thể tiếp tục nhận các dịch vụ đã bị từ chối trong khi chờ quyết định về kháng cáo của mình. Liên hệ với Dịch vụ Hội viên nếu kháng cáo của quý vị liên quan đến một dịch vụ mà quý vị nhận được dự kiến sẽ kết thúc hoặc bị cắt giảm. Nếu quý vị không thắng trong kháng cáo của mình, quý vị có thể phải trả tiền cho các dịch vụ mà quý vị đã nhận được trong khi kháng cáo đang được xem xét.

Cách nộp đơn kháng cáo với Aetna Better Health

Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo qua điện thoại hoặc bằng văn bản. Quý vị có thể gửi yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn (thông thường) hoặc cấp tốc (nhanh). Quý vị có thể quyết định gửi kháng cáo cấp tốc nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị tin rằng tình trạng sức khỏe của quý vị hoặc nhu cầu đối với các dịch vụ cần được xem xét khẩn cấp.

Yêu cầu qua điện thoại	1-800-279-1878 TTY: 711
-------------------------------	-----------------------------------

Yêu cầu bằng Văn bản	Thư tín: PO Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 Fax: 866-669-2459
-----------------------------	--

Khung thời gian để kháng cáo với Aetna Better Health

Khi quý vị nộp đơn kháng cáo, hãy nhớ cho Aetna Better Health biết bất kỳ thông tin mới hoặc thông tin bổ sung nào mà quý vị muốn sử dụng để đưa ra quyết định về kháng cáo. Quý vị có thể nộp đơn bằng miệng hoặc bằng văn bản trong vòng 60 ngày dương lịch kể từ ngày gửi thư Thông báo hành động (NOA). Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên nếu quý vị cần giúp đỡ. Trong vòng ba ngày làm việc, Aetna Better Health sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết rằng Aetna Better Health đã nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu Aetna Better Health cần thêm thông tin để giúp đưa ra quyết định kháng cáo, Aetna Better Health sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản trong vòng hai ngày dương lịch kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị để cho quý vị biết thông tin nào là cần thiết. Đối với các kháng cáo cấp tốc (có nghĩa là các kháng cáo cần diễn ra nhanh hơn thời gian bình thường), Aetna Better Health cũng sẽ gọi cho quý vị ngay lập tức. Nếu Aetna Better Health cần thêm thông tin, quyết định về kháng cáo tiêu chuẩn hoặc cấp tốc của quý vị có thể bị trì hoãn tối đa 14 ngày so với các khung thời gian tương ứng.

Nếu Aetna Better Health có tất cả thông tin cần thiết từ quý vị:

- Trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo *cấp tốc* của quý vị, Aetna Better Health sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản và cố gắng gửi thông báo bằng lời nói để cho quý vị biết quyết định.
- Trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo *tiêu chuẩn* của quý vị, Aetna Better Health sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản để cho quý vị biết quyết định.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định kháng cáo của Aetna Better Health

Aetna Better Health có một cấp độ kháng cáo để quý vị yêu cầu. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo lên Sở thông qua quy trình được gọi là Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang sau khi nộp đơn kháng cáo với Aetna Better Health nếu:

- Quý vị không đồng ý với quyết định kháng cáo cuối cùng mà quý vị nhận được từ Aetna Better Health.

HOẶC

- Aetna Better Health không trả lời kháng cáo của quý vị một cách kịp thời.

Giống như quy trình kháng cáo của Aetna Better Health, quý vị có thể tiếp tục nhận các dịch vụ đã bị từ chối trong khi chờ đợi quyết định về kháng cáo lên Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang của mình (nhưng cuối cùng có thể phải thanh toán cho các dịch vụ này nếu kháng cáo lên Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang của quý vị bị từ chối).

Cách gửi đơn kháng cáo lên phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang

Quý vị (hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị) phải kháng cáo lên tiểu bang trong vòng 120 ngày dương lịch kể từ khi Aetna Better Health đưa ra quyết định kháng cáo cuối cùng. Quý vị có thể kháng cáo qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương tiện điện tử. Nếu quý vị kháng cáo bằng văn bản, quý vị có thể tự viết thư hoặc sử dụng [mẫu yêu cầu kháng cáo](#) của Sở. Đảm bảo gửi kèm một bản sao đầy đủ của thông báo cuối cùng bằng văn bản thể hiện quyết định kháng cáo của Aetna Better Health và bất kỳ tài liệu nào quý vị muốn Bộ xem xét. Nếu quý vị đã chọn một đại diện được ủy quyền, quý vị phải cung cấp tài liệu chứng minh rằng cá nhân đó có thể đại diện cho quý vị. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo trực tuyến tại trang web của Sở bằng cách sử dụng cổng thông tin Hệ thống quản lý thông tin kháng cáo (AIMS). Quý vị có thể tìm thấy thêm thông tin về việc nộp đơn kháng cáo thông qua AIMS trên trang web Kháng cáo của Sở tại dmas.virginia.gov/appeals/.

Nếu quý vị muốn Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang của mình sớm được tiến hành, quý vị phải nêu rõ “YÊU CẦU CẤP TỐC” trên yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang của quý vị. Quý vị cũng phải yêu cầu nhà cung cấp của mình gửi thư đến Sở giải thích lý do tại sao quý vị cần yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang cấp tốc.

Yêu cầu qua điện thoại	1-804-371-8488 TTY: 1-800-828-1120
Yêu cầu bằng Văn bản	Thư tín: Appeals Division, DMAS, 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219 Fax: 804-452-5454
Yêu cầu Điện tử	Trang web: dmas.virginia.gov/appeals Email: appeals@dmas.virginia.gov Hệ thống quản lý thông tin kháng cáo (AIMS) của DMAS Trang web để đăng ký AIMS: appeals-registration.dmas.virginia.gov/client Cổng thông tin AIMS để gửi đơn kháng cáo: login.vamedicaid.dmas.virginia.gov

Khung thời gian tổ chức phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang

Sau khi quý vị nộp đơn kháng cáo lên Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang, Sở sẽ cho quý vị biết ngày, giờ và địa điểm của phiên điều trần đã lên lịch. Hầu hết các buổi điều trần có thể được thực hiện qua điện thoại. Quý vị cũng có thể yêu cầu một phiên điều trần trực tiếp.

Nếu quý vị đủ điều kiện để kháng cáo lên Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang *cấp tốc*, phiên điều trần thường sẽ diễn ra trong vòng một đến hai ngày kể từ khi Sở nhận được thư yêu cầu cấp tốc từ nhà cung cấp của quý vị. Sở sẽ đưa ra quyết định kháng cáo bằng văn bản trong vòng 72 giờ sau khi nhận được thư yêu cầu cấp tốc từ nhà cung cấp của quý vị.

Đối với các kháng cáo lên Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang *tiêu chuẩn*, Sở thường sẽ đưa ra quyết định kháng cáo bằng văn bản trong vòng 90 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn kháng cáo với Aetna Better Health. Khung thời gian 90 ngày không bao gồm số ngày giữa quyết định của Aetna Better Health về kháng cáo của quý vị và ngày quý vị gửi yêu cầu Điều trần Công bằng cấp Tiểu bang tới Bộ. Quý vị sẽ có cơ hội tham gia một phiên điều trần và trình bày quan điểm của mình.

Kết quả phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang

Nếu Điều trần Công bằng cấp Tiểu bang đảo ngược quyết định kháng cáo của Aetna Better Health, thì Aetna Better Health phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ nhanh chóng theo yêu cầu của tình trạng của quý vị và không muộn hơn 72 giờ kể từ ngày Bộ gửi thông báo cho Aetna Better Health. Nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ trong khi chờ đợi quyết định về kháng cáo lên Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang, Aetna Better Health phải thanh toán cho các dịch vụ đó. Nếu quý vị không thắng trong kháng cáo của mình, quý vị có thể phải trả tiền cho các dịch vụ mà quý vị đã nhận được trong khi kháng cáo đang được xem xét. Quyết định từ Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang là quyết định cuối cùng của Sở. Nếu quý vị không đồng ý, quý vị có thể kháng cáo lên tòa án lưu động địa phương của quý vị.

Cách hội viên FAMIS yêu cầu Đánh giá Bên ngoài

Các hội viên FAMIS có thể yêu cầu đánh giá bên ngoài thay vì, hoặc ngoài Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang. Quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị phải gửi văn bản yêu cầu đánh giá bên ngoài trong vòng 30 ngày dương lịch kể từ khi nhận được quyết định kháng cáo cuối cùng của Aetna Better Health. Vui lòng gửi yêu cầu đánh giá bên ngoài qua thư tới:

FAMIS External Review

c/o Kepro

2810 N. Parham Road Suite 305

Henrico, VA 23294

Hoặc gửi trực tuyến tại www.DMAS.KEPRO.COM

Vui lòng bao gồm: tên của quý vị, tên của con quý vị (hoặc tên của quý vị, nếu quý vị nhận được các dịch vụ đó) và số ID Medicaid, số điện thoại của quý vị với mã vùng và bản sao của bất kỳ thông báo hoặc thông tin liên quan nào.

Khiếu nại

Khi nào nên nộp đơn khiếu nại

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại ("than phiền") bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ không bị mất bảo hiểm khi nộp đơn khiếu nại.

Quý vị có thể khiếu nại về bất cứ điều gì ngoại trừ quyết định về bảo hiểm sức khỏe hoặc các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị. (Đối với những loại vấn đề đó, quý vị sẽ cần gửi đơn kháng cáo – xem ở trên). Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới Aetna Better Health hoặc một tổ chức bên ngoài nếu quý vị không hài lòng. Quý vị có thể khiếu nại về:

- Tính dễ tiếp cận: Ví dụ: nếu quý vị không thể tiếp cận văn phòng/cơ sở vật chất của nhà cung cấp hoặc quý vị cần hỗ trợ ngôn ngữ nhưng không nhận được.
- Chất lượng: Ví dụ, nếu quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được trong bệnh viện.
- Dịch vụ Khách hàng: Ví dụ: nếu nhà cung cấp hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe của quý vị thô lỗ với quý vị.
- Thời gian chờ: Ví dụ, nếu quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc phải đợi lâu để gặp nhà cung cấp dịch vụ của mình.
- Thời gian chờ quyết định: Ví dụ, nếu quý vị không hài lòng về thời gian gia hạn đưa ra quyết định cho phép được Aetna Better Health đề xuất.
- Quyền riêng tư: Ví dụ: nếu ai đó không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bí mật của quý vị.

Cách nộp đơn khiếu nại với Aetna Better Health

Để nộp đơn khiếu nại với Aetna Better Health, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)** hoặc nộp đơn khiếu nại bằng văn bản bằng cách gửi thư đến PO Box 81139, 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 hoặc fax đến số **866-669-2459**. Ngoại trừ luật sư, nhà cung cấp hoặc đại diện được ủy quyền có thể nộp đơn khiếu nại thay mặt quý vị với sự đồng ý bằng văn bản của quý vị. Hãy nhớ cung cấp thông tin chi tiết về nội dung khiếu nại để Aetna Better Health có thể trợ giúp.

Nếu quý vị cần hỗ trợ về khiếu nại, quý vị có thể nói chuyện với người quản lý chăm sóc của mình. Khi giải quyết khiếu nại, Aetna Better Health sẽ hỗ trợ quý vị một cách hợp lý trong việc

hoàn thành biểu mẫu và thực hiện các bước thủ tục khác liên quan đến khiếu nại. Bao gồm nhưng không giới hạn ở các dịch vụ và công cụ hỗ trợ theo yêu cầu, chẳng hạn như cung cấp dịch vụ thông dịch và số điện thoại miễn phí có đủ khả năng hỗ trợ TTY/TTD và thông dịch.

Aetna Better Health sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi trong vòng 90 ngày dương lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị. Nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến yêu cầu kháng cáo cấp tốc (xem ở trên), Aetna Better Health sẽ trả lời trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Cách Nộp Đơn Khiếu nại với một Tổ chức Bên ngoài

Để nộp đơn khiếu nại với một tổ chức bên ngoài không liên kết với Aetna Better Health, quý vị có thể:

- Gọi cho Đường dây Trợ giúp Ghi danh Chăm sóc có Quản lý của Cardinal Care theo số **1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608)**.
- Liên hệ với [Văn phòng Dân quyền](#) của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ:
 - Yêu cầu qua điện thoại: **1-800-368-1019 (TTY: 800-537-7697)**.
 - Yêu cầu bằng Văn bản: Office of Civil Rights – Region III, Department of Health and Human Services, 150 S Independence Mall West Suite 372, Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106; hoặc fax đến 215-861-4431.
- Liên hệ với [Thanh tra chăm sóc dài hạn](#) của Virginia (đối với các khiếu nại, mối lo ngại hoặc hỗ trợ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn trong cộng đồng):
 - Yêu cầu qua điện thoại: **1-800-552-5019 (TTY: 1-800-464-9950)**.
 - Yêu cầu bằng Văn bản: Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman, Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive Henrico, Virginia 23229.
- Liên hệ với [Văn phòng Cấp phép và Chứng nhận tại Sở Y tế Virginia](#) (đối với các khiếu nại liên quan đến cơ sở điều dưỡng, bệnh viện nội trú và ngoại trú, cơ sở phá thai, tổ chức chăm sóc tại nhà, chương trình chăm sóc cuối đời, cơ sở lọc máu, phòng thí nghiệm lâm sàng và chương trình bảo hiểm y tế):
 - Yêu cầu qua điện thoại: **1-800-955-1819 (TTY: 711)**.
 - Yêu cầu bằng văn bản: Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Maryland Drive, Suite 401, Richmond, Virginia 23233-1463; hoặc gửi email: mchip@vdh.virginia.gov.

9. Chi sẻ chi phí

Khoản đồng trả

Các khoản đồng trả là khi quý vị thanh toán một số tiền cố định cho một số dịch vụ được Aetna Better Health hoặc Bộ bao trả. Hầu hết các hội viên của Aetna Better Health sẽ không nợ các khoản đồng trả cho các dịch vụ được bao trả. Tuy nhiên, có một số trường hợp ngoại lệ (xem bên dưới). Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho một dịch vụ được bao trả, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên để được trợ giúp theo số **1-800-279-1878 (TTY: 711)**. Hãy nhớ rằng, nếu quý vị nhận các dịch vụ không được Aetna Better Health hoặc Bộ bao trả, quý vị phải tự thanh toán toàn bộ chi phí.

Nếu quý vị có Medicare, quý vị có thể có các khoản đồng trả cho thuốc theo toa được bảo hiểm theo Medicare Phần D.

Bệnh nhân trả

Nếu quý vị nhận được LTSS, quý vị có thể phải thanh toán một phần cho dịch vụ chăm sóc của mình. Đây được gọi là số tiền bệnh nhân trả. Nếu quý vị có Medicare, quý vị cũng có thể có trách nhiệm thanh toán của bệnh nhân cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. [DSS của địa phương](#) sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị chịu trách nhiệm thanh toán phần chi phí của bệnh nhân và có thể trả lời các câu hỏi về số tiền bệnh nhân cần thanh toán.

Phí bảo hiểm

Quý vị không cần phải trả phí bảo hiểm cho bảo hiểm của quý vị. Tuy nhiên, Bộ trả cho Aetna Better Health phí bảo hiểm hàng tháng cho bảo hiểm của quý vị. Nếu quý vị đã ghi danh tham gia Aetna Better Health nhưng thực tế không đủ điều kiện nhận bảo hiểm vì thông tin quý vị cung cấp cho Bộ hoặc cho Aetna Better Health là sai hoặc vì quý vị không báo cáo về thay đổi (chẳng hạn như thu nhập của quý vị tăng lên, điều này có thể ảnh hưởng đến việc liệu quý vị có hội đủ điều kiện hưởng Medicaid/FAMIS), quý vị có thể phải trả lại cho Bộ phí bảo hiểm hàng tháng. Quý vị sẽ phải thanh toán cho Bộ ngay cả khi quý vị không nhận được dịch vụ trong những tháng đó.

10. Quyền của quý vị

Quyền chung

Là hội viên Cardinal Care, quý vị có quyền:

- Quyền được nhận thông tin về tổ chức, các dịch vụ của tổ chức, các chuyên viên và nhà cung cấp, cũng như các quyền và trách nhiệm của hội viên
- Quyền được đối xử tôn trọng và công nhận phẩm giá cũng như quyền riêng tư của họ
- Quyền được tham gia cùng các chuyên viên trong việc đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho họ
- Quyền thảo luận thẳng thắn về các phương án điều trị thích hợp hoặc cần thiết về mặt y tế đối với bệnh trạng của họ, bất kể chi phí hoặc bảo hiểm quyền lợi
- Quyền thực hiện khiếu nại hoặc kháng cáo về tổ chức hoặc dịch vụ chăm sóc mà tổ chức cung cấp
- Quyền đưa ra khuyến nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên Aetna Better Health
- Quyền thực hiện các quyền của mình và việc thực hiện các quyền đó không ảnh hưởng bất lợi đến cách Aetna Better Health và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình hoặc Tiểu bang đối xử với hội viên
- Quyền được biết thông tin về các khoản đồng trả hoặc chi phí khác mà hội viên phải chịu trách nhiệm
- Quyền không bị hạn chế hoặc cô lập được sử dụng như một phương thức cưỡng chế, kỷ luật, tiện lợi hoặc trả đũa
- Quyền được điều trị không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, dân tộc, quốc tịch, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, khuynh hướng tình dục, thông tin di truyền hoặc nguồn thanh toán
- Quyền được nhận thông tin và đối xử có cân nhắc đến nền tảng văn hóa hoặc dân tộc của các hội viên; có tính đến những hạn chế về ngôn ngữ/hạn chế và nhu cầu đọc, cũng như hạn chế về thị giác hoặc thính giác của các hội viên.
- Quyền được nhận thông tin về các phương án điều trị sẵn có và phương án điều trị thay thế, được trình bày theo cách thức phù hợp với tình trạng và khả năng hiểu biết của hội viên.
- Quyền được cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho các hội viên có trình độ tiếng Anh hạn chế hoặc khiếm thính
- Quyền được nhận thông tin về các chỉ dẫn trước và quyền lập hoặc hủy bỏ các chỉ dẫn trước

- Quyền (của hội viên hoặc người đại diện được ủy quyền của hội viên) được tiếp cận hồ sơ hội viên theo luật hiện hành của liên bang và tiểu bang, bao gồm Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (HIPAA)
- Quyền của hội viên hoặc người đại diện được ủy quyền của hội viên về việc yêu cầu sửa đổi và/hoặc chỉnh sửa hồ sơ của hội viên theo quy định của pháp luật
- Quyền lựa chọn PCP từ mạng lưới của Aetna Better Health
- Quyền được nhận ý kiến thứ hai từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tham gia có trình độ phù hợp mà không mất phí đối với hội viên. Nếu không có chuyên viên của Aetna Better Health, Aetna Better Health sẽ sắp xếp để lấy ý kiến thứ hai ngoài mạng lưới mà không tính thêm chi phí cho hội viên so với khi nhận dịch vụ trong mạng lưới.
- Quyền được chăm sóc cấp cứu mà không cần sự chấp thuận trước từ Aetna Better Health hoặc PCP của hội viên bất kể cơ sở chăm sóc cấp cứu có nằm trong mạng lưới Aetna Better Health hay không
- Không bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, dân tộc hoặc nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, giới tính, khuynh hướng tình dục, biểu hiện và bản dạng giới, tôn giáo, quan điểm chính trị, tình trạng hôn nhân, mang thai hoặc sinh con, tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật.
- Được đối xử tôn trọng và quan tâm đến quyền riêng tư và nhân phẩm của quý vị.
- Nhận thông tin (kể cả thông qua sổ tay này) về chương trình sức khỏe, nhà cung cấp, bảo hiểm và quyền lợi của quý vị.
- Nhận thông tin theo cách quý vị có thể dễ dàng hiểu được. Hãy nhớ rằng: thông dịch, biên dịch và hỗ trợ phụ trợ được cung cấp miễn phí.
- Tiếp cận các dịch vụ và chăm sóc sức khỏe một cách kịp thời, có điều phối và có thẩm quyền về mặt văn hóa.
- Nhận thông tin từ nhà cung cấp và chương trình sức khỏe của quý vị về các lựa chọn điều trị.
- Tham gia vào tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe của quý vị, bao gồm cả quyền nói “không” với bất kỳ phương pháp điều trị nào được đưa ra.
- Yêu cầu chương trình sức khỏe của quý vị giúp đỡ nếu nhà cung cấp của quý vị không cung cấp dịch vụ vì lý do đạo đức hoặc tôn giáo.
- Nhận một bản sao hồ sơ y tế của quý vị và yêu cầu thay đổi hoặc chỉnh sửa chúng theo Luật của Tiểu bang và Liên bang.
- Hồ sơ y tế và điều trị của quý vị được bảo mật và riêng tư. Aetna Better Health sẽ chỉ tiết lộ thông tin của quý vị nếu được phép theo luật liên bang hoặc tiểu bang, hoặc nếu cần thiết để giám sát chất lượng chăm sóc hoặc bảo vệ chống lại gian lận, lãng phí và lạm dụng.
- Sống an toàn trong môi trường quý vị chọn. Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị biết đang bị lạm dụng, bỏ bê hoặc lợi dụng về tài chính, hãy gọi cho [DSS của địa phương](#) hoặc DSS của Virginia theo số **1-888-832-3858**. Cuộc gọi này miễn phí.)

- Nhận thông tin về các quyền và trách nhiệm của quý vị và thực hiện các quyền của quý vị mà không bị các nhà cung cấp của quý vị, Aetna Better Health hoặc Bộ đối xử tệ bạc.
- Không bị bất kỳ sự kiềm chế hoặc tách biệt nào được sử dụng như một phương tiện ép buộc, kỷ luật, thuận tiện hoặc trả đũa.
- Nộp đơn kháng cáo và khiếu nại và yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang (xem *Phần 8, Kháng cáo và khiếu nại*).
- Thực hiện bất kỳ quyền nào khác được bảo đảm bởi luật pháp liên bang hoặc tiểu bang (ví dụ: Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật).

Chỉ dẫn trước

Chỉ dẫn trước là hướng dẫn bằng văn bản cho những người chăm sóc cho quý vị, cho họ biết phải làm gì nếu quý vị không thể đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho chính mình. Chỉ thị trước của quý vị liệt kê loại chăm sóc mà quý vị muốn hoặc không muốn nếu quý vị bị bệnh hoặc bị thương đến mức quý vị không thể tự mình nói ra. Quý vị có quyền và sự lựa chọn về việc có điền vào chỉ thị trước hay không. Aetna Better Health chịu trách nhiệm cung cấp cho quý vị thông tin bằng văn bản về chỉ dẫn trước và quyền lập chỉ dẫn trước của quý vị theo luật Virginia. Aetna Better Health cũng phải giúp quý vị hiểu tại sao Aetna Better Health có thể không tuân theo chỉ dẫn trước của quý vị.

Nếu quý vị muốn có chỉ dẫn trước, quý vị có thể điền vào biểu mẫu chỉ dẫn trước. Quý vị có thể lấy mẫu chỉ dẫn trước từ:

- Virginiaadvancedirectives.org.
- Người quản lý chăm sóc của quý vị, nếu quý vị có.
- Nhà cung cấp của quý vị, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý, nhân viên xã hội, bệnh viện.
- Dịch vụ Hội viên, nếu có].

Quý vị có thể hủy bỏ hoặc thay đổi chỉ thị trước hoặc giấy ủy quyền nếu các quyết định hoặc sở thích của quý vị về các quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị thay đổi. Nếu nhà cung cấp của quý vị không tuân theo chỉ dẫn trước của quý vị, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại tới [Phòng Thực thi tại Sở Y tế Virginia](#):

- **1-800-533-1560 (TTY: 711).**
- Email enfcomplaints@dhp.virginia.gov.
- Viết thư đến Virginia Department of Health Professions, Enforcement Division, 9960 Maryland Drive, Suite 300, Henrico, Virginia 23233-146.

Nếu quý vị tin rằng Aetna Better Health đã không cung cấp cho quý vị thông tin quý vị cần về chỉ thị trước, hoặc quý vị lo ngại rằng Aetna Better Health không tuân theo chỉ thị trước của quý vị, quý vị có thể liên hệ với Bộ để nộp đơn khiếu nại:

- **1-800-643-2273 (TTY: 711)**
- Email DMAS-Info@dmass.virginia.gov, hoặc
- Viết thư đến Department at Department of Medical Assistance Services, 600 East Broad Street, Richmond, Virginia 23219.

Ủy ban Tư vấn Hội viên

Quý vị có quyền cho chúng tôi biết Bộ và Aetna Better Health có thể phục vụ quý vị tốt hơn như thế nào. Aetna Better Health mời quý vị tham gia Ủy ban Tư vấn Hội viên của Aetna Better Health. Là hội viên của ủy ban, quý vị có thể tham gia các cuộc họp giáo dục diễn ra ba tháng một lần. Quý vị có thể tham dự trực tuyến. Tham dự các cuộc họp của ủy ban sẽ giúp quý vị và người chăm sóc hoặc thành viên gia đình của quý vị có cơ hội đóng góp ý kiến về Cardinal Care và gặp gỡ các hội viên khác. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc muốn tham dự, hãy liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

Quý vị cũng có thể nộp đơn xin tham gia Ủy ban Cố vấn Hội viên (MAC) của DMAS. Sở thành lập MAC nhằm cung cấp phương pháp chính thức để người ghi danh có tiếng nói trong quá trình ra quyết định của DMAS và cung cấp thông tin cho các chiến lược quản lý thay đổi của DMAS. Ủy ban bao gồm toàn bộ những cá nhân đã ghi danh vào Medicaid hoặc đại diện được ủy quyền của người ghi danh. Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm về MAC, hãy truy cập trang web MAC của Sở tại www.dmass.virginia.gov/about-us/boards-and-public-meetings/member-advisory-committee.

11. Trách nhiệm của quý vị

Trách nhiệm chung

Các hội viên của Aetna Better Health, gia đình hoặc người giám hộ của họ có trách nhiệm:

- Cung cấp thông tin (trong phạm vi có thể) mà Aetna Better Health và các chuyên viên và nhà cung cấp của chương trình cần để cung cấp dịch vụ chăm sóc
- Thực hiện theo các kế hoạch và hướng dẫn chăm sóc đã được thống nhất với chuyên viên/nhà cung cấp của họ
- Hiểu rõ các vấn đề liên quan đến sức khỏe của quý vị và tham gia vào việc thiết lập những mục tiêu điều trị đã được thống nhất, ở mức độ có thể

Ngoài ra, các hội viên có những trách nhiệm sau:

- Đọc sổ tay hội viên và các tài liệu khác của chương trình truyền tải thông tin liên quan đến việc sử dụng các dịch vụ và làm việc với Aetna Better Health
- Thực hiện theo các quy tắc của Aetna Better Health được giải thích trong sổ tay hội viên và các tài liệu khác của chương trình
- Biết tên của PCP và người quản lý chăm sóc được chỉ định của họ
- Xuất trình thẻ ID cho mỗi chuyên viên, nhà cung cấp và nhà thuốc trước khi nhận dịch vụ.
- Bảo vệ thẻ ID hội viên của họ và báo cáo thẻ ID bị mất hoặc bị đánh cắp cho Aetna Better Health
- Chỉ sử dụng phòng cấp cứu (ER) cho các trường hợp cấp cứu thật sự
- Lên lịch và giữ đúng lịch hẹn với các nhà cung cấp và chuyên viên, thông báo trước 24 giờ khi phải thay đổi hoặc hủy cuộc hẹn
- Đối xử tôn trọng với nhà cung cấp, chuyên viên và các nhân viên khác.
- Thông báo cho Aetna Better Health và DMAS khi địa chỉ hoặc số điện thoại của hội viên thay đổi
- Báo cáo những thay đổi trong gia đình có thể ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện hoặc việc ghi danh vào DMAS
 - Điều này bao gồm những thay đổi về quy mô gia đình, việc làm và việc chuyển ra khỏi tiểu bang
- Báo cáo bảo hiểm y tế khác, bao gồm Medicare, cho Aetna Better Health
- Cung cấp cho chuyên viên điều trị/nhà cung cấp một bản sao di chúc sống và/hoặc chỉ dẫn trước của hội viên
- Tuân thủ sổ tay này, hiểu các quyền của quý vị và đặt câu hỏi khi quý vị không hiểu hoặc muốn tìm hiểu thêm.

- Đối xử với các nhà cung cấp của quý vị, nhân viên Aetna Better Health và các hội viên khác với sự tôn trọng và nhân phẩm.
- Chọn PCP của quý vị và, nếu cần, thay đổi PCP của quý vị (xem *Phần 3, Nhà cung cấp và nhận dịch vụ chăm sóc*).
- Đến đúng giờ cho các cuộc hẹn và gọi cho văn phòng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị càng sớm càng tốt nếu quý vị cần hủy bỏ hoặc nếu quý vị sắp đến muộn.
- Xuất trình Thẻ ID hội viên của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ và chăm sóc (xem *Phần 2, Tổng quan về dịch vụ chăm sóc có quản lý của Cardinal Care*).
- Cung cấp (trong khả năng tốt nhất của quý vị) thông tin đầy đủ và chính xác về tiền sử bệnh và các triệu chứng của quý vị.
- Hiểu các vấn đề sức khỏe của quý vị và nói chuyện với các nhà cung cấp của quý vị về các mục tiêu điều trị, khi có thể.
- Làm việc với người quản lý chăm sóc và nhóm chăm sóc của quý vị để lập và tuân theo một kế hoạch chăm sóc phù hợp nhất với quý vị (xem *Phần 4, Điều phối chăm sóc và quản lý chăm sóc*).
- Mời mọi người vào nhóm chăm sóc của quý vị, những người sẽ giúp ích và hỗ trợ quý vị tham gia điều trị.
- Hãy báo cho Aetna Better Health biết khi nào quý vị cần thay đổi chương trình chăm sóc của mình.
- Nhận các dịch vụ được bao trả từ mạng lưới của Aetna Better Health khi có thể (xem *Phần 3, Nhà cung cấp và nhận dịch vụ chăm sóc*).
- Xin phê duyệt từ Aetna Better Health đối với các dịch vụ yêu cầu giấy cho phép dịch vụ (xem *Phần 7, Xin phê duyệt cho các dịch vụ, Phương pháp điều trị và Thuốc của quý vị*).
- Chỉ sử dụng phòng cấp cứu cho trường hợp khẩn cấp.
- Thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được không được Aetna Better Health hoặc Bộ bao trả.
- Báo cáo nghi ngờ gian lận, lãng phí và lạm dụng (xem bên dưới).

Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số 1-800-279-1878 (TTY: 711) để cho họ biết nếu:

- Tên, địa chỉ, số điện thoại hoặc email của quý vị đã thay đổi (xem *Phần 1, Hãy bắt đầu nào*).
- Bảo hiểm sức khỏe của quý vị thay đổi theo bất kỳ cách nào (ví dụ như từ chủ lao động hoặc bồi thường cho người lao động) hoặc quý vị có yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý, chẳng hạn như do tai nạn xe hơi.
- Thẻ ID Hội viên của quý vị bị hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp.
- Quý vị có vấn đề với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên.
- Quý vị được đưa vào một cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện.

- Người chăm sóc của quý vị hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm về những thay đổi của quý vị.
- Quý vị tham gia một thử nghiệm lâm sàng hoặc nghiên cứu.

Báo cáo gian lận, lãng phí và lạm dụng

Là hội viên của Cardinal Care, quý vị có trách nhiệm báo cáo các quan ngại về gian lận, lãng phí và lạm dụng đáng ngờ và đảm bảo rằng quý vị không tham gia hoặc tạo ra gian lận, lãng phí và lạm dụng. Gian lận là hành vi cố ý lừa dối hoặc trình bày sai bởi một người biết rằng hành động đó có thể mang lại lợi ích trái phép cho chính họ hoặc người khác. Lãng phí là sử dụng quá mức, dưới mức hoặc lạm dụng các nguồn lực của Medicaid. Lạm dụng là hành vi gây ra chi phí không cần thiết cho chương trình Medicaid hoặc thanh toán cho các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế hoặc không đáp ứng các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe nhất định.

Ví dụ về gian lận, lãng phí và lạm dụng của *hội viên* bao gồm:

- Báo cáo sai về thu nhập và/hoặc tài sản để đủ điều kiện nhận Medicaid.
- Sống thường trú ở một tiểu bang khác ngoài Virginia trong khi nhận trợ cấp Cardinal Care.
- Sử dụng Thẻ ID Hội viên của người khác để nhận dịch vụ.

Ví dụ về gian lận, lãng phí và lạm dụng của *nhà cung cấp* bao gồm:

- Cung cấp các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế.
- Thanh toán cho các dịch vụ không được cung cấp.
- Thay đổi hồ sơ y tế để che đậy hoạt động bất hợp pháp.

Thông tin về cách báo cáo nghi ngờ gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng có trong bảng dưới đây:

Báo cáo gian lận, lãng phí và lạm dụng cho Aetna Better Health of Virginia

Điện thoại	1-844-317-5825 TTY: 711
Email	reportfraudabuseva@aetna.com
Trang web	AetnaBetterHealth.com/Virginia/medicaid-fraud-abuse-form.html

Đường dây nóng về Gian lận và Lạm dụng của Bộ

Điện thoại	804-786-1066 Điện thoại miễn cước: 1-866-486-1971 TTY: 711
Email	RecipientFraud@DMAS.virginia.gov
Gửi thư	Department of Medical Assistance Services, Recipient Audit Unit 600 East Broad St Suite 1300 Richmond, VA 23219

Virginia Medicaid Fraud Control Unit (Office of the Attorney General)

Điện thoại	804-371-0779 Điện thoại miễn cước: 1-800-371-0824 TTY: 711
Gửi Fax	804-786-3509
Email	MFCU_mail@oag.state.va.us
Gửi thư	Office of the Attorney General, Medicaid Fraud Control Unit 202 North Ninth Street Richmond, VA 23219

Virginia Office of the State Inspector General Fraud, Waste, and Abuse Hotline

Điện thoại	1-800-723-1615 TTY: 711
Email	covhotline@osig.virginia.gov
Gửi thư	State Fraud, Waste, and Abuse Hotline 101 N. 14 th Street The James Monroe Building 7th Floor Richmond, VA 23219

12. Từ khóa và định nghĩa được sử dụng trong sổ tay này

- **Dịch vụ điều trị nghiện và phục hồi (ARTS):** Quyền lợi điều trị tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cho các hội viên bị nghiện. Các hội viên có thể tiếp cận các dịch vụ điều trị nghiện liên tục, toàn diện, chẳng hạn như dịch vụ nội trú, dịch vụ điều trị nội trú, nhập viện bán phần, điều trị ngoại trú chuyên sâu, điều trị hỗ trợ bằng thuốc (MAT), dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và opioid cũng như các dịch vụ hỗ trợ phục hồi đồng đẳng.
- **Quyết định Bất lợi về Quyền lợi:** Bất kỳ quyết định nào của chương trình sức khỏe về việc từ chối một dịch vụ hoặc yêu cầu ủy quyền dịch vụ cho hội viên. Điều này bao gồm sự chấp thuận cho số tiền dịch vụ ít hơn yêu cầu.
- **Kháng nghị:** Yêu cầu của một cá nhân (hoặc người mà họ tin tưởng đại diện cho họ) yêu cầu chương trình sức khỏe xem xét lại yêu cầu dịch vụ và cân nhắc thay đổi quyết định bất lợi về quyền lợi do chương trình sức khỏe đưa ra về bảo hiểm sức khỏe hoặc các dịch vụ được bảo hiểm.
- **Đại diện Được ủy quyền:** Một người có thể đưa ra quyết định và hành động thay mặt cho hội viên. Các hội viên có thể chọn một thành viên gia đình, người giám hộ hoặc bạn bè đáng tin cậy làm đại diện được ủy quyền của họ.
- **Thuốc chính hiệu:** Một loại thuốc được sản xuất và bán bởi một công ty duy nhất. Các phiên bản chung của những loại thuốc này đôi khi có sẵn với cùng thành phần nhưng được sản xuất bởi một công ty khác.
- **Đường dây trợ giúp ghi danh chăm sóc có quản lý của Cardinal Care:** Hỗ trợ được cung cấp bởi một tổ chức ký hợp đồng với Sở để giúp các cá nhân trong các hoạt động ghi danh và lựa chọn một chương trình bảo hiểm y tế. Dịch vụ của Đường dây trợ giúp ghi danh chăm sóc có quản lý của Cardinal Care là miễn phí và có thể được cung cấp qua điện thoại hoặc trực tuyến.
- **Cardinal Care:** Chương trình Medicaid/FAMIS của Virginia, bao gồm hai chương trình chăm sóc có quản lý Medicaid trước đây của tiểu bang, Medallion 4.0 và Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus), các hội viên Medicaid trả phí theo dịch vụ (FFS), FAMIS Children, FAMIS MOMS và FAMIS Prenatal Coverage.

- **Điều phối Chăm sóc:** Giúp chương trình sức khỏe cung cấp cho các hội viên để các hội viên hiểu những dịch vụ nào có sẵn và cách nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc xã hội mà họ cần. Điều phối chăm sóc có sẵn cho tất cả các hội viên, kể cả những người không được chỉ định người quản lý chăm sóc và không cần hoặc không muốn quản lý chăm sóc.
- **Quản lý Chăm sóc:** Hỗ trợ liên tục được cung cấp cho các hội viên có nhu cầu quan trọng về sức khỏe, xã hội và các nhu cầu khác bởi người quản lý chăm sóc của chương trình sức khỏe. Các dịch vụ quản lý chăm sóc bao gồm xem xét cẩn thận các nhu cầu của hội viên, xây dựng Kế hoạch chăm sóc, liên lạc thường xuyên với người quản lý chăm sóc và nhóm chăm sóc của hội viên, đồng thời giúp chuyển đổi các dịch vụ xã hội và chăm sóc sức khỏe giữa các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác nhau.
- **Người Quản lý Chăm sóc:** Một chuyên gia y tế làm việc cho chương trình sức khỏe với chuyên môn chăm sóc sức khỏe đặc biệt được chỉ định và làm việc chặt chẽ với một số hội viên có nhu cầu quan trọng hơn. Người quản lý chăm sóc làm việc với hội viên, nhà cung cấp dịch vụ của hội viên và thành viên gia đình/người chăm sóc của họ để hiểu hội viên cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và xã hội nào, giúp họ nhận được các dịch vụ mà họ cần và hỗ trợ họ đưa ra quyết định về việc chăm sóc của họ.
- **Kế hoạch Chăm sóc:** Một kế hoạch được hội viên và người quản lý chăm sóc của họ xây dựng và cập nhật thường xuyên, trong đó mô tả các nhu cầu xã hội và chăm sóc sức khỏe của hội viên, các dịch vụ mà hội viên sẽ nhận được để đáp ứng nhu cầu của họ, cách họ sẽ nhận được các dịch vụ này, bởi ai và trong một số trường hợp, mức độ thường xuyên.
- **Nhóm Chăm sóc:** Một nhóm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm bác sĩ, y tá và cố vấn của hội viên, do hội viên lựa chọn, giúp hội viên nhận được sự chăm sóc mà họ cần. Hội viên và những người chăm sóc của họ là một phần của Nhóm Chăm sóc.
- **Miễn trừ CCC Plus:** Chương trình miễn trừ các dịch vụ tại nhà và cộng đồng (HCBS) ở Virginia cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng thay vì cơ sở điều dưỡng cho các hội viên hội đủ điều kiện.
- **Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS):** Cơ quan liên bang phụ trách các chương trình Medicaid và Medicare.
- **Khoản đồng trả:** Một số tiền cố định mà một hội viên có thể phải trả cho một số dịch vụ nhất định. Hầu hết các hội viên của Cardinal Care sẽ không phải trả khoản đồng trả cho các dịch vụ được bao trả.

- **Cover Virginia:** Trung tâm hỗ trợ toàn tiểu bang của Virginia. Các cá nhân có thể gọi số 1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590) miễn phí hoặc truy cập coverva.org/en để tìm hiểu và đăng ký bảo hiểm y tế, gia hạn bảo hiểm, cập nhật thông tin và đặt câu hỏi.
- **Quyền lợi được Bảo hiểm:** Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa được bảo hiểm bởi chương trình sức khỏe hoặc Bộ, bao gồm các dịch vụ sức khỏe thể chất cần thiết về mặt y tế, các dịch vụ sức khỏe hành vi và LTSS.
- **Hộ sinh:** Một cá nhân được đào tạo trong cộng đồng hỗ trợ các hội viên và gia đình của họ trong suốt thai kỳ, trong quá trình chuyển dạ và sinh nở, và cho đến một năm sau khi sinh.
- **Hội viên đủ điều kiện kép:** Một người có bảo hiểm Medicare và Medicaid đầy đủ.
- **Thiết bị Y tế Lâu bền (DME):** Thiết bị và dụng cụ y tế, chẳng hạn như khung tập đi, xe lăn hoặc giường bệnh, mà các hội viên có thể lấy và sử dụng tại nhà khi cần thiết về mặt y tế.
- **Dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm và định kỳ (EPSDT):** Một quyền lợi theo yêu cầu của liên bang mà các hội viên Medicaid dưới 21 tuổi có quyền nhận được. EPSDT cung cấp các dịch vụ toàn diện để xác định tình trạng của trẻ, điều trị và làm cho tình trạng tốt hơn hoặc ngăn ngừa tình trạng trở nên tồi tệ hơn. [EPSDT](#) đảm bảo trẻ em và thanh thiếu niên nhận được các dịch vụ phòng ngừa, nha khoa, sức khỏe tâm thần, phát triển và chuyên khoa cần thiết.
- **Can thiệp Sớm (EI):** Dịch vụ dành cho em bé dưới ba tuổi không học tập hoặc phát triển như những em bé khác. Các dịch vụ có thể bao gồm trị liệu ngôn ngữ, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, điều phối dịch vụ và các dịch vụ phát triển để hỗ trợ học tập và phát triển.
- **Đáp ứng yêu cầu:** Đáp ứng các điều kiện hoặc yêu cầu cho một chương trình.
- **Chăm sóc Cấp cứu (hoặc Dịch vụ Cấp cứu):** Điều trị hoặc dịch vụ mà một cá nhân nhận được cho một tình trạng y tế khẩn cấp.
- **Bệnh trạng Cấp cứu:** Khi bệnh tật hoặc thương tích nghiêm trọng đến mức sức khỏe, chức năng cơ thể, cơ quan hoặc bộ phận cơ thể của một cá nhân (hoặc, nếu có, thai nhi của họ) có thể gặp nguy hiểm nếu họ không được chăm sóc y tế ngay lập tức.

- **Vận chuyển Y tế Cấp cứu:** Vận chuyển bằng xe cứu thương hoặc phương tiện cấp cứu đến phòng cấp cứu để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. Hội viên có thể nhận dịch vụ vận chuyển y tế cấp cứu bằng cách gọi số 911.
- **Chăm sóc tại Phòng Cấp cứu:** Một phòng của bệnh viện có nhân viên và được trang bị để điều trị cho những cá nhân cần được chăm sóc y tế và/hoặc dịch vụ ngay lập tức.
- **Các Dịch vụ Không được Bảo hiểm:** Các dịch vụ không được chương trình sức khỏe hoặc Bộ bao trả theo Cardinal Care.
- **Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS) Plan hoặc Trẻ em FAMIS:** Một chương trình bảo hiểm sức khỏe toàn diện do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành dành cho trẻ em không có bảo hiểm từ sơ sinh đến 18 tuổi không hội đủ điều kiện nhận Medicaid với thu nhập thấp hơn 200% mức chuẩn nghèo của liên bang.
- **FAMIS MOMS:** Một chương trình bảo hiểm bảo hiểm do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành dành cho những người mang thai không có bảo hiểm có đủ điều kiện về thu nhập giống như trẻ em FAMIS.
- **FAMIS Prenatal Care (FAMIS PC):** Một chương trình bảo hiểm sức khỏe do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành dành cho những người mang thai không đủ điều kiện nhận Medicaid hoặc FAMIS MOMS do tình trạng công dân hoặc tình trạng nhập cư của họ. Bảo hiểm bắt đầu trong thời kỳ mang thai và kéo dài đến hai tháng sau khi sinh em bé.
- **Gian lận, lãng phí và lạm dụng:** Gian lận là hành vi cố ý lừa dối hoặc trình bày sai bởi một người biết rằng hành động đó có thể mang lại lợi ích trái phép cho chính họ hoặc người khác. Lãng phí là sử dụng quá mức, dưới mức hoặc lạm dụng các nguồn lực của Medicaid. Lạm dụng là hành vi của hội viên hoặc nhà cung cấp gây ra chi phí không cần thiết cho chương trình Medicaid hoặc thanh toán cho các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế hoặc không đáp ứng các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe nhất định.
- **Thuốc gốc:** Một loại thuốc được chính phủ liên bang chấp thuận sử dụng thay cho thuốc chính hiệu vì chúng có cùng thành phần và tác dụng như nhau.
- **Lý do Chính đáng:** Những lý do được chấp nhận để thay đổi bảo hiểm sức khỏe. Ví dụ về lý do chính đáng là: (1) một cá nhân chuyển ra khỏi tiểu bang, hoặc (2) chương trình sức khỏe không thể cung cấp các dịch vụ y tế cần thiết.

- **Than phiền (hoặc Khiếu nại):** Khiếu nại bằng văn bản hoặc bằng lời nói mà một cá nhân gửi đến chương trình sức khỏe của họ hoặc một tổ chức bên ngoài. Khiếu nại có thể là những quan ngại về khả năng tiếp cận, chất lượng chăm sóc, dịch vụ khách hàng, thời gian chờ đợi và quyền riêng tư.
- **Dịch vụ và Thiết bị Phục hồi Chức năng:** Các dịch vụ và thiết bị giúp các cá nhân duy trì, học hỏi hoặc cải thiện các kỹ năng và hoạt động cho cuộc sống hàng ngày.
- **Đánh giá Sức khỏe:** Một đánh giá chuyên sâu do người quản lý chăm sóc hoàn thành để giúp xác định các nhu cầu, mục tiêu và sở thích về sức khỏe, xã hội và các nhu cầu khác của hội viên. Đánh giá Sức khỏe giúp hướng dẫn xây dựng Kế hoạch Chăm sóc cho các hội viên được quản lý chăm sóc.
- **Bảo hiểm Sức khỏe:** Một loại bảo hiểm chi trả cho một số hoặc tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe của hội viên. Một công ty hoặc cơ quan chính phủ đưa ra các quy tắc về thời gian và số tiền phải trả.
- **Chương trình Sức khỏe (hoặc Chương trình):** Tổ chức chăm sóc có quản lý của Cardinal Care Medicaid/FAMIS ký hợp đồng với một nhóm bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp khác và người quản lý chăm sóc. Tất cả họ làm việc cùng nhau để giúp các hội viên có được sự chăm sóc và điều phối chăm sóc mà họ cần.
- **Kiểm tra Sức khỏe:** Một buổi sàng lọc do chương trình sức khỏe thực hiện cho tất cả các hội viên để giúp hiểu liệu hội viên đó có được hưởng lợi từ Quản lý Chăm sóc hay không. Buổi sàng lọc hỏi các hội viên về nhu cầu sức khỏe, nhu cầu xã hội, tình trạng y tế, khả năng thực hiện các công việc hàng ngày và điều kiện sống của họ.
- **Nhân viên Hỗ trợ Chăm sóc Sức khỏe Gia đình:** Các dịch vụ ngắn hạn được cung cấp cho các hội viên Medicaid để hỗ trợ họ trong việc chăm sóc cá nhân. Người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp trị liệu.
- **Chăm sóc Sức khỏe Gia đình:** Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà một hội viên nhận được tại nhà, bao gồm chăm sóc điều dưỡng, dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tại nhà, vật lý trị liệu/vận động và các dịch vụ khác.
- **Dịch vụ chăm sóc cuối đời:** Chăm sóc để mang lại sự thoải mái và hỗ trợ cho các hội viên (và gia đình của họ) với tiên lượng bệnh nan y – nghĩa là cá nhân đó dự kiến chỉ còn sống được sáu tháng hoặc ít hơn. Hội viên có tiên lượng bệnh nan y có quyền chọn ở lại cơ sở

chăm sóc cuối đời. Một nhóm các chuyên viên và người chăm sóc được đào tạo đặc biệt để chăm sóc toàn diện cho người đó, bao gồm các nhu cầu về thể xác, cảm xúc, xã hội và tinh thần.

- **Chăm sóc Ngoại trú tại Bệnh viện:** Chăm sóc hoặc điều trị tại bệnh viện thường không cần ở lại qua đêm.
- **Nhập viện:** Khi một cá nhân được đưa vào bệnh viện với tư cách là bệnh nhân để được chăm sóc. Điều này còn được gọi là chăm sóc nội trú.
- **Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS):** Các dịch vụ và hỗ trợ giúp người già và trẻ em hoặc người lớn khuyết tật đáp ứng nhu cầu hàng ngày của họ và duy trì sự độc lập. Các ví dụ bao gồm hỗ trợ tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống và các hoạt động cơ bản khác trong cuộc sống hàng ngày và tự chăm sóc bản thân, cũng như hỗ trợ các hoạt động hàng ngày như giặt giũ, mua sắm và vận chuyển. Các hội viên có thể nhận LTSS trong môi trường phù hợp với họ: nhà riêng, cộng đồng hoặc cơ sở điều dưỡng.
- **Medicaid hoặc FAMIS Phí dịch vụ (FFS):** Cách thức mà Bộ thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ Medicaid hoặc FAMIS. Các hội viên Cardinal Care không ghi danh chăm sóc có quản lý sẽ được đăng ký FFS.
- **Chăm sóc có Quản lý của Medicaid/FAMIS:** Khi Bộ ký hợp đồng với một chương trình sức khỏe để cung cấp các quyền lợi Medicaid/FAMIS cho các hội viên.
- **Medicaid:** Một chương trình bảo hiểm sức khỏe do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành, cung cấp dịch vụ chăm sóc và bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc chi phí thấp cho những người có thu nhập thấp. Ở Virginia, Medicaid được gọi là Cardinal Care.
- **Cần thiết về mặt y tế:** Các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng bệnh lý hoặc các triệu chứng của nó. Cần thiết về mặt y tế cũng có nghĩa là các dịch vụ, nguồn cung cấp hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế được chấp nhận hoặc khi cần thiết theo các quy tắc bảo hiểm Medicaid hiện hành của Virginia.
- **Medicare:** Chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật nhất định và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường có nghĩa là những người bị suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận) hoặc Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS).

- **Medicare Phần A** Chương trình Medicare bảo hiểm cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại gia và chăm sóc cuối đời cần thiết về mặt y tế.
- **Medicare Phần B:** Chương trình Medicare bao trả cho các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật, và thăm khám với nhà cung cấp) và vật dụng (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị cho một bệnh hoặc tình trạng. Medicare Phần B cũng bảo hiểm cho nhiều dịch vụ phòng ngừa và tầm soát.
- **Medicare Phần C:** Chương trình Medicare cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp quyền lợi Medicare thông qua một Chương trình Medicare Advantage.
- **Medicare Phần D:** Chương trình Quyền lợi Thuốc theo toa Medicare. Medicare Phần D bao trả các loại thuốc theo toa ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid bao trả.
- **Dịch vụ được Medicare Bao trả:** Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B bao trả.
- **Dịch vụ Hội viên:** Một bộ phận tại chương trình sức khỏe chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi về tư cách hội viên, quyền lợi, kháng cáo và khiếu nại.
- **Mạng lưới:** Một nhóm bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp dịch vụ khác ký hợp đồng với chương trình sức khỏe để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho hội viên.
- **Nhà cung cấp trong Mạng lưới (hoặc Nhà cung cấp tham gia):** Một nhà cung cấp hoặc cơ sở ký hợp đồng với chương trình sức khỏe để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả cho các hội viên.
- **Nhà thuốc trong Mạng lưới:** Một nhà thuốc đã đồng ý mua thuốc theo toa cho các hội viên của chương trình sức khỏe. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa chỉ được bảo hiểm nếu chúng được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình sức khỏe.

- **Cơ sở Điều dưỡng:** Cơ sở chăm sóc y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những cá nhân không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần nhập viện. Các hội viên phải đáp ứng các tiêu chí cụ thể để sống trong một cơ sở điều dưỡng.
- **Nhà cung cấp ngoài Mạng lưới (hoặc Nhà cung cấp không tham gia):** Nhà cung cấp hoặc cơ sở không do chương trình sức khỏe tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành và không có hợp đồng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả cho hội viên.
- **Bệnh nhân trả:** Số tiền mà một hội viên có thể phải trả cho LTSS dựa trên thu nhập của họ. DSS của địa phương tính toán phần chi phí của bệnh nhân cho hội viên nếu họ sống trong cơ sở điều dưỡng hoặc nhận các dịch vụ miễn trừ CCC Plus và có nghĩa vụ thanh toán một phần dịch vụ chăm sóc.
- **Dịch vụ Hỗ trợ Chăm sóc Cá nhân:** Các dịch vụ được cung cấp bởi một Nhân viên Hỗ trợ Chăm sóc Cá nhân giúp các hội viên chăm sóc cá nhân (tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo hoặc tập thể dục) trên cơ sở liên tục hoặc dài hạn.
- **Phí bảo hiểm:** Số tiền hàng tháng mà một hội viên có thể phải trả cho bảo hiểm sức khỏe của họ hàng tháng. Các hội viên chăm sóc có quản lý của Cardinal Care Medicaid không cần phải trả bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào cho bảo hiểm. Nếu một hội viên đã ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe nhưng không đủ điều kiện nhận bảo hiểm vì thông tin họ đã báo cáo cho Bộ hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe là sai hoặc vì họ không báo cáo thay đổi, thì hội viên đó có thể phải trả lại cho Bộ chi phí của phí bảo hiểm hàng tháng. Hội viên sẽ phải hoàn trả cho Bộ ngay cả khi họ không nhận được dịch vụ trong những tháng đó.
- **Bảo hiểm Thuốc theo toa (hoặc Thuốc được Bảo hiểm):** Thuốc theo toa được bảo hiểm (thanh toán) bởi chương trình sức khỏe. Chương trình bảo hiểm y tế cũng bao trả cho một số loại thuốc không kê đơn.
- **Thuốc theo toa:** Các loại thuốc mà theo luật, các hội viên chỉ có thể nhận được thông qua toa thuốc của nhà cung cấp.
- **Nhà cung cấp Chăm sóc Chính (PCP) (hoặc Bác sĩ Chăm sóc Chính):** Một bác sĩ hoặc y tá hành nghề giúp các hội viên có được và duy trì sức khỏe bằng cách chăm sóc các nhu cầu của họ. PCP cung cấp và điều phối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- **Dịch vụ Điều dưỡng Riêng:** Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn tại nhà được cung cấp bởi một y tá đã đăng ký được cấp phép (RN), hoặc bởi một y tá thực hành được cấp phép dưới sự giám sát của một RN, cho các hội viên được miễn trừ CCC Plus, những người có tình trạng bệnh lý nghiêm trọng hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe phức tạp. Trẻ em và thanh thiếu niên dưới 21 tuổi được Medicaid cũng có thể nhận các dịch vụ điều dưỡng tư nhân theo quyền lợi EPSDT.
- **Bộ phận giả và Dụng cụ chỉnh hình:** Các thiết bị y tế do nhà cung cấp của hội viên đặt hàng. Các mục được bao trả sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn ở, cánh tay, lưng, và nẹp cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng cơ thể bên trong.
- **Nhà cung cấp:** Các bác sĩ, y tá, bác sĩ chuyên khoa và những cá nhân khác được ủy quyền cung cấp dịch vụ hoặc chăm sóc sức khỏe cho các hội viên. Nhiều loại nhà cung cấp tham gia vào mạng lưới của mỗi chương trình sức khỏe.
- **Dịch vụ Nhà cung cấp (hoặc Dịch vụ Bác sĩ):** Dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi một cá nhân được cấp phép theo luật tiểu bang Virginia để hành nghề y, phẫu thuật hoặc sức khỏe hành vi.
- **Giới thiệu:** Phê duyệt từ PCP để sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình sức khỏe. Cần có giấy giới thiệu của PCP trước khi hội viên có thể gặp các nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới.
- **Dịch vụ và Thiết bị Phục hồi Chức năng:** Điều trị để giúp các cá nhân phục hồi sau khi bị bệnh, tai nạn, thương tích hoặc phẫu thuật lớn.
- **Ủy quyền Dịch vụ (hoặc Ủy quyền Trước):** Có thể cần phê duyệt trước khi một hội viên có thể nhận một số dịch vụ, phương pháp điều trị hoặc thuốc theo toa. Các nhà cung cấp cho chương trình sức khỏe yêu cầu ủy quyền dịch vụ để giúp đảm bảo rằng nhà cung cấp có thể được thanh toán cho các dịch vụ mà họ cung cấp cho hội viên.
- **Chăm sóc Điều dưỡng Chuyên môn:** Chăm sóc chuyên môn hoặc điều trị chỉ có thể được cung cấp bởi các y tá được cấp phép. Ví dụ về các nhu cầu điều dưỡng chuyên môn bao gồm băng vết thương phức tạp, phục hồi chức năng, cho ăn bằng ống hoặc tình trạng sức khỏe thay đổi nhanh chóng.

- **Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF):** Một cơ sở có nhân viên và thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và các dịch vụ y tế liên quan khác.
- **Bác sĩ chuyên khoa:** Nhà cung cấp được đào tạo bổ sung về các dịch vụ trong một lĩnh vực y học cụ thể, chẳng hạn như bác sĩ phẫu thuật. Dịch vụ chăm sóc mà hội viên nhận được từ một bác sĩ chuyên khoa được gọi là chăm sóc chuyên khoa.
- **Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang:** Quá trình mà một hội viên khiếu nại lên tiểu bang về quyết định của chương trình sức khỏe. Các cá nhân có thể nộp đơn kháng cáo lên Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu chương trình bảo hiểm y tế không trả lời hoặc đưa ra quyết định về kháng cáo của một cá nhân đúng hạn hoặc nếu cá nhân đó không đồng ý với quyết định kháng cáo của chương trình.
- **Chăm sóc Khẩn cấp:** Chăm sóc một cá nhân bị bệnh hoặc bị thương cần được chăm sóc y tế nhanh chóng và có thể trở thành trường hợp khẩn cấp.

Thông tin hữu ích

Trang web của chúng tôi

AetnaBetterHealth.com/Virginia

Địa chỉ gửi thư

Aetna Better Health of Virginia
PO Box 818044
Cleveland, OH 44184-8044

Bộ phận dịch vụ thành viên

1-800-279-1878 24 giờ một ngày,
7 ngày một tuần

Dịch vụ cho người khiếm thính và khiếm khuyết về giọng nói

711

Dịch thuật ngôn ngữ/Dịch vụ phiên dịch

1-800-279-1878

Dịch vụ sức khỏe hành vi và Sử dụng chất gây nghiện và Đường dây nóng 24 giờ

1-800-279-1878

Quản lý chăm sóc

1-800-279-1878

Đường dây gọi y tá 24 giờ

1-877-878-8940

Nha khoa (Smiles for Children)

1-888-912-3456

Vận chuyển

1-800-734-0430



Thông tin cá nhân

Số ID thành viên của tôi

Số điện thoại PCP của tôi

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
(PCP) của tôi

AetnaBetterHealth.com/Virginia

AetnaBetterHealth.com/Virginia

©2025 Aetna Inc.

VA-25-04-02-VI



Aetna Better Health® of Virginia