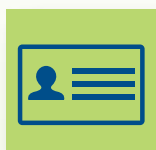




TỪ ĐÀİ THỌ ĐẾN CHĂM SÓC

Con đường dẫn tới việc Chăm Sóc Tốt Hơn Và Sống Khỏe Mạnh Hơn



Bước 2: Hiểu rõ bảo hiểm sức khỏe của quý vị



1



Bắt đầu ở đây

Đặt sức khỏe lên hàng đầu

- Sống khỏe mạnh là điều quan trọng cho quý vị và gia đình mình.
- Duy trì lối sống lành mạnh ở nhà, chỗ làm, và trong cộng đồng.
- Khám thăm dò sức khỏe theo đề nghị và điều quản những căn bệnh mãn tính.
- Giữ tất cả các thông tin sức khỏe của quý vị ở một chỗ.

2



Hiểu rõ bảo hiểm sức khỏe của quý vị

- Hỏi chương trình sức khỏe của quý vị hay chương trình Medicaid hoặc chương trình CHIP của tiểu bang để xem dịch vụ nào được bao trả.
- Làm quen với các chi phí của quý vị (bảo phí, tiền phụ trả, tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm).
- Biết sự khác biệt giữa trong hệ thống và ngoài hệ thống.

3



Biết đi đâu để được chăm sóc

- Sử dụng phòng cấp cứu cho tình trạng bệnh đe dọa đến tánh mạng.
- Nên sử dụng chăm sóc chính khi không phải là trường hợp khẩn cấp.
- Biết sự khác biệt giữa chăm sóc chính và chăm sóc khẩn cấp.

4



Tìm người chăm sóc

- Hỏi người quý vị tin tưởng và/hoặc tìm kiếm trên internet.
- Kiểm tra danh sách người chăm sóc của chương trình.
- Liên lạc với chương trình nếu muốn thay đổi người chăm sóc đã được chỉ định cho quý vị
- Nếu quý vị được ghi danh vào Medicaid hay CHIP, liên lạc với chương trình Medicaid hay CHIP của tiểu bang để được giúp đỡ.

5



Lấy hẹn

- Cho biết quý vị là bệnh nhân mới hay đã từng đến trước đó.
- Cho biết tên của chương trình bảo hiểm và hỏi xem họ có nhận bảo hiểm của quý vị không.
- Cho họ biết tên của người chăm sóc quý vị muốn khám bệnh và lý do quý vị muốn lấy hẹn.
- Hỏi ngày giờ thích hợp cho quý vị.

6



Chuẩn bị khi đến khám bệnh

- Mang theo thẻ bảo hiểm.
- Biết rõ bệnh sử gia đình và lập danh sách bất cứ loại thuốc nào quý vị dùng.
- Mang theo danh sách các câu hỏi và những điều cần bàn thảo, và ghi chú trong lúc khám bệnh.
- Có người đi cùng để giúp đỡ nếu quý vị cần.

Không

Nếu muốn đổi người chăm sóc, trở lại Bước 4.

7



Xem người chăm sóc có phù hợp với quý vị không

- Quý vị có thấy thoải mái với người chăm sóc khám bệnh mình không?
- Quý vị có thể hiểu và nói chuyện với người chăm sóc của mình không?
- Quý vị có thấy mình và người chăm sóc có thể cùng nhau lấy quyết định sáng suốt không?
- Hãy nhớ: Quý vị có thể đổi người chăm sóc khác!

Có

8



Những bước kế tiếp sau buổi hẹn

- Làm theo chỉ dẫn của người chăm sóc.
- Lấy thêm thuốc quý vị được cấp, và dùng theo hướng dẫn.
- Sắp xếp buổi hẹn nếu quý vị cần theo dõi bệnh.
- Duyệt qua giải thích quyền lợi và trả hóa đơn y tế của quý vị.
- Liên lạc với người chăm sóc, chương trình sức khỏe chương trình Medicaid hay CHIP của tiểu bang nếu có thắc mắc.

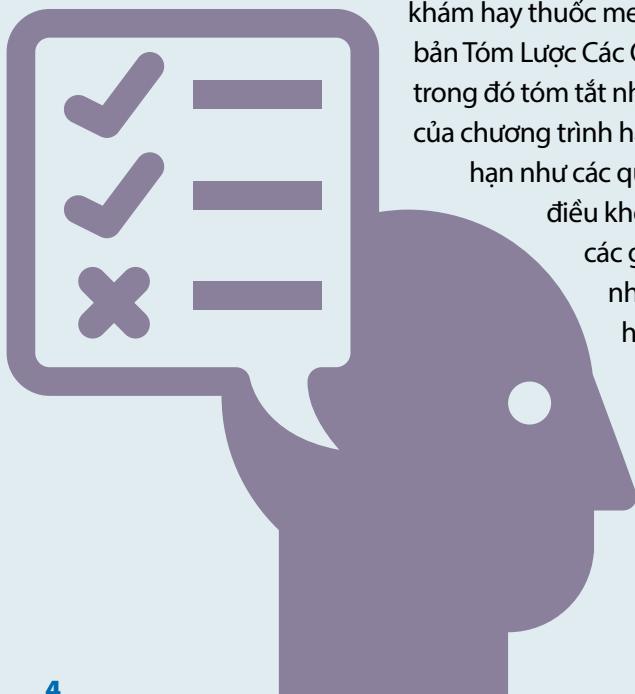


2 Hiểu rõ bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

Bảo hiểm sức khỏe trang trải cho các dịch vụ người chăm sóc, thuốc men, chăm sóc tại bệnh viện, và thiết bị đặc biệt khi quý vị bị bệnh. Bảo hiểm sức khỏe cũng quan trọng khi quý vị không bị bệnh. Phần lớn bảo hiểm bao gồm chính ngừa miễn phí cho trẻ em và người lớn, lần khám thường niên cho phụ nữ và vị cao niên, khám thăm dò béo phì và cổ vắn cho người ở mọi độ tuổi, và nhiều hơn nữa đều miễn phí. Duy trì bảo hiểm của quý vị bằng cách đóng bảo phí hàng tháng (nếu quý vị có).

Chương trình bảo hiểm có thể khác nhau tùy theo người chăm sóc và số tiền quý vị phải đóng. Các chương trình Medicaid và CHIP cũng thay đổi giữa các tiểu bang. Hỏi hãng bảo hiểm hay chương trình Medicaid và CHIP để chắc chắn là quý vị hiểu rõ dịch vụ và người chăm sóc nào mà chương

trình của quý vị sẽ trả, và phí tổn cho mỗi lần khám hay thuốc men là bao nhiêu. Hỏi họ bản Tóm Lược Các Quyền Lợi và Bảo Hiểm trong đó tóm tắt những đặc điểm chính của chương trình hay việc đòi thọ, chẳng hạn như các quyền lợi được đòi thọ, điều khoản chia sẻ chi phí, và các giới hạn đòi thọ cũng như các ngoại lệ của bảo hiểm.



Dưới đây là các giải thích về những từ ngữ chính về bảo hiểm sức khỏe mà quý vị có thể đã nghe biết. Những từ ngữ chính khác được giải thích ở mặt sau của tập sách này.

- **Hệ thống (Network)** là các cơ sở, những người chăm sóc, và những người cung cấp đã ký hợp đồng với hãng bảo hiểm của quý vị để cung cấp các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe.
 - Liên lạc với hãng bảo hiểm của quý vị để biết người chăm sóc nào nằm “trong hệ thống” Những người chăm sóc này còn được gọi là “người chăm sóc chọn lọc” hay “người chăm sóc có tham gia.”
 - Nếu người chăm sóc nằm “ngoài hệ thống” thì có thể tốn phí sẽ nhiều hơn khi đến khám với họ.
 - Các hệ thống có thể thay đổi. Hỏi nhóm chăm sóc mỗi lần quý vị lấy hẹn để biết được quý vị sẽ phải trả bao nhiêu tiền.
- **Tiền khấu trừ (Deductible)** là số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà bảo hiểm sức khỏe hay chương trình bao trả trước khi bảo hiểm sức khỏe hay chương trình bắt đầu trả.

Thí dụ, nếu tiền khấu trừ của quý vị là \$1,000, chương trình sức khỏe sẽ không trả bất cứ khoản nào cho đến khi quý vị trả hết \$1,000 tiền khấu trừ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải chịu tiền khấu trừ. Tiền khấu trừ có thể không áp dụng cho tất cả các dịch vụ.



• **Tiền đồng bảo hiểm (Co-insurance)** là chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc y tế được bảo hiểm, tính theo phần trăm (thí dụ 20%) của số tiền được ấn định cho một dịch vụ. Quý vị trả tiền đồng bảo hiểm cộng với bất cứ tiền khấu trừ nào quý vị còn thiếu.

Thí dụ, nếu số tiền được cho phép của bảo hiểm sức khỏe hay chương trình cho lần khám tại văn phòng là \$100 và quý vị đã trả xong tiền khấu trừ thì tiền trả đồng bảo hiểm 20% của quý vị sẽ là \$20. Bảo hiểm sức khỏe hay chương trình sẽ trả phần còn lại của số tiền được ấn định.

• **Tiền phụ trả (Copayment)** hay phụ trả là số tiền quý vị phải trả để chia sẻ chi phí cho dịch vụ y tế hay tiếp liệu, như khám bác sĩ, khám bệnh viện ngoại chấn, hay thuốc theo toa. Tiền phụ trả thường là khoản tiền cố định, hơn là số phần trăm.

Thí dụ, quý vị có thể trả \$10 hay \$20 cho lần khám bệnh, thử nghiệm phòng lab, hay thuốc men. Tiền phụ trả thường từ khoảng \$0 đến \$50 tùy theo chương trình bảo hiểm và loại khám bệnh hay dịch vụ.

• **Bảo phí (Premium)** là số tiền quý vị phải đóng cho bảo hiểm hay chương trình sức khỏe của quý vị. Quý vị và/hoặc hãng làm thường đóng bảo phí hàng tháng, hàng tam cá nguyệt, hay hàng năm.

Bảo phí không bao gồm trong tiền khấu trừ, tiền đồng trả, hay đồng bảo hiểm. Nếu không đóng bảo phí quý vị có thể mất bảo hiểm.

• **Tiền xuất túi tối đa (Out-of-pocket maximum)** là khoản tiền nhiều nhất quý vị trả trong thời hạn hợp đồng (thường là một năm) trước khi bảo hiểm hay chương trình sức khỏe bắt đầu trả 100% cho các quyền lợi sức khỏe thiết yếu được bao trả. Giới hạn này bao gồm tiền khấu trừ, đồng bảo hiểm, tiền phụ trả, hay chi phí tương tự và bất cứ chi phí nào khác cần phải trả cho chi phí y tế thích hợp. Giới hạn này không cần phải bao gồm bảo phí hay chi tiêu cho các quyền lợi sức khỏe không cần thiết.

Chi phí tiền xuất túi tối đa giới hạn cho thị trường bảo hiểm riêng lẻ trong 2014 có thể không quá \$6,350 đối với chương trình cá nhân và \$12,700 cho chương trình gia đình.

• **Giải thích quyền lợi (Explanation of Benefits hay EOB)** là tóm lược các chi phí chăm sóc y tế mà chương trình sức khỏe gởi cho quý vị sau khi quý vị gặp người chăm sóc hay nhận một dịch vụ. Đây không phải hóa đơn. Đây là hồ sơ chăm sóc sức khỏe mà quý vị hay nhiều người khác được đài thọ theo hợp đồng và người chăm sóc tính bao nhiêu cho chương trình sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị phải trả nhiều hơn cho việc chăm sóc của mình thì người chăm sóc sẽ gởi cho quý vị một hóa đơn riêng.





Thẻ Bảo Hiểm hay Các Giấy Tờ Khác

Quý vị có thể nhận trọn hồ sơ hội viên với các thông tin về bảo hiểm của mình từ chương trình sức khỏe hay chương trình Medicaid hoặc CHIP tiểu bang. Xin đọc qua thông tin này vì quý vị sẽ cần khi đến khám bệnh với người chăm sóc hoặc nếu quý vị gọi cho hãng bảo hiểm để nêu thắc mắc. Nếu quý vị không thể đọc hay hiểu rõ thì gọi cho chương trình sức khỏe của mình hoặc chương trình Medicaid hay CHIP và yêu cầu họ giải thích cho quý vị.

Quý vị có thể nhận được thẻ hay giấy tờ khác như một giấy chứng nhận của bảo hiểm. Thẻ của quý vị có thể trông khác với thẻ này nhưng có cùng loại thông tin như nhau. Một số chương trình sức khỏe không có thẻ, nhưng chắc là quý vị đã nhận thông tin này theo cách khác. Nếu quý vị chưa nhận được thẻ, xin liên lạc với chương trình sức khỏe để xem quý vị có cần thẻ hay không.

TÊN HÃNG BẢO HIỂM

Loại chương
trình bảo hiểm

4

Ngày hiệu lực

Số nhóm thuốc theo toa XXXXX

Tiền phụ trả cho thuốc theo toa
\$15.00 thuốc loại thường
\$20.00 thuốc có nhãn hiệu

7

Tên hội viên: Jane Doe

Số thẻ hội viên: XXX-XX-XXX

1

2

Số nhóm: XXXXX-XXX

3

Tiền phụ trả bác sĩ chăm sóc chính \$15.00

Tiền phụ trả bác sĩ chuyên khoa \$25.00

Tiền phụ trả phòng cấp cứu \$75.00

5

Dịch vụ hội viên: 800-XXX-XXXX

6

Chương trình sức khỏe của quý vị hay chương trình Medicaid hoặc CHIP tiểu bang có thể ghi các thông tin sau đây trên thẻ bảo hiểm hay giấy tờ khác của quý vị.

- 1 Tên và ngày sinh của hội viên.** Những thông tin này thường viết bằng chữ in trên thẻ quý vị.
- 2 Số thẻ hội viên.** Số này được dùng để người chăm sóc biết cách tính tiền chương trình sức khỏe của quý vị. Nếu người hôn phối hoặc con quý vị cũng được bảo hiểm như quý vị thì số thẻ hội viên có thể tương tự.
- 3 Số nhóm.** Số này được dùng để theo dõi các quyền lợi đặc biệt của chương trình. Số này cũng dùng để nhận diện quý vị để người chăm sóc biết cách tính tiền hằng bảo hiểm của quý vị.
- 4 Loại bảo hiểm.** Thẻ của quý vị có thể có nhãn như HMO, PPO, HSA, Open, hay từ khác để mô tả loại bảo hiểm của quý vị. Những từ này cho biết loại hệ thống của chương trình quý vị có và người chăm sóc nào "trong hệ thống" để quý vị có thể đến khám bệnh.
- 5 Tiền phụ trả.** Đây là số tiền quý vị trả khi được chăm sóc sức khỏe.
- 6 Số điện thoại.** Quý vị có thể gọi cho chương trình sức khỏe nếu có thắc mắc về việc tìm người chăm sóc hay biết bao hiểm của quý vị bao gồm những gì. Đôi khi số điện thoại được ghi ở mặt sau của thẻ bảo hiểm.
- 7 Tiền phụ trả cho thuốc theo toa.** Đây là số tiền quý vị trả cho mỗi toa thuốc mà quý vị lấy thêm.



Các câu hỏi dưới đây có thể giúp quý vị hiểu rõ hơn bảo hiểm của mình và những gì quý vị sẽ trả khi được chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị không biết câu trả lời cho những câu hỏi này, hãy liên lạc chương trình bảo hiểm của mình hay chương trình Medicaid tiểu bang hoặc cơ quan CHIP.

- Tôi phải trả bao nhiêu tiền cho lần khám bệnh vòng đầu? Lần khám chuyên khoa? Lần khám sức khỏe tâm thần/hành vi?
- Tôi có phải trả số tiền khác nhau nếu khám bệnh với người chăm sóc “trong hệ thống” hay “ngoài hệ thống” không?
- Tôi phải trả bao nhiêu tiền cho thuốc theo toa?
- Có giới hạn số lần khám bệnh với người chăm sóc, như người chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc chuyên viên vật lý trị liệu không?
- Tôi sẽ tốn bao nhiêu để đến Phòng Cấp Cứu nếu không phải là trường hợp khẩn cấp?
- Tiền khấu trừ là gì?
- Tôi có cần giấy giới thiệu để được khám bệnh với bác sĩ chuyên khoa không?
- Dịch vụ nào không được chương trình sức khỏe của tôi bao trả?

PHÒNG NGỪA GIAN LẬN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Nếu có người khác dùng thẻ bảo hiểm hay số thẻ hội viên của quý vị để lấy thuốc theo toa hoặc đi chăm sóc y tế thì họ phạm tội gian lận. Hãy giúp phòng ngừa gian lận.

- Đừng để ai khác dùng thẻ bảo hiểm của quý vị.
- Giữ kín thông tin cá nhân.
- Gọi cho hãng bảo hiểm ngay nếu quý vị mất thẻ bảo hiểm hay nghi ngờ có gian lận.

Đây là một số thí dụ về cách chương trình bảo hiểm của quý vị hay chương trình Medicaid hoặc cơ quan CHIP tiểu bang có thể sử dụng những từ ngữ được bàn thảo trong đoạn này để bao trả việc chăm sóc y tế của quý vị.

- Tất cả các chương trình sức khỏe phải cung cấp cho quý vị bản Tóm Lược Các Quyền Lợi và Bảo Hiểm, vốn sẽ có các thí dụ này cho thấy cách chương trình có thể giúp trả tiền các dịch vụ.
- Chi phí thực sự và việc chăm sóc sẽ thay đổi theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe và bảo hiểm của quý vị.
- Liên lạc với chương trình bảo hiểm của quý vị hay chương trình Medicaid tiểu bang hoặc chương trình CHIP để biết thêm thông tin.

Sanh con (sanh thường)

- **Số tiền phải trả cho người chăm sóc:** \$7,540
- **Chương trình bảo hiểm trả** \$5,490
- **Bệnh nhân trả** \$2,050

Thí dụ về chi phí chăm sóc:

Chi phí nằm viện (người mẹ)	\$2,700
Chăm sóc sản khoa thường lệ	\$2,100
Chi phí nằm viện (em bé)	\$900
Gây mê	\$900
Thử nghiệm phòng lab	\$500
Thuốc theo toa	\$200
Quang tuyến X	\$200
Chích ngừa, dịch vụ phòng ngừa khác	\$40
Tổng cộng	\$7,540

Bệnh nhân trả:

Tiền khấu trừ	\$700
Tiền phụ trả	\$30
Tiền đồng bảo hiểm	\$1,320
Tổng cộng	\$2,050

Điều quản bệnh tiểu đường loại 2 (một năm thường xuyên duy trì và kiểm soát tình trạng mãn tính)

- **Số tiền phải trả cho người chăm sóc:** \$5,400
- **Chương trình trả** \$3,520
- **Bệnh nhân trả** \$1,880

Thí dụ về chi phí chăm sóc:

Thuốc theo toa	\$2,900
Thiết bị và tiếp liệu y tế	\$1,300
Khám tại văn phòng và các xét nghiệm khác	\$700
Hướng dẫn	\$300
Thử nghiệm phòng lab	\$100
Chích ngừa, dịch vụ phòng ngừa khác	\$100
Tổng cộng	\$5,400

Bệnh nhân trả:

Tiền khấu trừ	\$800
Tiền phụ trả	\$500
Tiền đồng bảo hiểm	\$580
Tổng cộng	\$1,880

Các con số không phải là chi phí thực tế và không bao gồm hết các thông tin chính.

Nguồn tài liệu tham khảo: <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Files/Downloads/sbc-sample.pdf>

CHÚ GIẢI

Khiếu Nại (Appeal)

Khiếu nại là hành động quý vị có thể làm nếu không đồng ý với quyết định về việc bao trả hay số tiền trả của chương trình sức khỏe. Quý vị có thể khiếu nại nếu chương trình sức khỏe từ chối một trong những điều sau đây:

- Yêu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp liệu, hay thuốc theo toa mà quý vị nghĩ rằng mình có quyền nhận
- Yêu cầu việc trả tiền chăm sóc sức khỏe hay thuốc theo toa mà quý vị đã lấy
- Yêu cầu thay đổi khoản tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa
- Quý vị cũng có thể khiếu nại nếu đã được bảo hiểm và chương trình ngưng trả tiền.

Tiền đồng bảo hiểm (Co-insurance)

Số tiền quý vị phải trả để chia sẻ chi phí cho các dịch vụ sau khi quý vị trả bất cứ tiền khấu trừ nào. Tiền đồng bảo hiểm thường là số phần trăm (thí dụ như 20%).

Tiền phụ trả (Copayment)

Số tiền quý vị phải trả để chia sẻ chi phí cho dịch vụ y tế hay tiếp liệu, như bác sĩ khám bệnh, bệnh viện khám ngoại chấn, hay lấy thuốc theo toa. Tiền phụ trả thường là khoản tiền cố định, hơn là số phần trăm. Thí dụ, quý vị có thể trả \$10 hay \$20 cho lần bác sĩ khám bệnh hay thuốc theo toa.

Tiền khấu trừ (Deductible)

Số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế trước khi bảo hiểm sức khỏe hay chương trình bắt đầu trả hết phần còn lại.

Dịch vụ khẩn cấp (Emergency Services)

Đánh giá bệnh, thương tích, triệu chứng, hay tình trạng nghiêm trọng đến nỗi một người hiểu biết sẽ đi chăm sóc ngay để giữ cho tình trạng không xấu đi.

Các dịch vụ loại trừ (Excluded Services)

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà bảo hiểm sức khỏe hay chương trình không trả.

Giải thích quyền lợi (hay EOB) [Explanation of Benefits (EOB)]

Tóm lược chi phí chăm sóc sức khỏe mà hãng bảo hiểm gởi cho quý vị sau khi quý vị gặp người chăm sóc hay nhận được một dịch vụ. Đây không phải là hóa đơn. Đó là hồ sơ chăm sóc sức khỏe mà quý vị hay nhiều người khác được bao trả theo hợp đồng, cho biết người chăm sóc tính bao nhiêu tiền cho hãng bảo hiểm của quý vị.

Danh sách thuốc đề nghị (Formulary)

Danh sách thuốc theo toa được chương trình thuốc theo toa hay chương trình bảo hiểm khác đài thọ, cung cấp các quyền lợi thuốc theo toa. Cũng còn gọi là danh sách thuốc.

Bệnh viện chăm sóc ngoại chẩn (Hospital Outpatient Care)

Chăm sóc tại bệnh viện thường không đòi hỏi phải ở qua đêm.

Tiền đồng bảo hiểm trong hệ thống (In-network Co-insurance)

Phần trăm (thí dụ như 20%) của số tiền được ấn định, mà quý vị trả cho người chăm sóc có hợp đồng với hãng bảo hiểm sức khỏe hay chương trình, cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ. Tiền đồng bảo hiểm trong hệ thống thường tính quý vị ít hơn tiền đồng bảo hiểm ngoài hệ thống.

Tiền phụ trả trong hệ thống (In-network Copayment)

Số tiền cố định (thí dụ như \$15) quý vị trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ cho người chăm sóc có hợp đồng với hãng bảo hiểm sức khỏe hay chương trình. Tiền phụ trả trong hệ thống thường ít hơn tiền phụ trả ngoài hệ thống.

Hệ thống (còn gọi là trong hệ thống) (Network)

Các cơ sở, người chăm sóc, và nhà cung cấp mà hãng bảo hiểm hay chương trình sức khỏe có ký hợp đồng để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Ngoài hệ thống (Out-of-network)

Người chăm sóc không có hợp đồng với hãng bảo hiểm hay chương trình sức khỏe cung cấp các dịch vụ cho quý vị. Quý vị sẽ trả tiền nhiều hơn khi sử dụng.

Tiền đồng bảo hiểm ngoài hệ thống (Out-of-network Co-insurance)

Phần trăm (thí dụ như 40%) của số tiền được cho phép cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ mà quý vị trả cho người chăm sóc không có hợp đồng với hãng bảo hiểm hay chương trình sức khỏe. Tiền đồng bảo hiểm ngoài hệ thống thường tính quý vị nhiều hơn tiền đồng bảo hiểm trong hệ thống.

Tiền phụ trả ngoài hệ thống (Out-of-network Copayment)

Số tiền cố định (thí dụ như \$30) quý vị trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ từ người chăm sóc không có hợp đồng với hãng bảo hiểm hay chương trình sức khỏe. Tiền phụ trả ngoài hệ thống thường nhiều hơn tiền phụ trả trong hệ thống.

Tiền xuất túi tối đa (Out-of-pocket Maximum)

Khoản tiền nhiều nhất quý vị trả trong thời hạn hợp đồng (thường là một năm) trước khi bảo hiểm hay chương trình sức khỏe bắt đầu trả 100% cho các quyền lợi sức khỏe thiết yếu được đài thọ. Tiền xuất túi tối đa bao gồm tiền khấu trừ hàng năm và cũng có thể gồm bất cứ chia sẻ chi phí nào quý vị có sau khi khấu trừ. Đối với phần lớn các chương trình sức khỏe cho 2014, tiền xuất túi tối đa cao nhất cho một người là \$6,350 và \$12,700 cho gia đình. Những con số này sẽ tăng trong năm 2015.

Cho phép trước (Preauthorization)

Đây là quyết định của hãng bảo hiểm hay chương trình sức khỏe rằng dịch vụ chăm sóc y tế, kế hoạch chữa trị, thuốc theo toa, hay thiết bị y tế lâu dài, được biết là cần thiết về y tế. Đôi khi giấy này được gọi là cho phép trước, chấp thuận trước, hay chứng nhận trước. Bảo hiểm hay chương trình sức khỏe có thể đòi hỏi giấy cho phép trước cho một số dịch vụ trước khi quý vị được phục vụ, ngoại trừ trong trường hợp khẩn cấp. Cho phép trước không phải là lời hứa của bảo hiểm hay chương trình sức khỏe sẽ đài thọ chi phí.

Bảo phí (Premium)

Tiền trả định kỳ cho hãng bảo hiểm hay chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc đài thọ thuốc theo toa.

Dịch vụ phòng ngừa (Preventive Services)

Chăm sóc sức khỏe thường lệ bao gồm khám thăm dò, khám sức khỏe, và cố vấn bệnh nhân để phòng ngừa bệnh, bệnh tật, hay những vấn đề sức khỏe khác hoặc để phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu, khi mà việc chữa trị có tác dụng tốt nhất (chăm sóc này có thể bao gồm các dịch vụ như chích ngừa cúm và viêm phổi, chích ngừa, và chụp hình khám thăm dò như rọi kiếng vú, khám thăm dò trầm cảm/sức khỏe hành vi, hay thử máu, tùy theo những gì được khuyến khích cho quý vị).

Người chăm sóc chính (Primary Care Provider)

Bác sĩ khám bệnh quý vị đầu tiên cho phần lớn các vấn đề sức khỏe. Vị này sẽ chăm sóc cho quý vị những thứ cần thiết để giữ gìn sức khỏe. Vị này cũng có thể nói với bác sĩ và người chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị đến những người đó. Trong nhiều chương trình sức khỏe, quý vị phải gặp bác sĩ chăm sóc chính trước khi gặp bất cứ người chăm sóc sức khỏe nào khác.

Bác sĩ chuyên khoa (Specialist)

Bác sĩ chuyên khoa tập trung vào lãnh vực y khoa đặc biệt hay một nhóm bệnh nhân để chẩn đoán, điều quản, phòng ngừa, hoặc chữa trị một số triệu chứng và bệnh trạng. Chuyên khoa viên không phải là bác sĩ, mà là người chăm sóc được huấn luyện nhiều hơn ở lãnh vực chăm sóc y tế đặc biệt.



THÔNG TIN CÁ NHÂN QUAN TRỌNG



Chỉ dẫn này thuộc về _____

Tên chương trình sức khỏe _____

Số hợp đồng _____

Số nhóm _____

Số điện thoại của chương trình sức khỏe _____

Người chăm sóc chính _____

Những người chăm sóc khác _____

Nhà thuốc tây _____

Dị ứng _____

Liên lạc khẩn cấp _____

Thuốc men _____

Những việc khác _____

Bảo vệ danh tính: Giữ kín thông tin cá nhân của quý vị, dù là trên giấy, trực tuyến, hay trên máy điện toán và thiết bị di động. Lưu trữ và bỏ thông tin cá nhân ở nơi an toàn, đặc biệt là số An Sinh Xã Hội của quý vị.



**Số sản phẩm CMS
11839-V tháng 1 năm 2015**