

2023

Enrollment Guide



Service Area 5
Orange County in California



Now offering compassionate coverage with trusted local care





Enrolling in Medicare

What to Expect

The Providence Way

For more than 160 years, Providence has helped to set the health and well-being standard for the region. As our organization has grown, our efforts have aligned under a single mission: to bring True Health to each and every member of the community.

True Health is a commitment to caring for the whole self: mind, body, and spirit. The concept is rooted in the idea that the healthier each of us are, the healthier we all are. We don't deliver True Health to members as a single tool or finished product, because it's more than that. It's an idea, a set of goals that evolve as we learn – a legacy we build together.

We all deserve True Health.



04	Medicare 101: Getting Started
08	Additional Medicare Coverage
12	Who's Eligible for Original Medicare?
14	Providence Medicare Advantage Plans Health and Fitness Perks
16	Frequently Asked Questions
17	How to Enroll
18	What to Expect After Enrollment

Medicare 101

Getting Started

Enrolling in Medicare can be complex, but we're here to keep it from getting confusing.

This guide will explain what your options are and help you take the next step with confidence.

Before you can enroll in a Medicare Advantage plan, you'll need to be fully enrolled in Original Medicare.



Original Medicare

Original Medicare is basic health coverage provided by the government and is a combination of two programs: Part A and Part B.

Part A Hospital insurance

- + Inpatient hospital services
- + Skilled nursing facility care
- + Hospice care
- + Home healthcare

Part A comes at no cost if you or your spouse paid Medicare taxes for at least 10 years.

Part B Medical insurance

- + Outpatient services
- + Doctor visits
- + Outpatient lab tests and x-rays

Part B is paid for based on income and is usually deducted from your Social Security or Railroad Retirement Board.



What's not covered?

Original Medicare covers a lot, but not everything. About 20% of typical out-of-pocket medical costs are left up to you as the individual to cover.

Original Medicare *doesn't* cover services like:

- + Rx drugs
- + Dental
- + Vision
- + Hearing aids
- + Alternative Care

With Providence Medicare Advantage Plans, you will get the additional coverage you need along with financial peace of mind.



To speak with a Providence Medicare Advantage expert, call **1-833-949-0263 (TTY: 711)** or explore and enroll online at ProvidenceTrueHealth.com/guides

Additional Medicare Coverage

Extending Coverage. Controlling Costs.

Many Original Medicare members choose additional Medicare coverage or a Medicare Supplement plan to help them with the costs and services they need.



Additional coverage comes in three forms:

- + Medicare Advantage (Part C)
- + Prescription Drug Coverage (Part D)
- + Medicare Supplement (Medigap)

If you feel that you would benefit from additional Medicare coverage, rest assured that Providence has a plan option to meet your needs – whatever they may be.



To speak with a Providence Medicare Advantage expert, call **1-833-949-0263 (TTY: 711)** or explore and enroll online at ProvidenceTrueHealth.com/guides

Additional Medicare Coverage

Part C

Medicare Advantage

Providence Medicare Advantage Plans include Parts A, B, and many include Part D, while offering extra benefits and services not covered by Original Medicare, such as:

- + Eyeglasses
- + Hearing coverage
- + Wellness programs

While Original Medicare has no out-of-pocket maximum, Providence Medicare Advantage Plans do, giving you more financial freedom and dependability.

Because it is additional coverage, if you enroll in a Part C plan, you'll also continue to pay your Part B premium.



To speak with a Providence Medicare Advantage expert, call **1-833-949-0263 (TTY: 711)** or explore and enroll online at [ProvidenceTrueHealth.com/guides](https://www.ProvidenceTrueHealth.com/guides)

Part D

Prescription Drug Coverage

Original Medicare doesn't cover prescriptions, so private insurers offer prescription drug coverage plans to help with the out-of-pocket costs of:

- + Brand-name drugs
- + Generic drugs

If you don't enroll in Part D coverage when you enroll in Original Medicare, you end up paying a late enrollment penalty. Luckily, most Providence Medicare Advantage plans include Part D coverage, and there are many standalone Part D plans offered on the market. So you have options.

Medigap

Medicare Supplement Plans*

Medicare Supplement plans are designed to help with the out-of-pocket costs associated with Original Medicare.

Medicare Supplement lets you pay a set cost per month, rather than paying for services as you go. With this coverage, you can visit any Medicare-accepting provider or specialist nationwide and without referral.

*Medicare Supplement does not cover prescription drugs, so you will need to pair it with a Medicare Part D plan. Additionally, Medicare Supplement cannot be combined with a Medicare Advantage plan (Part C).

Original Medicare

Who's Eligible?

To be eligible for Medicare Parts A and B, you must be a U.S. citizen or a permanent legal resident for at least five years and be age 65 or older.



If you're under age 65, you're eligible if you:

- + Are permanently disabled and have received disability benefits for at least 24 months
- + Have end-stage renal disease (ESRD)
- + Have Lou Gehrig's disease (ALS)

Enrolling in Medicare at age 65

If you are collecting Social Security or a Railroad Retirement Pension, you will be automatically enrolled into Medicare Parts A and B.

If you are not collecting Social Security or a Railroad Retirement Pension, you will need to apply for Medicare Parts A and B.

- + Apply on the Social Security website: ssa.gov/benefits/medicare
- + Visit your local Social Security office
- + Call Social Security at **1-800-772-1213** (TTY users can call **1-800-325-0778**) or the Railroad Retirement Board (if you worked there) at **1-877-772-5772**

One plan. Many advantages.

Providence Medicare Advantage Plans

In addition to having a variety of plan options to meet your healthcare needs and match your lifestyle, our plans come with a host of cost-saving health and fitness perks to give you more, save you money, and help you on your journey to True Health.



Medicare Star Ratings

Every year, Medicare evaluates plans based on a 5-star rating system. These star ratings, given by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), help you evaluate how well our plan is doing, so you can compare it to the ratings of other plans on the market.

We always aim as high as possible, consistently reaching 4.5 - 5 out of 5 stars. See this year's star rating for Providence Medicare Advantage Plans in the folder at the back of this enrollment kit.



myProvidence

Manage your healthcare online with secure and convenient 24/7 access to claims history, benefits information, and more.



Hearing Coverage

Manage your hearing with one \$0 routine exam per year and up to two hearing aids per year (no coverage on Dual Plus).



Post-discharge meals

Mom's Meals will provide 2 meals per day for 14 days after discharge from an inpatient hospital stay at no cost to you.



Behavioral Health

We are here, whether you need services in a primary care clinic, a psychiatry clinic, an outpatient, or inpatient setting.



Medical Alert System

Sign up for 24/7 access to emergency help at the press of a button, including professional intervention and personal response at no cost.



Vision Coverage

On any plan, you'll get allowances for routine eye exams and for vision hardware like eyeglasses and contact lenses.



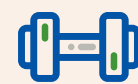
\$0 Rx Copays

Some plans offer \$0 copays on Tier 1 generic drugs as well as reduced costs for 90-day supplies at preferred and mail-order pharmacies.



Over-The-Counter

Our OTC card gives you an allowance every quarter to purchase health and wellness related over-the-counter items. Available on some plans.



Fitness Membership

A no-cost fitness membership, customized workout plans, on-demand workout videos, and one Home Fitness Kit per benefit year through Silver&Fit®.

Frequently Asked Questions

Are my medications covered?

Lists of covered prescriptions can be found in prescription drug formularies, which live online at: [ProvidenceTrueHealth.com/formularyguide](https://www.providencetruehealth.com/formularyguide).

If you would like a printed copy of the formulary, you can request that one be mailed to you by visiting the link above or calling the number below. Formularies are available for Part D prescription drug plans only.

Where do I find a provider?

Find a provider or pharmacy by using our online search tool at: [ProvidenceTrueHealth.com/providerguide](https://www.providencetruehealth.com/providerguide).

If you'd like a printed copy of the provider and/or pharmacy directory, you can request that one or both be mailed to you by calling the number below or visiting the link above.

Who can I call for help?

We are always here to help. Call us at **1-833-949-0263 (TTY: 711)** 8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time) seven days a week (Oct. 1 - Dec. 7) and Monday - Friday (Dec. 8 - Sept. 30).

Providence Medicare Advantage Plans How to Enroll

Here are several ways to enroll in Providence Medicare Advantage Plans – choose whichever one is most convenient for you. We can't wait to welcome you into the Providence community.

- + Enroll online with our secure enrollment form [ProvidenceTrueHealth.com/enrollguide](https://www.providencetruehealth.com/enrollguide).
 - + Enroll by phone by contacting the Providence Medicare Advantage Plans Sales Team at **1-833-949-0263 (TTY: 711)**. Service is available between 8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 - Dec. 7), Monday - Friday (Dec. 8 - Sept. 30).
 - + Enroll one-on-one by scheduling a meeting with a local agent.
 - + Enroll via mail or fax by completing an enrollment form and sending to:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548
Fax: 503-574-8653
-

After enrolling, you will receive a notice in the mail acknowledging receipt of your enrollment request.

- + Medicare's annual enrollment period is October 15 - December 7.
- + Individuals must have both Part A and Part B to enroll.

What to Expect

After Enrollment



ID card and welcome guide

Your member ID card and welcome guide will arrive 7-10 business days after your enrollment is confirmed. The welcome guide gives you valuable information about how to use your plan, how and where to get care, benefit features, and other member resources.



Confirmation and Rx subsidy

After completing and submitting your enrollment form, you will receive a Confirmation of Enrollment letter that includes an effective date of coverage. Members on a plan with prescription drug coverage who qualify for extra help will receive a letter that informs them of their adjusted premium and details their prescription drug cost-sharing benefit.



Within your first 90 days

Within 90 days of enrollment, your Care Management team will send you a Health Risk Assessment by mail. This will help us to better understand your healthcare goals and provide seamless access to quality care.

If you would like to connect with us sooner, need assistance with navigating your healthcare, or would like to talk with an RN directly, please call **503-574-7247 (TTY: 711)**, 8 a.m. to 5 p.m. (Pacific Time), Monday – Friday.

After we confirm your enrollment with Medicare, you may cancel any Medigap or supplemental coverage that you have.

If you were on a Medicare Advantage plan or Medicare Cost plan when you enrolled:

- + Your enrollment in that plan will automatically be cancelled.
- + You do not have to notify the insurance carrier that you want to cancel. Medicare will take care of that when they transfer you to Providence Medicare Advantage Plans.

If you are a first-time member of a Medicare health plan, Medicare Advantage or Medicare Cost plan:

- + You may have a trial period during which you have certain rights to leave Providence Medicare Advantage Plans and purchase a Medigap policy.

Once enrolled in our plan:

- + You are generally limited to making changes between October 15 – December 7.
- + In special circumstances, Medicare may give you an opportunity to switch to another plan.

Please contact **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or visit **www.Medicare.gov** for further information about Medicare benefits and services. TTY users can call **1-877-486-2048** 24 hours a day, seven days a week (Pacific Time).

Notes

Providence Health Assurance is an HMO, HMO-POS and HMO SNP with Medicare and Oregon Health Plan contracts. Enrollment in Providence Health Assurance depends on contract renewal.

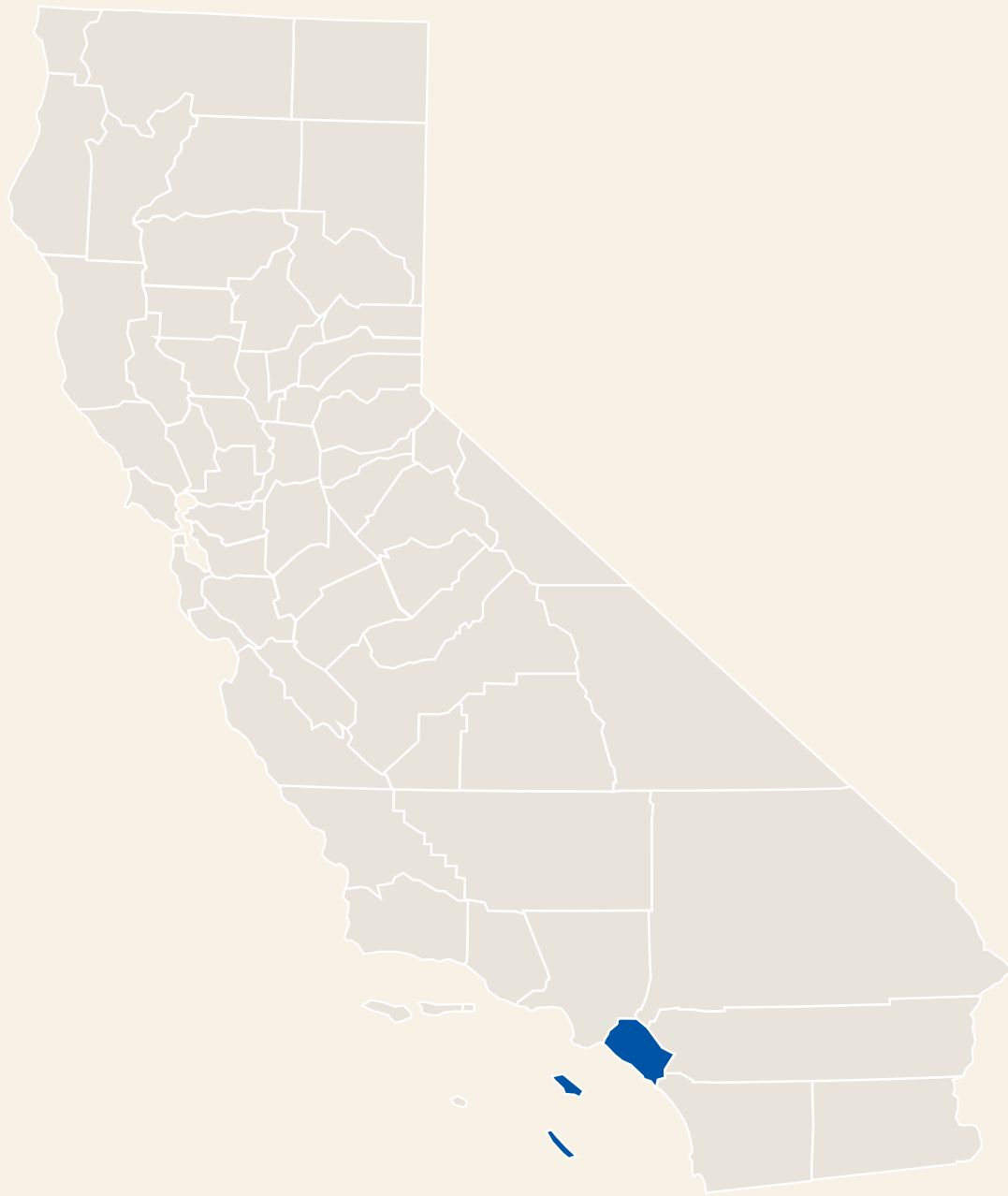
The Formulary may change at any time. You will receive notice when necessary.

2023 Providence Medicare Service Area Map

Orange County in California



+ Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)



Visit ProvidenceTrueHealth.com/plan for more information.

Providence Medicare Advantage Plans – Part C

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)
Monthly premium with prescription drug coverage	\$0
	In-network
Medical deductible	\$0
Out-of-pocket maximum	\$1,200
Benefits	You pay
Doctor office visit (PCP)	\$0
Specialist visit	\$0
Preventive care	\$0
Inpatient hospital	\$0
Skilled nursing facility	Days 1-20: \$0 Days 21-100: \$50/day
Outpatient surgery	\$0 Ambulatory \$0 Hospital
Diabetic supplies	\$0 – 20%
Lab	\$0
X-ray	\$0
Outpatient diagnostic tests & procedures	\$0
Alternative care	(\$500 max)
Chiropractic	\$15
Acupuncture	\$15
Naturopathy	\$15
Therapy: PT, OT, ST	\$0
Durable medical equipment	20%
Home health	\$0
Telehealth**	\$0 PCP or specialist
	Worldwide coverage
Urgent care	\$0
Emergency room*	\$90
Ambulance (ground or air)	\$250 one way

*Copay waived if you are admitted to the hospital within 24 hours for the same condition.

**You will pay the cost sharing that applies to the services.

Other charges and limits may apply. Please refer to Evidence of Coverage for more information.

Providence Health Assurance is an HMO, HMO-POS and HMO SNP with Medicare and Oregon Health Plan contracts. Enrollment in Providence Health Assurance depends on contract renewal.

Pharmacy coverage – Part D

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)	
Annual deductible	\$0	
	30-day	90-day
Preferred generic	\$0	\$0
Generic	\$10	\$10
Preferred brand	\$47	\$141
Non-preferred drugs	\$100	\$300
Specialty drugs	33%	Not available
Vaccines	\$0	Not available
Select Insulin	\$35 max	\$35 max

Copays listed are for Preferred Network pharmacies only; other pharmacy copays may cost more. The Formulary and pharmacy network may change at any time. You will receive notice when necessary.

Initial coverage	Coverage gap	Catastrophic coverage
Phase 1	Phase 2	Phase 3
When the total paid by you and the plan reaches \$4,660, Phase 2 begins.	You continue to pay your Tier 1 and Tier 6 \$0 cost-shares in Phase 2 Coverage Gap. All other cost-shares will be 25%. You stay in this stage until your out-of-pocket costs reach \$7,400. After that, Phase 3 begins.	You pay whichever of these is larger: either 5% coinsurance for the costs of the drug or \$4.15 copay for generic drugs; \$10.35 copay for brand-name or specialty drugs.

Dental, hearing, vision and more

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)
Flex dental card	\$500 allowance per year
Routine eye exams	\$0
Prescription eyeglasses or contact lenses*	\$100 allowance per year
Routine hearing exam (one per year)**	\$0
Hearing aids (two per year)	\$399 - \$699 per hearing aid
Over-the-counter allowance	\$110 allowance per quarter
Post discharge meals	\$0 - two meals per day for 14 days
Medical alert system	\$0
Fitness center membership***	\$0
Wigs for hair loss related to chemotherapy	20% for synthetic 1 wig per year
Non-emergent medical transportation benefit	\$0 for 48 one-way trips per year

*You are responsible for any cost above the allowance for routine eye exams, prescription eyeglasses or contact lenses. **You must see a TruHearing provider. Other charges and limits may apply. ***Premium fitness network is available for an additional cost per month.

Medicare can be complex.

We're here to keep it from getting confusing.

Whatever your healthcare needs are, Providence offers a Medicare Advantage plan that has you covered. Explore the plan options in your area, and don't hesitate to call us if you have questions. Providence Medicare Advantage experts are ready and waiting to help you.

Have questions?

We are always here to help.

Call us at **1-866-948-4985 (TTY: 711)**

8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 – Dec. 7)
and Monday – Friday (Dec. 8 – Sept. 30)



Danh sách Kiểm tra

Trước Ghi danh



Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số **503-574-8000** hoặc **1-800-603-2340** (TTY: 711), 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.

Hiểu về các Quyền lợi

- ✓ Chứng từ Bảo hiểm (EOC) cung cấp một danh sách đầy đủ tất cả các bảo hiểm và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi quý vị ghi danh. Truy cập [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.providencehealthassurance.com/EOC) hoặc gọi số **503-574-8000** hoặc **1-800-603-2340** (TTY: 711) để xem bản sao của EOC.
- ✓ Xem lại danh bạ nhà cung cấp dịch vụ (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị thăm khám hiện đang nằm trong mạng lưới. Nếu họ không có trong danh sách, điều đó nghĩa là quý vị sẽ có thể phải chọn một bác sĩ mới.
- ✓ Xem lại danh mục hiệu thuốc để đảm bảo hiệu thuốc quý vị mua bất kỳ loại thuốc kê đơn nào là hiệu thuốc nằm trong mạng lưới. Nếu hiệu thuốc không có trong danh sách, quý vị có thể sẽ phải chọn một hiệu thuốc mới để mua đơn thuốc của mình.
- ✓ Xem lại danh mục thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị được đài thọ.

Hiểu các Quy tắc Quan trọng

- ✓ Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị (bao gồm các chương trình trả phí \$0), quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Part B của mình. Phí bảo hiểm này thường được lấy ra từ séc An sinh Xã hội của quý vị mỗi tháng. Phí bảo hiểm Part B được đài thọ cho những người ghi danh kép đủ điều kiện cho chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- ✓ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi hàng năm.
- ✓ Khi chọn một sản phẩm HMO, hãy lưu ý rằng ngoại trừ những trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không chi trả cho các dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh sách nhà cung cấp).
- ✓ Các chương trình HMO-POS của chúng tôi cho phép quý vị thăm khám tại các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chúng tôi (các nhà cung cấp không có hợp đồng). Tuy nhiên, mặc dù chúng tôi sẽ thanh toán cho một số dịch vụ được đài thọ, nhà cung cấp phải đồng ý điều trị cho quý vị. Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, các nhà cung cấp dịch vụ không có hợp đồng có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc. Ngoài ra, quý vị sẽ trả một khoản đồng thanh toán cao hơn cho các dịch vụ được các nhà cung cấp không có hợp đồng thực hiện.
- ✓ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) là một chương trình nhu cầu đặc biệt với điều kiện hội đủ kép (D-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên kết quả xác minh rằng quý vị được hưởng cả Medicare và hỗ trợ y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid.
- ✓ Ảnh hưởng đến bảo hiểm hiện tại. Nếu quý vị hiện đang ghi danh một chương trình Medicare Advantage, thì bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ kết thúc sau khi bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Nếu quý vị có Tricare, bảo hiểm của quý vị có thể bị ảnh hưởng khi bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Vui lòng liên hệ Tricare để biết thêm thông tin. Nếu quý vị có chương trình Medigap, sau khi bảo hiểm Medicare Advantage của quý vị bắt đầu, quý vị có thể muốn từ bỏ hợp đồng bảo hiểm Medigap của mình vì quý vị sẽ phải chi trả cho bảo hiểm mà quý vị không thể sử dụng.

MẪU YÊU CẦU GHI DANH MEDICARE ADVANTAGE NĂM 2023

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có bảo hiểm Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia vào một chương trình bảo hiểm, quý vị phải:

- + Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- + Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Lưu ý quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- + Medicare Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- + Medicare Part B (Bảo Hiểm Y Tế)

Tôi sử dụng biểu mẫu này khi nào?

Quý vị có thể tham gia vào một chương trình:

- + Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (cho bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- + Trong vòng 3 tháng đầu tiên nhận bảo hiểm Medicare
- + Trong một số tình huống nhất định, khi mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Truy cập **Medicare.gov** để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình bảo hiểm.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- + Mã số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương)
- + Địa chỉ và số điện thoại thường trú

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn - quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền vào phần này.

Lời nhắc:

- + Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình bảo hiểm trong giai đoạn ghi danh vào mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình đó phải nhận được biểu mẫu hoàn chỉnh của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- + Chương trình sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc phúc lợi An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa) hàng tháng của quý vị.

Theo Đạo Luật Giám Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào được yêu cầu phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi việc này hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để điền những thông tin này ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét yêu cầu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc để xuất đề cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LƯU Ý QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office. Mọi nội dung chúng tôi nhận được mà không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc khó khăn của yêu cầu thu thập thông tin (như nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Các nội dung đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển đến chương trình. Xem phần "Điều gì xảy ra sau đó?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Điều gì xảy ra sau đó?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và ký tên của quý vị theo một trong ba lựa chọn bên dưới:

Chương Trình Providence Medicare Advantage
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

Chụp và fax các trang của biểu mẫu đến:
503-574-8653

Chụp và gửi email các trang của biểu mẫu đến:
provMedicare@providence.org

Sau khi chương trình xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Làm thế nào để tôi xin trợ giúp hoàn thành biểu mẫu này?

Quý vị hãy gọi cho Chương trình Providence Medicare Advantage theo số

503-574-6508 hoặc **1-855-234-2495**. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Hoặc, gọi cho Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY có thể gọi **1-877-486-2048**.

En español: Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** or **1-855-234-2495**/TTY: **711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người đang gặp phải tình trạng vô gia cư

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có hộ khẩu thường trú thì Hộp thư Bưu điện, địa chỉ nhà tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị có bảo hiểm nào khác ngoài các Chương trình Providence Medicare Advantage không? Có Không

Một số cá nhân có thể có bảo hiểm khác, bao gồm bảo hiểm tư nhân khác, TRICARE, bảo hiểm phúc lợi sức khỏe của nhân viên Liên bang, phúc lợi VA hoặc các chương trình hỗ trợ được phẩam của Tiểu bang.

Nếu "có", vui lòng liệt kê bảo hiểm khác của quý vị và mã số nhận dạng (ID) của quý vị cho bảo hiểm này.

Tên của bảo hiểm khác

Mã ID cho bảo hiểm này

Mã nhóm cho bảo hiểm này

Xin đánh dấu tất cả các mục phù hợp: Y tế Nhân khoa Nha khoa Thuốc theo toa

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- + Tôi phải duy trì cả Bảo hiểm Bệnh viện (Part A) và Bảo hiểm Y tế (Part B) để tiếp tục tham gia Chương trình Providence Medicare Advantage.
- + Bằng việc tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng các Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới).
- + Phản hồi của quý vị cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- + Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm - và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi trong một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ được áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- + Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- + Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm theo Chương trình Providence Medicare Advantage bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các phúc lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Chương trình Providence Medicare Advantage. Các phúc lợi và dịch vụ được cung cấp bởi các Chương trình Providence Medicare Advantage và có trong tài liệu "Chứng thư Bảo hiểm" của các Chương trình Providence Medicare Advantage của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Chương trình Medicare và Providence Medicare Advantage đều không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.
- + Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký

Ngày hôm nay

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký ở trên và điền vào các ô dưới đây:

Tên

Địa chỉ

() -

Số điện thoại

Mối quan hệ với người ghi danh

CHỈ DÀNH CHO ĐẠI LÝ SỬ DỤNG

TÊN ĐẠI LÝ

NGÀY

NPN #

NGÀY YÊU CẦU BẢO HIỂM

Phần 2 – Tất cả các ô trên trang này là tùy chọn

Quý vị toàn quyền lựa chọn có trả lời những câu hỏi này hay không. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền câu trả lời vào phần này.

Quý vị là người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người Tây Ban Nha phải không? Chọn tất cả các mục thích hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Mỹ La-tinh | <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người Tây Ban Nha khác |
| <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |

Chủng tộc của quý vị? Chọn tất cả các mục thích hợp.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc Người bản địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người đảo Guam hoặc người Chamorro | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á | <input type="checkbox"/> Người Nhật | <input type="checkbox"/> Người Việt |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Hàn | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người bản xứ Hawaii | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Người Philippines | <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác | |
| | <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương khác | |

Liệt kê Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Nếu quý vị không nêu tên một PCP, quý vị sẽ được chỉ định một PCP.

- Chọn ô này nếu quý vị muốn nhận thông tin bằng tiếng Tây Ban Nha.
 Chọn ô này nếu quý vị muốn nhận thông tin bằng tiếng Việt.

Chọn một ô nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị theo định dạng có thể truy cập được.

- Chữ nổi Braille Bản in chữ lớn Đĩa CD

Vui lòng liên hệ với Chương trình Providence Medicare Advantage theo số 1-800-603-2340 hoặc 503-574-8000 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với định dạng được nêu ở trên. Văn phòng của chúng tôi hoạt động 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, (theo giờ Thái Bình Dương). Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có đi làm không?

- Có Không

Vợ/chồng quý vị có đi làm không?

- Có Không

Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt ghi danh trễ mà quý vị hiện có hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động khấu trừ từ phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hòa xa (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Part D (Part D-IRMAA), quý vị phải trả thêm số tiền này cùng với phí bảo hiểm chương trình của quý vị. Số tiền này thường được trích từ phúc lợi An sinh Xã hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). **KHÔNG** trả số tiền Part D-IRMAA cho Chương trình Providence Medicare Advantage.

Vui lòng chọn một lựa chọn thanh toán phí bảo hiểm:

- Nhận hóa đơn hàng tháng - Sau khi nhận được hóa đơn đầu tiên, quý vị có thể chọn một lựa chọn thanh toán khác:
- + Quý vị có thể thanh toán bằng thẻ tín dụng/thẻ ghi nợ hoặc tài khoản thanh toán/tiết kiệm: Thanh toán một lần hoặc định kỳ có thể được thực hiện qua tài khoản myProvidence của quý vị tại myProvidence.com hoặc thông qua trang web của Providence tại providence.org/premiumpay.
 - + Quý vị có thể thanh toán qua điện thoại: Dịch vụ Tự phục vụ có sẵn 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần theo số 1-844-791-1468, TTY: 711.
- Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hòa xa (RRB) hàng tháng của quý vị.

Tôi nhận phúc lợi trợ cấp hàng tháng từ: An sinh Xã hội RRB

(Việc khấu trừ từ phúc lợi An sinh Xã hội/RRB có thể mất từ hai tháng trở lên để bắt đầu sau khi Sở An sinh Xã hội hoặc RRB chấp thuận khấu trừ. Quý vị có thể nhận được hóa đơn trong vài tháng đầu tiên trước khi bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An sinh Xã hội hoặc RRB không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi quý vị một lá thư cùng hóa đơn giấy cho khoản phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị).

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các phúc lợi Medicare. Mục 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) "Thuốc theo toa Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Chứng thực Tình trạng Hội đủ Điều kiện trong Giai đoạn Ghi danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Có những trường hợp ngoại lệ mà theo đó quý vị được phép ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô nếu tuyên bố đó đúng với quý vị.

Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị hội đủ điều kiện trong Giai đoạn Ghi danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi là người mới tham gia Medicare. | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có sự thay đổi về Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc bị mất Medicaid) vào (điền ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ hủy ghi danh khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn vào (điền ngày): ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Tôi tham gia một chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp. |
| <input type="checkbox"/> Gần đây, tôi đã có sự thay đổi về Trợ giúp Bổ sung để thanh toán bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Trợ giúp Bổ sung mới, đã có sự thay đổi về cấp độ Trợ giúp Bổ sung, hoặc Trợ giúp Bổ sung bị mất) vào (điền ngày): ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào (điền ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12) | <input type="checkbox"/> Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận được Trợ giúp Bổ sung để thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của mình, nhưng tôi chưa có thay đổi. |
| <input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (điền loại ghi danh đặc biệt đang được sử dụng) _____ | <input type="checkbox"/> Tôi đang chuyển đến, sống tại hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã/sẽ chuyển đến cơ sở vào (điền ngày): ____/____/____
Tôi đã/sẽ chuyển ra khỏi cơ sở vào (điền ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi đã ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage (MA OEP)(từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3). | <input type="checkbox"/> Gần đây, tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy của mình (bảo hiểm tốt như bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (điền ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của mình hoặc tôi mới chuyển đến và chương trình này là một lựa chọn mới cho tôi. Tôi đã chuyển đi vào ngày (điền ngày): ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sắp kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi (điền ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã được ra khỏi tù. Tôi được thả vào ngày (điền ngày): ____/____/____ | |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau thời gian dài sống bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào (điền ngày): ____/____/____ | |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có được trạng thái này vào (điền ngày): ____/____/____ | |

- Tôi đã được ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc ghi danh của tôi trong chương trình đó bắt đầu vào (điền ngày): ____ / ____ / ____
- Tôi đã được ghi danh vào một chương trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan, SNP) nhưng tôi đã mất tư cách đủ tiêu chuẩn cho nhu cầu đặc biệt cần thiết để được tham gia vào chương trình đó. Tôi đã bị hủy ghi danh khỏi SNP vào (điền ngày): ____ / ____ / ____
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang (FEMA) hoặc bởi một tổ chức chính quyền Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương.)

Một trong những tuyên bố khác ở đây đúng với tôi, nhưng tôi không thể thực hiện yêu cầu ghi danh của mình vì thảm họa.

Tên của thảm họa gây ảnh hưởng:

Giai đoạn Đủ điều kiện đã bị bỏ lỡ do thảm họa:
(ví dụ: giai đoạn ghi danh ban đầu, giai đoạn ghi danh hàng năm, giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt).

- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một thay đổi mạng lưới quan trọng với chương trình hiện tại của tôi và đã được thông báo vào (điền ngày): ____ / ____ / ____

Nếu không có tuyên bố nào trong số này đúng với quý vị hoặc nếu không chắc chắn, quý vị vui lòng liên hệ với Chương trình Providence Medicare Advantage theo số 1-800-603-2340 hoặc 503-574-8000 (Người dùng TTY xin gọi số 711) để xem quý vị có hội đủ điều kiện ghi danh hay không. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (theo giờ Thái Bình Dương).

Bảng câu hỏi về chủng tộc/Dân tộc

Các câu hỏi sau đây là tùy chọn. Phản hồi của quý vị sẽ giúp chúng tôi phục vụ tất cả các cộng đồng tốt hơn.

Nếu quý vị không tìm thấy lựa chọn mô tả chính xác nhất chủng tộc hoặc dân tộc của mình trong Phần 2, vui lòng thực hiện lựa chọn từ danh sách sau. Mục nào sau đây mô tả bản sắc chủng tộc hoặc dân tộc của quý vị? Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp.

Người Hawaii bản địa hoặc Người đảo Thái Bình Dương

- Người Marshall
- Các cộng đồng thuộc Khu Vực Micronesia
- Người Tonga

Người Da Trắng

- Người Cáp-ca/Người Da trắng (không có liên kết quốc gia)
- Người Đông Âu
- Người Slav
- Người Tây Âu
- Người Da trắng khác (gốc Phi, Úc, New Zealand)

Khác

- Khác
- Tôi không biết.
- Tôi không muốn trả lời.

Người Mỹ da đỏ hoặc Người bản địa Alaska

- Người Mỹ Da Đỏ
- Người Alaska Bản Xứ
- Người Inuit, Metis, hoặc First Nation ở Canada
- Người Bản Xứ Mexico, Trung Mỹ, hoặc Nam Mỹ

Người Mỹ da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi

- Người Mỹ gốc Phi
- Người Caribê gốc Phi
- Người Etiopia
- Người Somali
- Người Châu Phi khác (Da Đen)
- Người gốc Afro-Latinx/Người thuộc hai chủng tộc/Khác
- Người Da Đen khác

Người Trung Đông hoặc Bắc Phi

- Người Trung Đông
- Người Bắc Phi

Người Châu Á

- Người Campuchia
- Các cộng đồng ở Myanmar
- Người Hmong
- Người Lào
- Người Nam Á

Nếu quý vị đã chọn nhiều hơn một phân loại bên trên, có một phân loại quý vị cho là chủng tộc hoặc sắc tộc chính của quý vị không?

Có (vui lòng ghi rõ): _____

Không: Tôi không chỉ có một chủng tộc hoặc sắc tộc chính.

Không: Tôi xác định mình thuộc Hai Chủng Tộc hoặc Nhiều Chủng Tộc.

Không áp dụng: Tôi chỉ chọn một phân loại bên trên.

Không áp dụng: Tôi không biết.

Không áp dụng: Tôi không muốn trả lời.

Ngôn ngữ nói ưa thích của quý vị là gì?

- Tiếng Anh
- Tiếng Quảng Đông
- Tiếng Pháp
- Tiếng Ả Rập
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Việt
- Tiếng Tagalog
- Từ chối/Không rõ
- Tiếng Trung - Khác
- Tiếng Nga
- Tiếng Nhật
- Khác
- Tiếng Quan Thoại
- Tiếng Đức
- Tiếng Hàn

Ngôn ngữ viết ưa thích của quý vị là gì?

- Tiếng Anh
- Tiếng Việt
- Tiếng Nga
- Từ chối/Không rõ
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Trung Giản Thể
- Khác

Nếu quý vị không tìm thấy lựa chọn mô tả chính xác nhất bản dạng giới của mình trong Phần 1, vui lòng thực hiện lựa chọn từ danh sách sau. Quý vị xác định giới của mình thế nào?

- Người chuyển giới Nam
- Phi nhị giới
- Không biết
- Người chuyển giới Nữ
- Khác
- Từ chối trả lời

2023 Tóm Tắt Các Quyền Lợi

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Ngày 1 tháng 1 năm 2023 – Ngày 31 tháng 12 năm 2023

Chương trình này hiện có sẵn tại **Quận Orange, California**.

Khi quý vị tham gia Providence

Quý vị sẽ trở thành một phần của thứ lớn hơn cả một hợp đồng bảo hiểm. Quý vị là một phần của một cộng đồng chăm sóc, tập trung vào sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị. Nhằm giúp quý vị đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe đúng đắn, chúng tôi cung cấp bản tóm tắt về các quyền lợi này, một hướng dẫn ngắn gọn phân tích những khoản chúng tôi sẽ bao trả và những khoản quý vị phải chi trả nếu tham gia chương trình Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO). Nói rõ hơn, bản tóm tắt các quyền lợi này chỉ là một bản tóm tắt. Nó không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi bao trả cũng như mọi giới hạn hoặc trường hợp loại trừ. Các chương trình có thể cung cấp quyền lợi bổ sung ngoài các quyền lợi Phần C và Phần D.

Để có danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi bao trả, vui lòng tham khảo Bằng Chứng Bảo Hiểm (EOC). Quý vị có thể yêu cầu một bản in bằng cách truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/EOC** hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo một trong các số được liệt kê trong phần “Liên Hệ” bên dưới.

Tổng quan về chương trình

Providence Health Assurance là HMO, HMO-POS và HMO SNP có hợp đồng với Chương Trình Sức Khỏe Medicare và Oregon. Việc đăng ký Providence Health Assurance phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Các thành viên của chương trình chúng tôi được nhận tất cả quyền lợi do Original Medicare bao trả cũng như một số quyền lợi bổ sung được nêu trong bản tóm tắt này.

Ai có thể tham gia?

Để tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải được hưởng Medicare Phần A, được đăng ký vào Medicare Phần B và sống trong khu vực hoạt động của chúng tôi. Trong số các khu vực hoạt động của chúng tôi có Quận Orange, California.

Liên hệ

Quý vị có thắc mắc? Chúng tôi sẵn sàng hỗ trợ quý vị bảy ngày một tuần từ 8:00 a.m. đến 8:00 p.m. (Giờ Thái Bình Dương).

- + Nếu quý vị là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 1-800-603-2340 (TTY: 711)
- + Nếu quý vị không phải là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 1-800-457-6064 (TTY: 711)
- + Quý vị cũng có thể ghé thăm chúng tôi trực tuyến tại **ProvidenceHealthAssurance.com**

Các nguồn lực hữu ích

- + Truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider** để xem Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc trong chương trình của chúng tôi hoặc để yêu cầu một bản in. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để nhận bản in qua đường bưu điện.
- + Quý vị muốn xem danh mục thuốc của chương trình (danh sách thuốc theo toa Phần D), bao gồm cả bất kỳ hạn chế nào? Truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary** hoặc gọi cho chúng tôi để nhận bản in.
- + Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay “Medicare & You” (Medicare & Bạn) hiện hành, xem trực tuyến tại **www.Medicare.gov** hoặc yêu cầu một bản in bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Phí Bảo Hiểm Chương Trình Hàng Tháng	\$0 Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B của mình.
Khoản Khấu Trừ Y Tế Hàng Năm	\$0 Không có khoản khấu trừ y tế cho các dịch vụ trong hoặc ngoài mạng lưới.
Trách Nhiệm Tự Trả Tối Đa (không bao gồm thuốc theo toa)	(Các) hạn mức hàng năm của quý vị trong chương trình này:
	Trong mạng lưới: \$1,200

Quyền Lợi	Trong mạng lưới	
Bảo Hiểm Bệnh Viện Nội Trú ¹	Đồng thanh toán \$0	
Bảo Hiểm Bệnh Viện Ngoại Trú ¹	Đồng thanh toán \$0 cho phẫu thuật ngoại trú tại một cơ sở bệnh viện	
Các Dịch Vụ Của Trung Tâm Phẫu Thuật Cấp Cứu (ASC) ¹	Đồng thanh toán \$0 cho phẫu thuật ngoại trú tại một Trung Tâm Phẫu Thuật Cấp Cứu	
Thăm Khám Bác Sĩ	Thăm Khám tại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính	Đồng thanh toán \$0
	Thăm Khám Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	Đồng thanh toán \$0
Chăm Sóc Phòng Ngừa	Quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào	
Chăm Sóc Cấp Cứu	Đồng thanh toán \$90 Nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ, khoản đồng thanh toán chăm sóc cấp cứu sẽ được miễn.	
Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp	Đồng thanh toán \$0	

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Quyền Lợi		Trong mạng lưới
Dịch Vụ Chẩn Đoán/ Phòng Thí Nghiệm/Hình Ảnh	Dịch Vụ X-quang Chẩn Đoán (ví dụ: MRI, siêu âm, chụp CT) ¹	Đồng thanh toán \$0
	Dịch Vụ X-quang Trị Liệu	Đồng thanh toán \$50
	X-quang Ngoại Trú	Đồng thanh toán \$0
	Các Xét Nghiệm và Thủ Thuật Chẩn Đoán ¹	Đồng thanh toán \$0
	Dịch Vụ Phòng Thí Nghiệm	Đồng thanh toán \$0
Dịch Vụ Thính Lực	Được Medicare Bao Trả ²	Đồng thanh toán \$0
	Khám Sức Khỏe Định Kỳ	Đồng thanh toán \$0
	Máy Trợ Thính	Đồng thanh toán \$399 cho mỗi máy trợ thính Nâng Cao hoặc đồng thanh toán \$699 cho mỗi máy trợ thính Cao Cấp
Dịch Vụ Nha Khoa	Được Medicare Chi Trả ²	Đồng thanh toán \$0
	Khác/Không Được Medicare Bao Trả	Trợ cấp \$500 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào quý vị chọn
Dịch Vụ Thị Lực	Khám Sức Khỏe ² /Sàng Lọc Được Medicare Bao Trả	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám Đồng thanh toán \$0 cho sàng lọc bệnh cườm nước
	Khám Sức Khỏe Định Kỳ	Trợ cấp lên đến \$75 mỗi năm dương lịch cho một lần kiểm tra thị lực định kỳ (bao gồm cả kiểm tra khúc xạ)
	Kính Mắt Được Medicare Bao Trả	Đồng thanh toán \$0 cho một cặp kính hoặc kính áp tròng được Medicare bao trả sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể
	Kính Mắt hoặc Kính Áp Tròng Đeo Thường Xuyên	Trợ cấp lên đến \$100 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ sự kết hợp nào của kính mắt đeo thường xuyên được kê toa
Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần	Thăm Khám Nội Trú ¹	Đồng thanh toán \$0
	Thăm Khám Trị Liệu Cá Nhân và Theo Nhóm Ngoại Trú ¹	Đồng thanh toán \$0

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Quyền Lợi	Trong mạng lưới
Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) ¹	Đồng thanh toán 0\$ mỗi ngày cho các ngày 1-20 và đồng thanh toán \$50 mỗi ngày cho các ngày 21-100
Vật Lý Trị Liệu ¹	Đồng thanh toán \$0
Cấp Cứu ¹	Đồng thanh toán \$250
Vận Chuyển	Đồng thanh toán \$0 cho 48 chuyến đi một chiều (mỗi chuyến tối đa 25 dặm)
Thuốc Medicare Phần B ¹	20% tổng chi phí
Chăm Sóc Thay Thế (hạn mức quyền lợi kết hợp cho các dịch vụ trị liệu thần kinh cột sống, châm cứu & chữa bệnh bằng liệu pháp thiên nhiên)	Trị Liệu Thần Kinh Cột Sống: Đồng thanh toán \$15 Chuyên Gia Chữa Bệnh Bằng Liệu Pháp Thiên Nhiên và Chuyên Gia Châm Cứu: Đồng thanh toán \$15 Gói tối đa là \$500
Chương Trình Cung Cấp Bữa Ăn (chỉ sau khi xuất viện)	Đồng thanh toán 0\$ cho 2 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày, sau khi nhập viện nội trú đủ điều kiện
Vật Dụng Mua Tự Do Không Cần Toa	Trợ cấp \$110 mỗi ba tháng (thẻ bán lẻ, ca-ta-lô, đặt hàng trực tuyến, qua đường bưu điện và điện thoại)
Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS)	Đồng thanh toán \$0
Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe	Đồng thanh toán \$0 cho thành viên tập thể dục hàng tháng tại các câu lạc bộ thể dục có tham gia
Tóc giả	20% tổng chi phí cho một bộ tóc giả bằng sợi tổng hợp cho người bị rụng tóc do điều trị hóa trị

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Khoản Khấu Trừ Thuốc Theo Toa

Khoản Khấu Trừ Hàng Năm
(Áp dụng cho tất cả các
bậc)

Không có khoản khấu trừ thuốc theo toa cho chương trình này.

Bảo Hiểm Ban Đầu

Quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho đến khi chi phí thuốc hàng năm của quý vị đạt \$4,660. Tổng chi phí thuốc hàng năm là tổng chi phí thuốc do cả quý vị và chương trình Phần D của chúng tôi thanh toán. Quý vị có thể nhận thuốc tại các hiệu thuốc bán lẻ và hiệu thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.

Chia Sẻ Chi Phí Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện và Bán Lẻ Ưu Tiên

	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 90 ngày
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	Đồng thanh toán \$10	Đồng thanh toán \$10	Đồng thanh toán \$10
Bậc 3 (Thuốc Thương Hiệu Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$47 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)	Đồng thanh toán \$94 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)	Đồng thanh toán \$141 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$100	Đồng thanh toán \$200	Đồng thanh toán \$300
Bậc 5 (Thuốc Biệt Dục)	33% tổng chi phí	Không được bao trả	Không được bao trả
Bậc 6 (Vắc-xin Part D \$0)	Đồng thanh toán \$0	Không được bao trả	Không được bao trả

Insulin Chọn Lọc là Insulin trong danh mục thuốc được bao trả trong Bậc 3 của Danh Sách Thuốc và đang được sử dụng cho chẩn đoán được bao trả theo Phần D. Lưu ý rằng nếu insulin của quý vị đang được sử dụng thông qua một máy bơm insulin được Phần B bao trả, thì insulin đó phải được bao trả theo Phần B và sẽ không đủ điều kiện nhận các khoản đồng thanh toán Phần D.

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Chia Sẻ Chi Phí Bán Lẻ Tiêu Chuẩn			
	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 90 ngày
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$16	Đồng thanh toán \$32	Đồng thanh toán \$48
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	Đồng thanh toán \$20	Đồng thanh toán \$40	Đồng thanh toán \$60
Bậc 3 (Thuốc Thương Hiệu Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$47 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)	Đồng thanh toán \$94 (Đồng thanh toán \$70 cho Insulin Chọn Lọc)	Đồng thanh toán \$141 (Đồng thanh toán \$105 cho Insulin Chọn Lọc)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$100	Đồng thanh toán \$200	Đồng thanh toán \$300
Bậc 5 (Thuốc Biệt Dựng)	33% tổng chi phí	Không được bao trả	Không được bao trả
Bậc 6 (Vắc-xin Part D \$0)	Đồng thanh toán \$0	Không được bao trả	Không được bao trả

Insulin Chọn Lọc là Insulin trong danh mục thuốc được bao trả trong Bậc 3 của Danh Sách Thuốc và đang được sử dụng cho chẩn đoán được bao trả theo Phần D. Lưu ý rằng nếu insulin của quý vị đang được sử dụng thông qua một máy bơm insulin được Phần B bao trả, thì insulin đó phải được bao trả theo Phần B và sẽ không đủ điều kiện nhận các khoản đồng thanh toán Phần D.

Nếu đang cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị sẽ phải thanh toán giống như tại một hiệu thuốc bán lẻ tiêu chuẩn. Quý vị có thể nhận thuốc từ một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhưng có thể phải thanh toán nhiều hơn số tiền quý vị phải trả tại một nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận thuốc từ một hiệu thuốc trong mạng lưới tiêu chuẩn, nhưng có thể phải thanh toán nhiều hơn số tiền quý vị phải trả tại một nhà thuốc trong mạng lưới ưu tiên.

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

<p>Khoảng Chờ Bao Trả (Áp dụng cho tất cả các bậc)</p>	<p>Hầu hết các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare đều có khoảng chờ bao trả (còn gọi là “donut hole”). Điều này nghĩa là có một sự thay đổi tạm thời về số tiền quý vị sẽ trả cho các loại thuốc. Khoảng chờ bao trả bắt đầu sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm (bao gồm cả những khoản chương trình bảo hiểm của chúng tôi đã thanh toán và những khoản quý vị đã thanh toán) đạt \$4,660.</p> <p>Sau khi bước vào khoảng chờ bao trả, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí cho các loại thuốc Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên), \$0 cho Bậc 6 (Vắc-xin Phần D), không quá \$35 mỗi tháng cho Insulin Chọn Lọc và 25% chi phí của chương trình cho các loại thuốc thương hiệu được bao trả và 25% chi phí của chương trình cho các loại thuốc gốc được bao trả khác cho đến khi tổng chi phí của quý vị đạt \$7,400, đây là điểm kết thúc của khoảng chờ bao trả. Không phải tất cả mọi người đều sẽ bước vào khoảng chờ bao trả.</p>
--	---

Chia Sẻ Chi Phí Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện và Bán Lẻ Ưu Tiên

	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 90 ngày
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 3 (Thuốc Thương Hiệu Ưu Tiên)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 5 (Thuốc Biệt Dục)	25% tổng chi phí	Không được bao trả	Không được bao trả
Bậc 6 (Vắc-xin Part D \$0)	Đồng thanh toán \$0	Không được bao trả	Không được bao trả

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Chia Sẻ Chi Phí Bán Lẻ Tiêu Chuẩn			
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$16	Đồng thanh toán \$32	Đồng thanh toán \$48
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 3 (Thuốc Thương Hiệu Ưu Tiên)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin Chọn Lọc)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$70 cho Insulin Chọn Lọc)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$105 cho Insulin Chọn Lọc)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 5 (Thuốc Biệt Dưng)	25% tổng chi phí	Không được bao trả	Không được bao trả
Bậc 6 (Vắc-xin Part D \$0)	Đồng thanh toán \$0	Không được bao trả	Không được bao trả
<p>Insulin Chọn Lọc là Insulin trong danh mục thuốc được bao trả trong Bậc 3 của Danh Sách Thuốc và đang được sử dụng cho chẩn đoán được bao trả theo Phần D. Lưu ý rằng nếu insulin của quý vị đang được sử dụng thông qua một máy bơm insulin được Phần B bao trả, thì insulin đó phải được bao trả theo Phần B và sẽ không đủ điều kiện nhận các khoản đồng thanh toán Phần D.</p>			
Bảo Hiểm Tai Họa (Áp dụng cho tất cả các bậc)	<p>Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị (bao gồm thuốc mua qua nhà thuốc bán lẻ và đặt hàng qua bưu điện) đạt \$7,400, quý vị sẽ phải trả số tiền lớn hơn: 5% chi phí hoặc khoản đồng thanh toán \$4.15 cho thuốc gốc (bao gồm cả thuốc thương hiệu được coi là thuốc gốc) và khoản đồng thanh toán \$10.35 cho tất cả loại thuốc khác.</p>		

Danh mục thuốc và/hoặc mạng lưới nhà thuốc có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết.

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Vắc-xin - Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các loại vắc xin Part D miễn phí cho quý vị. Gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Insulin - Quý vị sẽ thanh toán không quá \$35 cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin mà chương trình của chúng tôi bao trả, bất kể sản phẩm đó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào.

Phạm Vi Cuộc Hẹn

Trung Tâm Các Dịch Vụ Medicare và Medicaid yêu cầu các đại lý ghi lại phạm vi cuộc hẹn tiếp thị* trước bất kỳ cuộc gặp mặt bán hàng cá nhân nào để đảm bảo hiểu được những thông tin sẽ được thảo luận giữa đại lý và người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện được ủy quyền của họ). Mọi thông tin được cung cấp trên biểu mẫu này đều mang tính bảo mật và phải được điền đầy đủ bởi mỗi người có Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của họ.

Vui lòng ký nháy dưới đây, bên cạnh loại (các) sản phẩm mà quý vị muốn đại lý thảo luận.
(Tham khảo trang 2 để biết các mô tả loại sản phẩm)

- Chương Trình Thuốc Kê Theo Toa Medicare Độc Lập (Phần D)
- Chương Trình Medicare Advantage (Phần C) và Các Sản Phẩm Nha
- Khoa/Nhãn Khoa/Thính Giác của Chương Trình Tiết Kiệm Chi Phí
- Các Sản Phẩm Bồi Thường của Bệnh Viện
- Các Sản Phẩm trong Chương Trình Phụ Trội Medicare (Medigap)

Khi ký vào biểu mẫu này, quý vị đồng ý gặp đại lý bán hàng để thảo luận về lại sản phẩm mà quý vị đã ký nháy ở trên. Xin lưu ý, người thảo luận về các sản phẩm là người được chương trình Medicare tuyển dụng hoặc đã ký hợp đồng. Họ không làm việc trực tiếp cho chính phủ liên bang. Người này cũng có thể được trả tiền dựa trên việc quý vị ghi danh vào một chương trình.

Việc ký vào biểu mẫu này KHÔNG thúc ép quý vị phải ghi danh vào một chương trình, ảnh hưởng đến việc ghi danh vào Medicare hiện tại hoặc tương lai của quý vị hoặc tự động ghi danh quý vị vào (các) chương trình được thảo luận.

Chữ Ký của Người Thụ Hưởng hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền và Ngày Ký:	
Chữ Ký:	Ngày Ký:
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký ở trên và viết in hoa dưới đây:	
Tên Người Đại Diện:	Mối Quan Hệ Của Quý Vị với Người Thụ Hưởng:
Phần do Đại Lý điền:	
Tên Đại Lý:	Số Điện Thoại của Đại Lý:
Tên Người Thụ Hưởng:	Số Điện Thoại của Người Thụ Hưởng:
Địa Chỉ của Người Thụ Hưởng:	
Hình Thức Liên lạc Ban Đầu: (Ghi rõ vào đây nếu người thụ hưởng đến mà không cần hẹn trước.)	
Chữ Ký của Đại Lý:	
(Các) chương trình mà đại lý đại diện trong lúc diễn ra cuộc gặp mặt:	Ngày Hoàn Thành Cuộc Hẹn:
Đại lý, nếu biểu mẫu được người thụ hưởng ký vào thời điểm diễn ra cuộc hẹn, hãy giải thích tại sao không ghi lại SOA trước cuộc gặp mặt:	

*Tài liệu về Phạm Vi Cuộc Hẹn tuân theo các yêu cầu lưu giữ hồ sơ CMS.

Chương Trình Thuốc Kê Theo Toa Medicare Độc Lập (Phần D)
Chương Trình Thuốc Kê Theo Toa (Prescription Drug Plan, PDP) Medicare: Chương trình thuốc độc lập giúp thêm khoản đài thọ thuốc kê theo toa vào chương trình Original Medicare, một số Chương Trình Tiết Kiệm Chi Phí Medicare, một số Chương Trình Trả Phí Theo Dịch Vụ Tư Nhân Medicare và Chương Trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế Medicare.
Chương Trình Medicare Advantage (Phần C) và Chương Trình Tiết Kiệm Chi Phí
Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (Health Maintenance Organization, HMO) Medicare: Chương Trình Medicare Advantage cung cấp tất cả khoản đài thọ y tế Phần A và Phần B của chương trình Original Medicare và đôi khi đài thọ cho khoản đài thọ thuốc kê theo toa Phần D. Tại hầu hết các HMO, quý vị chỉ có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ các trường hợp cấp cứu).
Chương Trình Tổ Chức Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Ưu Tiên (Preferred Provider Organization, PPO) Medicare: Chương Trình Medicare Advantage cung cấp tất cả khoản đài thọ y tế Phần A và Phần B của chương trình Original Medicare và đôi khi đài thọ cho khoản đài thọ thuốc kê theo toa Phần D. PPO có các bác sĩ và bệnh viện trong mạng lưới nhưng quý vị vẫn có thể sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới, thường là phải trả chi phí cao hơn.
Chương Trình Trả Phí Theo Dịch Vụ Tư Nhân (Private Fee-For-Service, PFFS) Medicare: Một Chương Trình Medicare Advantage trong đó quý vị có thể đến thăm khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ được Medicare phê duyệt nào chấp nhận thanh toán, điều khoản và điều kiện của chương trình và đồng ý điều trị cho quý vị - không phải nhà cung cấp dịch vụ nào cũng đồng ý. Nếu quý vị đồng ý tham gia một Chương Trình PFFS có mạng lưới, quý vị có thể đến thăm khám bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới nào đồng ý luôn điều trị cho hội viên của chương trình. Quý vị thường sẽ phải chi trả nhiều hơn để thăm khám với các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.
Chương Trình Điểm Cung Cấp Dịch Vụ (Point of Service, POS) Medicare: Loại Chương Trình Medicare Advantage sẵn có trong khu vực địa phương hoặc vùng, kết hợp các đặc điểm tốt nhất của một HMO với quyền lợi ngoài mạng lưới. Giống với HMO, các hội viên được yêu cầu chỉ định một bác sĩ trong mạng lưới làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính. Quý vị có thể sử dụng các bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới với chi phí bổ sung.
Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan, SNP) Medicare: Chương Trình Medicare Advantage có gói quyền lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Ví dụ về các nhóm cụ thể được phục vụ bao gồm những người có cả Medicare và Medicaid, những người sống trong các viện dưỡng lão và những người mắc một số bệnh trạng mãn tính.
Chương Trình Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế (Medical Savings Account, MSA) Medicare: Chương Trình MSA kết hợp chương trình bảo hiểm y tế được khấu trừ cao cùng với tài khoản ngân hàng. Chương trình gửi tiền từ Medicare vào tài khoản. Quý vị có thể sử dụng tiền để thanh toán các chi phí y tế cho tới khi đáp ứng được khoản khấu trừ.
Chương Trình Tiết Kiệm Chi Phí Medicare: Trong Chương Trình Tiết Kiệm Chi Phí Medicare, quý vị có thể đến thăm khám các nhà cung cấp dịch vụ cả trong và ngoài mạng lưới. Nếu quý vị nhận các dịch vụ nằm ngoài mạng lưới của chương trình, dịch vụ được Medicare đài thọ của quý vị sẽ được thanh toán theo chương trình Original Medicare nhưng quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các khoản đồng bảo hiểm và khấu trừ của Medicare.
Chương Trình Medicare Medicaid (Medicare Medicaid Plan, MMP): MMP là một chương trình bảo hiểm y tế tư nhân được thiết kế để cung cấp quyền lợi Medicare và Medicaid được tích hợp và phối hợp dành cho những người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện hưởng cả hai chương trình.
Các Sản Phẩm Nha Khoa/Nhãn Khoa/Thính Giác
Chương trình cung cấp các quyền lợi bổ sung cho người tiêu dùng đang cần đài thọ các nhu cầu về nha khoa, nhãn khoa hoặc thính giác. Những chương trình này không thuộc chi nhánh hoặc kết nối với Medicare.
Các Sản Phẩm Bồi Thường của Bệnh Viện
Chương trình cung cấp các quyền lợi bổ sung; người tiêu dùng có thể thanh toán được dựa trên mức sử dụng y tế của họ; đôi khi được dùng để đài thọ các khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm. Những chương trình này không thuộc chi nhánh hoặc kết nối với Medicare.
Các Sản Phẩm trong Chương Trình Phụ Trợ Medicare (Medigap)
Các chương trình cung cấp hợp đồng bảo hiểm phụ trợ để lấp đầy các “khoảng thời gian không được bảo hiểm” trong khoản đài thọ của chương trình Original Medicare. Hợp đồng bảo hiểm Medigap thường thanh toán một số hoặc tất cả số tiền được khấu trừ và đồng bảo hiểm áp dụng cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, và đôi khi đài thọ cho các vật dụng và dịch vụ không được Medicare đài thọ, chẳng hạn như chăm sóc bên ngoài quốc gia. Những chương trình này không thuộc chi nhánh hoặc kết nối với Medicare.

Providence Health Assurance là HMO, HMO-POS và HMO SNP có hợp đồng với Medicare và Oregon Health Plan. Việc ghi danh vào Providence Health Assurance phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG:

Xếp Hạng Sao của Medicare Năm 2023

Chương Trình Providence Medicare Advantage - H9047

Thông Tin
Chính Thức
về Medicare
của Chính
Phủ Hoa Kỳ



Trong năm 2023, Chương Trình Providence Medicare Advantage - H9047 đã nhận được Xếp Hạng Sao sau đây từ Medicare:

Xếp Hạng Sao Tổng Thể: ★★★★★
Xếp Hạng Dịch Vụ Y Tế: ★★★★★
Xếp Hạng Dịch Vụ Thuốc: ★★★★★



Hàng năm, Medicare đánh giá các chương trình dựa trên hệ thống xếp hạng 5 sao.

Tại Sao Việc Xếp Hạng Sao Lại Quan Trọng

Medicare sẽ đánh giá các chương trình về dịch vụ y tế và thuốc của họ.

Sự xếp hạng này cho phép quý vị dễ dàng so sánh các chương trình dựa trên chất lượng và hiệu quả hoạt động.

Xếp Hạng Sao dựa trên các yếu tố bao gồm:

- Phản hồi từ các hội viên về dịch vụ và dịch vụ chăm sóc của chương trình
- Số lượng hội viên rời hoặc tiếp tục tham gia chương trình
- Số lượng khiếu nại mà Medicare nhận được về chương trình
- Dữ liệu từ các bác sĩ và bệnh viện làm việc với chương trình

Số lượng sao cho thấy chương trình hoạt động tốt ra sao.

★★★★★ XUẤT SẮC
★★★★☆ TRÊN TRUNG BÌNH
★★★☆☆ BÌNH BÌNH
★★☆☆☆ TRUNG BÌNH
★☆☆☆☆ DƯỚI TRUNG BÌNH

Nhiều sao hơn đồng nghĩa rằng chương trình tốt hơn - ví dụ: các hội viên có thể được chăm sóc tốt hơn và nhận dịch vụ khách hàng tốt hơn, nhanh hơn.

Nhận thêm thông tin về Xếp Hạng Sao trực tuyến

So sánh Xếp Hạng Sao cho chương trình này và các chương trình khác trực tuyến tại [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Thắc mắc về chương trình này?

Xin hãy liên hệ với Chương Trình Providence Medicare Advantage 7 ngày trong tuần từ 8:00 sáng đến 8:00 tối giờ Thái Bình Dương theo số 800-457- 6064 (miễn cước) hoặc 711 (TTY). Các hội viên hiện tại vui lòng gọi số 800-603-2340 (miễn cước) hoặc 711 (TTY).

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-603-2340 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

We all deserve True Health

Call us for information, to enroll, or to make a personal appointment at

1-866-948-4985 (TTY: 711)

8 a.m. to 8 p.m. (Pacific Time), seven days a week (Oct. 1 – Dec. 7)

Monday – Friday (Dec. 8 – Sept. 30)

Enroll online at

ProvidenceTrueHealth.com/guidesOC

Other Providers are available in our network.

H9047_2023PHA20_C MDC-378C