

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) do Providence Health Assurance cung cấp

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm cho năm 2025

Quý vị hiện là thành viên của chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Năm tới, sẽ có một số thay đổi đối với chi phí và quyền lợi của chương trình. **Vui lòng xem Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng, trong đó có Phí Bảo Hiểm ở trang 5.**

Tài liệu này trình bày những thay đổi đối với chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các chi phí, quyền lợi hoặc quy tắc, vui lòng xem *Chứng Từ Bảo Hiểm*, có trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để yêu cầu chúng tôi gửi *Chứng Từ Bảo Hiểm* qua đường bưu điện cho quý vị.

Việc cần làm lúc này

1. HỎI: Các thay đổi nào áp dụng cho quý vị

- Kiểm tra các thay đổi về quyền lợi và chi phí của chúng tôi để xem có ảnh hưởng đến quý vị không.
 - Xem xét các thay đổi về chi phí chăm sóc y tế (bác sĩ, bệnh viện).
 - Xem xét các thay đổi về bảo hiểm thuốc của chúng tôi, kể cả các hạn chế bao trả và khoản chia sẻ chi phí.
 - Suy nghĩ về số tiền quý vị sẽ chi cho phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản chia sẻ chi phí.
 - Kiểm tra các thay đổi trong “Danh Sách Thuốc” năm 2025 để đảm bảo các loại thuốc quý vị hiện đang dùng vẫn được bao trả.
 - So sánh thông tin của chương trình năm 2025 với năm 2024 để xem có loại thuốc nào trong số này chuyển sang một bậc chia sẻ chi phí khác hay áp dụng mức hạn chế khác trong năm 2025 hay không, chẳng hạn như sự cho phép trước, trị liệu theo từng bước hoặc giới hạn về số lượng.
- Kiểm tra xem liệu các bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ khác, kể cả nhà thuốc, có còn nằm trong mạng lưới của chúng tôi vào năm tới hay không.
- Kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện được trợ giúp thanh toán chi phí thuốc kê toa hay không. Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” của Medicare.
- Suy nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi hay không.

2. SO SÁNH: Tìm hiểu về các lựa chọn chương trình khác

- Kiểm tra bảo hiểm và chi phí của các chương trình trong khu vực của quý vị. Sử dụng Công Cụ Tìm Chương Trình Medicare (Medicare Plan Finder) tại trang web www.medicare.gov/plan-compare hoặc xem lại danh sách ở mặt sau cẩm nang *Medicare & You 2025* (Medicare và Quý Vị 2025). Để được hỗ trợ thêm, vui lòng liên hệ với Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) để trò chuyện với chuyên viên tư vấn đã qua đào tạo.
- Sau khi quý vị chọn được một chương trình ưa thích, hãy xác nhận các chi phí và bảo hiểm của quý vị trên trang web của chương trình.

3. CHỌN: Quyết định xem quý vị có muốn thay đổi chương trình hay không

- Nếu không tham gia một chương trình khác chậm nhất vào ngày 7 tháng 12 năm 2024, quý vị sẽ tiếp tục tham gia Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- **Để đổi sang một chương trình khác**, quý vị có thể chuyển đổi chương trình từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào **ngày 1 tháng 1 năm 2025**. Khi đó, việc ghi danh tham gia Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) của quý vị sẽ kết thúc.
- Vui lòng xem phần 2.2, trang 14 để tìm hiểu thêm về các lựa chọn của quý vị.
- Nếu quý vị mới chuyển đến hoặc hiện đang sống ở một cơ sở (chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare riêng) bất cứ lúc nào. Nếu mới chuyển ra khỏi một cơ sở, quý vị sẽ có cơ hội chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong khoảng thời gian tròn hai tháng sau tháng mà quý vị chuyển ra.

Nguồn Lược Bổ Sung

- Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Nga.
- Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711). Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần. Cuộc gọi này được miễn phí.
- Thông tin này có sẵn ở nhiều định dạng, trong đó có chữ in lớn và chữ nổi braille.
- **Bảo hiểm thuộc chương trình này đủ điều kiện là Bảo Hiểm Y Tế Hội Đủ Điều Kiện (Qualifying Health Coverage, QHC)** và đáp ứng yêu cầu về trách nhiệm chia sẻ cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Y Tế Giá Hợp Lý (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Hãy truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) tại địa chỉ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Giới thiệu về chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- Providence Health Assurance là một HMO, HMO-POS và HMO SNP có hợp đồng với Medicare và Oregon Health Plan. Việc đăng ký Providence Health Assurance phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- Trong tài liệu này, các từ “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” nghĩa là Providence Health Assurance. Các từ “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” đều được dùng để chỉ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm cho năm 2025

Mục Lục

Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2025.....	5
PHẦN 1 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Năm Tới	7
Phần 1.1 – Thay Đổi đối với Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng	7
Phần 1.2 – Thay Đổi đối với Số Tiền Tự Trả Tối Đa Của Quý Vị.....	7
Phần 1.3 – Thay Đổi đối với Mạng Lưới Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp	8
Phần 1.4 – Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí đối với các Dịch Vụ Y Tế.....	8
Phần 1.5 – Thay Đổi đối với Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Part D	11
PHẦN 2 Thay Đổi về Hành Chính	14
PHẦN 3 Quyết Định Chọn Chương Trình Nào	14
Phần 3.1 – Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	14
Phần 3.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình.....	14
PHẦN 4 Hạn Chót để Thay Đổi Chương Trình	15
PHẦN 5 Các Chương Trình Cung Cấp Dịch Vụ Tư Vấn Miễn Phí về Medicare và Medicaid.....	16
PHẦN 6 Các Chương Trình Giúp Thanh Toán Chi Phí Thuốc Kê Toa	17
PHẦN 7 Quý vị có thắc mắc?.....	17
Phần 7.1 – Nhận Trợ Giúp từ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	17
Phần 7.2 – Nhận Trợ Giúp từ Medicare	18
Phần 7.3 – Nhận Trợ Giúp Từ Oregon Health Plan (Medicaid).....	18

Tóm Tắt Các Chi Phí Quan Trọng cho năm 2025

Bảng dưới đây so sánh chi phí năm 2024 và năm 2025 cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ở một số lĩnh vực quan trọng. **Xin lưu ý đây chỉ là bản tóm tắt các chi phí.**

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
<p>Phí bảo hiểm chương trình hàng tháng*</p> <p>* Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này. Xem Phần 1.1 để biết thông tin chi tiết.</p>	\$0	\$0
<p>Thăm khám tại phòng mạch bác sĩ</p>	<p>Thăm khám chăm sóc chính: 0% hoặc 20% tổng chi phí mỗi lần khám.</p> <p>Thăm khám bác sĩ chuyên khoa: 0% hoặc 20% tổng chi phí mỗi lần khám.</p>	<p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các lần Thăm khám chăm sóc chính.</p> <p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các lần Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa.</p>
<p>Nằm viện nội trú</p>	<p>Số tiền quý vị cần trả cho mỗi giai đoạn quyền lợi là \$0 hoặc:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khoản khấu trừ \$1,632; • Khoản đồng thanh toán \$0 cho các ngày 1-60; • Khoản đồng thanh toán \$408 mỗi ngày cho các ngày 61-90; • Khoản đồng thanh toán \$0 mỗi ngày từ ngày 91 trở đi. 	<p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các lần nằm viện nội trú.</p>

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
<p>Bảo hiểm thuốc kê toa Part D (Xem Phần 1.5 để biết thông tin chi tiết.)</p>	<p>Khấu trừ: \$0</p> <p>Khoản đồng thanh toán trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho thuốc gốc. • Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho tất cả các loại thuốc khác. <p>Bảo Hiểm Tai Họa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Part D được bao trả của quý vị. Quý vị không phải trả gì cả. 	<p>Khấu trừ: \$0</p> <p>Khoản đồng thanh toán trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho thuốc gốc. • Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho tất cả các loại thuốc khác. <p>Bảo Hiểm Tai Họa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Part D được bao trả.
<p>Số tiền tự trả tối đa</p> <p>Đây là số tiền <u>cao nhất</u> quý vị sẽ phải tự trả cho các dịch vụ được bao trả. (Xem Phần 1.2 để biết thông tin chi tiết.)</p>	<p>\$8,850</p> <p>Nếu đủ điều kiện được hỗ trợ khoản chia sẻ chi phí của Medicare theo Oregon Health Plan (Medicaid), quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả.</p>

PHẦN 1 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Năm Tới

Phần 1.1 – Thay Đổi đối với Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Phí bảo hiểm hàng tháng (Quý vị cũng phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B trừ khi Oregon Health Plan (Medicaid) thanh toán phí này cho quý vị.)	\$0	\$0

Phần 1.2 – Thay Đổi đối với Số Tiền Tự Trả Tối Đa Của Quý Vị

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình sức khỏe giới hạn số tiền tự trả của quý vị trong năm. Hạn mức này được gọi là số tiền tự trả tối đa. Khi đạt đến số tiền này, quý vị thường sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào khi nhận các dịch vụ được bao trả trong thời gian còn lại của năm.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Số tiền tự trả tối đa Vì các thành viên của chúng tôi cũng được Oregon Health Plan (Medicaid) hỗ trợ nên từ trước đến nay, có rất ít thành viên đạt đến số tiền tự trả tối đa này. Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả. Chi phí cho các dịch vụ y tế được bao trả (chẳng hạn như các khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ) được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Chi phí thuốc kê toa không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị.	\$8,850	\$9,350

Phần 1.3 – Thay Đổi đối với Mạng Lưới Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp

Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa có thể phụ thuộc vào nhà thuốc mà quý vị sử dụng. Các chương trình thuốc Medicare có một mạng lưới nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị chỉ được bao trả nếu mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Mạng lưới này bao gồm các nhà thuốc có mức chia sẻ chi phí ưu tiên và mức này có thể thấp hơn so với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn của các nhà thuốc khác trong mạng lưới đối với một số loại thuốc.

Các danh mục cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp và/hoặc nhà thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*, chúng tôi sẽ gửi qua đường bưu điện cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Có một số thay đổi đối với mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi trong năm tới. **Vui lòng xem *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp năm 2025*** www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider để biết liệu các nhà cung cấp của quý vị (bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) có còn nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không.

Có một số thay đổi đối với mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi trong năm tới. **Vui lòng xem *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp năm 2025*** www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider để biết các nhà thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Điều quan trọng là quý vị phải biết rằng chúng tôi có thể thay đổi bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (các nhà cung cấp) và nhà thuốc thuộc chương trình của quý vị trong năm. Nếu sự thay đổi giữa năm về các nhà cung cấp của chúng tôi ảnh hưởng đến quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị.

Phần 1.4 – Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí đối với các Dịch Vụ Y Tế

Xin lưu ý rằng *Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm* sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với quyền lợi và chi phí Medicare của quý vị.

Chúng tôi sẽ thực hiện các thay đổi về chi phí và quyền lợi đối với một số dịch vụ y tế vào năm tới. Thông tin sau đây mô tả những thay đổi này.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
<p>Dịch vụ nha khoa (khác; không được Medicare bao trả)</p>	<p>Quý vị được nhận một thẻ ghi nợ nha khoa nạp sẵn với khoản trợ cấp kết hợp tối đa là \$1,700 mỗi năm đối với bảo hiểm phòng ngừa và toàn diện. Quý vị có thể sử dụng thẻ này để thanh toán bất kỳ dịch vụ nha khoa nào tại bất kỳ phòng khám nha khoa nào quý vị muốn. Số tiền chưa sử dụng sẽ hết hạn sau 11:59 p.m. ngày 31 tháng 12 hàng năm và không chuyển sang năm sau.</p>	<p>Quý vị có khoản trợ cấp \$1,900 mỗi năm cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào mà quý vị chọn.</p> <p>Quý vị có thể sử dụng thẻ (thẻ ghi nợ nha khoa nạp sẵn) có mức trợ cấp tối đa là \$1,900 trong khoảng thời gian từ 12:00 a.m. ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến 11:59 p.m. ngày 31 tháng 12 năm 2025. Xin lưu ý rằng nếu quý vị không sử dụng hết số tiền trong thẻ của mình trong khung thời gian đó, số tiền sẽ hết hạn và không được chuyển sang năm tiếp theo.</p>
<p>Chăm sóc cấp cứu</p>	<p>Quý vị sẽ thanh toán 0% hoặc 20% tổng chi phí, tối đa là \$100, cho mỗi lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả.</p>	<p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả.</p>
<p>Các chương trình giáo dục và chăm sóc sức khỏe</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các lớp học về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe.</p>	<p>Các lớp học về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe không được bao trả.</p>

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
<p>Vật dụng mua tự do không cần toa (Over-the-counter, OTC)</p>	<p>Quý vị được nhận một thẻ ghi nợ nạp sẵn với khoản trợ cấp \$400 ba tháng một lần, quý vị có thể sử dụng thẻ này để mua các vật dụng mua tự do không cần toa và mặt hàng thực phẩm lành mạnh được chấp thuận.</p> <p>Các vật dụng mua tự do không cần toa và mặt hàng thực phẩm lành mạnh phải được cung cấp và sắp xếp thông qua nhà cung cấp được ủy quyền hoặc nhà bán lẻ được chấp thuận.</p>	<p>Quý vị được nhận một thẻ ghi nợ nạp sẵn với khoản trợ cấp \$150 cho mỗi ba tháng và có thể sử dụng thẻ này để mua các vật dụng mua tự do không cần toa, thực phẩm và nông sản được chấp thuận.</p> <p>Các vật dụng mua tự do không cần toa, thực phẩm và nông sản phải được cung cấp và sắp xếp thông qua nhà cung cấp được ủy quyền hoặc nhà bán lẻ được chấp thuận.</p>
<p>Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Người Bệnh Mãn Tính (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)</p>	<p>Chương trình không cung cấp quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người bệnh mãn tính.</p>	<p>Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ được nhận một thẻ ghi nợ nạp sẵn với khoản trợ cấp \$250 cho mỗi ba tháng và có thể sử dụng thẻ này để mua thực phẩm và nông sản.</p>
<p>Dịch vụ cấp thiết</p>	<p>Quý vị sẽ thanh toán 0% hoặc 20% tổng chi phí, tối đa là \$65, cho mỗi lần thăm khám chăm sóc khẩn cấp được Medicare bao trả.</p>	<p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám chăm sóc khẩn cấp được Medicare bao trả.</p>
<p>Mô Hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (Value-Based Insurance Design, VBID)</p>	<p>Quý vị được nhận một thẻ ghi nợ nạp sẵn với khoản trợ cấp \$400 cho mỗi quý để mua thực phẩm và nông sản kết hợp với vật dụng mua tự do không cần toa.</p>	<p>Quý vị được nhận một thẻ ghi nợ nạp sẵn với khoản trợ cấp \$150 cho mỗi quý để mua thực phẩm và nông sản kết hợp với vật dụng mua tự do không cần toa.</p>

Phần 1.5 – Thay Đổi đối với Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Part D

Thay Đổi đối với “Danh Sách Thuốc” của Chúng Tôi

Danh sách các loại thuốc được bao trả của chúng tôi được gọi là Danh Mục Thuốc hoặc Danh Sách Thuốc. Chúng tôi sẽ cung cấp một bản sao Danh Sách Thuốc ở định dạng điện tử.

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Danh Sách Thuốc, có thể bao gồm việc xóa hoặc bổ sung thêm thuốc, thay đổi các hạn chế áp dụng cho bảo hiểm của chúng tôi đối với một số loại thuốc hoặc chuyển thuốc sang một bậc chia sẻ chi phí khác. **Xem Danh Sách Thuốc để đảm bảo rằng các loại thuốc của quý vị sẽ được bao trả vào năm tới và để biết liệu có bất kỳ hạn chế nào không hoặc liệu thuốc của quý vị có được chuyển sang một bậc chia sẻ chi phí khác hay không.**

Hầu hết các thay đổi trong Danh Sách Thuốc đều mới vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm tham gia chương trình, nếu các quy định của Medicare cho phép. Chúng tôi cập nhật Danh Sách Thuốc trực tuyến ít nhất là mỗi tháng một lần để cung cấp danh sách thuốc mới nhất. Nếu thay đổi chúng tôi thực hiện sẽ ảnh hưởng đến khả năng quý vị tiếp cận một loại thuốc mà quý vị đang dùng, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị.

Nếu có sự thay đổi về bảo hiểm thuốc vào đầu năm hoặc trong năm ảnh hưởng tới quý vị, vui lòng xem Chương 9 của Chứng Từ Bảo Hiểm và nói chuyện với bác sĩ của quý vị để tìm hiểu các lựa chọn của quý vị, chẳng hạn như yêu cầu cung cấp thuốc dùng tạm thời, đăng ký xét ngoại lệ và/hoặc tìm một loại thuốc mới. Quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để biết thêm thông tin.

Hiện tại, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ một loại thuốc biệt dược khỏi Danh Sách Thuốc nếu thay thế thuốc đó bằng một phiên bản thuốc gốc mới có cùng hoặc ít hạn chế hơn thuốc đó. Ngoài ra, khi thêm một loại thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ lại thuốc biệt dược trong Danh Sách Thuốc nhưng sẽ ngay lập tức thêm hạn chế mới.

Kể từ năm 2025, chúng tôi có thể ngay lập tức thay thế sản phẩm sinh học gốc bằng một số thuốc sinh học tương tự nhất định. Điều này có nghĩa là, chẳng hạn quý vị đang sử dụng một sản phẩm sinh học gốc sắp bị thay thế bằng thuốc sinh học tương tự thì quý vị có thể sẽ không nhận được thông báo về thay đổi đó trước thời điểm chúng tôi thực hiện 30 ngày hoặc không nhận được lượng sản phẩm sinh học gốc dùng cho một tháng tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nếu đang sử dụng sản phẩm sinh học gốc đó tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi thì quý vị sẽ vẫn nhận được thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện nhưng có thể phải sau khi chúng tôi thực hiện thì quý vị mới nhận được.

Quý vị có thể chưa biết một vài loại thuốc trong số này. Để biết định nghĩa về các loại thuốc, vui lòng xem Chương 12 trong *Chứng Từ Bảo Hiểm*. Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (The Food and Drug Administration, FDA) cũng cung cấp thông tin về thuốc cho người tiêu dùng. Vui lòng xem trang web của FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. Quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận Dịch

Vụ Khách Hàng hoặc hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, người kê toa hay dược sĩ của quý vị để biết thêm thông tin.

Thay Đổi đối với Chi Phí Thuốc Kê Toa

Kể từ năm 2025, sẽ có ba **giai đoạn thanh toán thuốc**: Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm, Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa. Quyền lợi Part D sẽ không còn Giai Đoạn Khoảng Chờ Bảo Hiểm và Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bảo Hiểm.

Chương Trình Chiết Khấu Của Nhà Sản Xuất cũng sẽ thay thế Chương Trình Chiết Khấu Khoảng Chờ Bảo Hiểm. Theo Chương Trình Chiết Khấu Của Nhà Sản Xuất, các nhà sản xuất thuốc sẽ thanh toán một phần trong toàn bộ chi phí của chương trình cho các loại chế phẩm sinh học và thuốc biệt dược Part D được bao trả trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa. Khoản chiết khấu do nhà sản xuất thanh toán theo Chương Trình Chiết Khấu Của Nhà Sản Xuất sẽ không được tính vào chi phí tự trả.

Thay Đổi đối với Giai Đoạn Khấu Trừ

Giai đoạn	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Giai đoạn 1: Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm	Do không có khoản khấu trừ nên giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.	Do không có khoản khấu trừ nên giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

Thay Đổi đối với Khoản Chia Sẻ Chi Phí Của Quý Vị trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu

Giai đoạn	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
<p>Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu</p> <p>Trong giai đoạn này, chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí cho thuốc của quý vị và quý vị thanh toán khoản chia sẻ chi phí của mình.</p> <p>Chi phí trong bảng này là chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) khi quý vị mua thuốc kê toa tại nhà thuốc trong mạng lưới.</p> <p>Hầu hết các vắc-xin Part D dành cho người lớn đều được bao trả miễn phí cho quý vị.</p>	<p>Chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng mua tại nhà thuốc trong mạng lưới:</p> <p>Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho thuốc gốc.</p> <p>Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho tất cả các loại thuốc khác.</p> <p>Sau khi tự trả \$8,000 cho các loại thuốc Part D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa).</p>	<p>Chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng mua tại nhà thuốc trong mạng lưới:</p> <p>Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho thuốc gốc.</p> <p>Quý vị không phải chi trả bất cứ khoản nào cho tất cả các loại thuốc khác.</p> <p>Sau khi tự trả \$2,000 cho các loại thuốc Part D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa).</p>

Thay đổi đối với Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa

Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa là giai đoạn thứ ba và cũng là giai đoạn cuối cùng. Kể từ năm 2025, các nhà sản xuất thuốc sẽ thanh toán một phần trong toàn bộ chi phí của chương trình này cho các loại chế phẩm sinh học và thuốc biệt dược Part D được bao trả trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa. Khoản chiết khấu do nhà sản xuất thanh toán theo Chương Trình Chiết Khấu Của Nhà Sản Xuất sẽ không được tính vào chi phí tự trả.

Nếu đạt đến Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Part D được bao trả.

Để biết thông tin cụ thể về chi phí của quý vị trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa, vui lòng xem Chương 6, Phần 6 trong *Chứng Từ Bảo Hiểm*.

PHẦN 2 Thay Đổi về Hành Chính

Các thay đổi về hành chính có thể chỉ mang tính thông tin, ít hoặc không ảnh hưởng đến quyền lợi của quý vị hoặc có thể thay đổi cách quý vị tiếp cận dịch vụ chăm sóc và những dịch vụ cũng như thuốc kê toa có sẵn cho quý vị. Bảng dưới đây liệt kê những thay đổi về hành chính mà chúng tôi sẽ thực hiện trong năm tới.

Mô tả	2024 (năm nay)	2025 (năm tới)
Đường Dây TTY Của Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng (dành cho người không phải thành viên)	1-800-457-6064 (TTY: 711)	1-800-457-6064 (TTY: 711/1-800-855-7100)
Đường Dây TTY Của Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng Dành Cho Người Thụ Hưởng Medicare Tiềm Năng	(800) 735-2900	711
Bản Dịch	Không áp dụng	Có bản dịch sang tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Nga

PHẦN 3 Quyết Định Chọn Chương Trình Nào

Phần 3.1 – Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị không cần phải làm gì cả. Nếu quý vị không đăng ký một chương trình khác hoặc đổi sang Original Medicare chậm nhất là vào ngày 7 tháng 12, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Phần 3.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình

Chúng tôi hy vọng quý vị sẽ tiếp tục là thành viên của chương trình vào năm tới, nhưng nếu quý vị muốn thay đổi vào năm 2025, hãy thực hiện theo các bước sau:

Bước 1: Tìm hiểu và so sánh các lựa chọn của quý vị

- Quý vị có thể tham gia một chương trình sức khỏe Medicare khác,
- -- *HOẶC*-- Quý vị có thể đổi sang Original Medicare. Nếu đổi sang Original Medicare, quý vị sẽ cần phải quyết định có tham gia chương trình thuốc Medicare hay không.

Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình Medicare khác nhau, hãy sử dụng Công Cụ Tìm Chương Trình Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), đọc cẩm nang *Medicare & You 2025* (Medicare và Quý Vị 2025), hãy gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program) (xem Phần 5) hoặc gọi cho Medicare (xem Phần 7.2).

Xin nhắc lại, Providence Health Assurance có cung cấp các chương trình sức khỏe Medicare khác. Các chương trình khác này có thể khác nhau về bảo hiểm, phí bảo hiểm hàng tháng và số tiền chia sẻ chi phí.

Bước 2: Thay đổi bảo hiểm của quý vị

- Để **đổi sang một chương trình sức khỏe Medicare khác**, hãy đăng ký tham gia chương trình mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- Để **đổi sang Original Medicare có chương trình bảo hiểm thuốc kê toa**, hãy đăng ký tham gia chương trình thuốc mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- Để **đổi sang Original Medicare không có chương trình bảo hiểm thuốc kê toa**, quý vị phải:
 - Gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu rút tên. Liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.
 - – *hoặc* – Liên hệ với **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần và yêu cầu rút tên. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và **không** ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

PHẦN 4 Hạn Chót để Thay Đổi Chương Trình

Nếu quý vị muốn đổi sang một chương trình khác hoặc sang Original Medicare trong năm tới, quý vị có thể thực hiện thay đổi từ **ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**. Thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2025.

Có những thời điểm nào khác trong năm để thực hiện thay đổi?

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị cũng được phép thực hiện thay đổi vào những thời điểm khác trong năm. Ví dụ bao gồm những người có Medicaid, những người được hưởng “Trợ Giúp Bổ Sung” để thanh toán tiền thuốc, những người đã hoặc sắp rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động và những người chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ.

Vì quý vị có Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi vào bất cứ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có thể chọn ghi danh vào một chương trình Medicare khác vào bất cứ tháng nào, bao gồm:

- Original Medicare có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt,
- Original Medicare không có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn phương án này, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động), hoặc
- Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể ghi danh vào D-SNP tích hợp cung cấp cả Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Nếu quý vị đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage vào ngày 1 tháng 1 năm 2025 và không thích chương trình mình đã chọn, quý vị có thể chuyển sang một chương trình sức khỏe Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare riêng) từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 năm 2025.

Nếu quý vị mới chuyển đến hoặc hiện đang sống tại một cơ sở (chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể thay đổi bảo hiểm Medicare **bất cứ lúc nào**. Quý vị có thể đổi sang bất kỳ chương trình sức khỏe Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare riêng) bất cứ lúc nào. Nếu mới chuyển ra khỏi một cơ sở, quý vị sẽ có cơ hội chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong khoảng thời gian tròn hai tháng sau tháng mà quý vị chuyển ra.

PHẦN 5 Các Chương Trình Cung Cấp Dịch Vụ Tư Vấn Miễn Phí về Medicare và Medicaid

Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) là chương trình độc lập của chính phủ với các chuyên viên tư vấn được đào tạo tại mỗi tiểu bang. Tại Oregon, SHIP được gọi là chương trình Hỗ Trợ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Tuổi (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

Đây là một chương trình cấp tiểu bang được cấp tiền từ chính phủ Liên Bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe địa phương **miễn phí** cho những người có Medicare. Chuyên viên tư vấn của SHIBA có thể giúp quý vị giải đáp các câu hỏi hoặc vấn đề về Medicare. Họ có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare và trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình. Quý vị có thể gọi cho SHIBA theo số 1-800-722-4134 (TTY 711). Quý vị có thể tìm hiểu thêm về SHIBA bằng cách truy cập trang web của họ (www.shiba.oregon.gov).

Nếu quý vị có câu hỏi về các quyền lợi trong Oregon Health Plan (Medicaid), hãy liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid) theo số 1-800-273-0557, từ 8 a.m. đến 5 p.m., Thứ Hai – Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Quý vị có thể hỏi xem việc tham gia chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng như thế nào đến việc quý vị nhận bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid).

PHẦN 6 Các Chương Trình Giúp Thanh Toán Chi Phí Thuốc Kê Toa

Quý vị có thể hội đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán chi phí thuốc kê toa. Chúng tôi liệt kê các loại trợ giúp khác nhau dưới đây.

- **“Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare.** Vì quý vị tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị đã được ghi danh nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”, còn gọi là Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp. “Trợ Giúp Bổ Sung” thanh toán một phần phí bảo hiểm thuốc kê toa, khoản đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ hàng năm. Vì quý vị đủ điều kiện nên quý vị sẽ không có khoảng chờ bảo hiểm hay phải chịu tiền phạt ghi danh muộn. Nếu quý vị có câu hỏi về “Trợ Giúp Bổ Sung”, hãy gọi:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048, 24 giờ mỗi ngày/7 ngày một tuần;
 - Văn Phòng Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 am đến 7 pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu để gặp người đại diện. Tin nhắn tự động có sẵn 24 giờ một ngày. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-325-0778 hoặc
 - Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang của quý vị (đơn đăng ký).

PHẦN 7 Quý vị có thắc mắc?

Phần 7.1 – Nhận Trợ Giúp từ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Quý vị có thắc mắc? Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711.) Chúng tôi trực điện thoại từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần. Các cuộc gọi đến những số này đều được miễn phí.

Đọc *Chứng Từ Bảo Hiểm* năm 2025 của quý vị (trong đó có thông tin chi tiết về các quyền lợi và chi phí của năm tới)

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm này cung cấp cho quý vị bản tóm tắt các thay đổi về quyền lợi và chi phí của quý vị cho năm 2025. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* năm 2025 cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). *Chứng Từ Bảo Hiểm* là bản mô tả chi tiết, hợp pháp về các quyền lợi trong chương trình của quý vị. Tài liệu này giải thích các quyền của quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ được bao trả và

thuốc kê toa. Bản sao *Chúng Tôi Bảo Hiểm* có trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để yêu cầu chúng tôi gửi *Chúng Tôi Bảo Hiểm* qua đường bưu điện cho quý vị.

Truy cập Trang Web của chúng tôi

Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com. Xin nhắc lại, trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật nhất về mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ (*Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*) và *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc/“Danh Sách Thuốc”)* của chúng tôi.

Phần 7.2 – Nhận Trợ Giúp từ Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare:

Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Truy cập Trang Web của Medicare

Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov). Trang web này có thông tin về chi phí, bảo hiểm và Xếp Hạng Sao chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình sức khỏe của Medicare trong khu vực của quý vị. Để xem thông tin về các chương trình, hãy truy cập www.medicare.gov/plan-compare.

Vui lòng đọc *Medicare & You 2025 (Medicare và Quý Vị năm 2025)*

Vui lòng đọc cẩm nang *Medicare & You 2025 (Medicare và Quý Vị năm 2025)*. Mỗi năm vào mùa thu, chúng tôi sẽ gửi tài liệu này đến những người có Medicare. Trong đó có bản tóm tắt quyền lợi, quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare, cũng như câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Nếu không có bản sao của tài liệu này, quý vị có thể tải xuống từ trang web của Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Phần 7.3 – Nhận Trợ Giúp Từ Oregon Health Plan (Medicaid)

Để nhận thông tin từ Oregon Health Plan (Medicaid), quý vị có thể gọi cho Oregon Health Plan (Medicaid) theo số 1-800-273-0557. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

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、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。