

2024

Hướng Dẫn Ghi Danh

Quận Orange tại California

Đối tác chăm sóc với nhà cung cấp dịch vụ quý vị tin tưởng



Enrolling for Medicare

What to Expect

Medicare made easy.

Your health is personal. Your plan should be, too.

For more than 160 years, Providence has set the health and well-being standard for the community. Our commitment to caring for the whole self – mind, body, and spirit – is rooted in the idea that the healthier each of us are, the healthier we all are.

- 04** Medicare 101: Getting Started
- 06** Additional Medicare Coverage
- 09** Who's Eligible for Original Medicare?
- 10** Providence Medicare Advantage Plans
Health and Fitness Perks
- 12** Frequently Asked Questions
- 13** How to Enroll
- 14** What to Expect After Enrolling



Getting Started

Medicare can be hard to understand, but we're here to help.

This guide will tell you about your options for Medicare and help you choose the best one for you. You can't enroll for a Medicare Advantage plan unless you're already enrolled in Original Medicare.



Original Medicare

Original Medicare is basic health coverage from the government. It has two parts: Part A and Part B.

Part A

Hospital insurance

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

You won't have to pay for Part A 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
- And more

Part B costs money, and how much you pay depends on your income. The money is usually taken out of your Social Security or Railroad Retirement Board check.

What's not covered?

Original Medicare pays for a lot of medical costs, but not all of them. You will still have to pay for about 20% of your medical costs out of your own pocket.

Original Medicare doesn't cover services like:

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

Providence Medicare Advantage Plans can help you pay for more of your medical costs. This can give you peace of mind knowing that you're covered.

Extending Coverage. Controlling Costs.

Additional Medicare Coverage

A lot of people who have Original Medicare also get extra coverage. This can help them pay for things like doctor visits, hospital stays, and prescription drugs.

Extra coverage comes in three forms:

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

If you think you might need extra Medicare coverage, Providence has a plan that can help. We have many different plans to choose from, so you can find one that fits your needs.

Part C

Medicare Advantage

Providence Medicare Advantage Plans include Parts A, B, and sometimes Part D (Prescription Drug Coverage). They also offer extra benefits and services that Original Medicare doesn't cover, such as:

- Eyeglasses
- Hearing coverage
- Wellness programs

Original Medicare doesn't have a limit on how much you have to pay out of your own pocket. Providence Medicare Advantage Plans do have an out-of-pocket maximum, which can help you save money.

If you enroll for a Part C plan, you will also continue to pay your Part B premium.



Part D

Prescription Drug Coverage

Original Medicare doesn't pay for prescription drugs. Private insurance companies offer plans to help pay for the cost of prescription drugs. These plans can help you save money on your prescription drugs like:

- Brand-name drugs
- Generic drugs

If you don't enroll for Part D coverage when you enroll for Original Medicare, you will have to pay a late enrollment penalty. This penalty is added to your monthly Part D premium for as long as you have Part D coverage.

Lower income people may qualify for a program called Extra Help to lower your prescription drug costs and sometimes the plans monthly premium.

Medigap

Medicare Supplement Plans*

Medicare Supplement plans are designed to help pay for the costs of Original Medicare that you have to pay out of your own pocket.

Medicare Supplement plans charge you a set amount each month, instead of paying for each service as you use it. With this coverage, you can go to any doctor or specialist who accepts Medicare, anywhere in the country, without a 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 get Medicare Parts A and B, you must be a U.S. citizen or have been a permanent legal resident for at least 5 years. You must also be 65 years old or older.

If you're under age 65, you can get Medicare if you:

- Are permanently disabled and have been getting 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](https://www.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**.

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

One plan. Many advantages.

Providence Medicare Advantage Plans

In addition to having many different plans to choose from, our plans also come with many health and fitness benefits that can help you save money and reach your health goals.

Medicare Star Ratings

Every year, Medicare rates health plans on a scale of 1 to 5 stars. These star ratings, given by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), help you compare different plans.

We always aim for the highest rating possible. You can see our current star rating in the folder at the back of this enrollment kit.



myProvidence

You can manage your healthcare online 24/7. You can see your claims history, benefit information, and more. It's secure and convenient.



Hearing Coverage

You can get your hearing checked once a year at no cost to you. If you need hearing aids, you can get up to two of them each year.



Behavioral Health

If you ever need help, your plan has options. We work with doctors and other providers (like licensed therapists, psychologists, and psychiatrists) to make sure you get the care you need.



Post-discharge meals

After you leave an inpatient stay at the hospital, Mom's Meals will give you two meals a day for 14 days. Included in your plan.



Personal Emergency Response System

You can get help 24/7 by pressing a button. A professional will help you and come to you if needed. Included in your plan.



Vision Coverage

No matter which plan you choose, you will get an annual eye exam and \$250 to spend on glasses and/or contact lenses.



\$0 Rx Deductible and Copays

All plans have a \$0 Rx deductible and let you get generic drugs for \$0. Get a 100-day supply of your medications at a reduced cost at mail order and retail pharmacies.



Over-The-Counter

You can get money to buy over-the-counter health and wellness items every quarter. This is available on some plans.



Fitness Membership

All plans include a fitness program through One Pass™. You will get access to a premium network of gyms, plus the ability to use more than one gym at a time. Virtual classes are also available.

Frequently Asked Questions



Are my medications covered?

A list of covered prescriptions can be found in a prescription drug formulary. This formulary is available online at:

[ProvidenceTrueHealth.com/FormularyGuide](https://www.providencetruehealth.com/FormularyGuide).

If you want a printed copy of the formulary, you can ask for one to be mailed to you by visiting the link above or calling the number below.

Formularies are only available for Part D prescription drug plans.



Where do I find a provider?

You can find a doctor or pharmacy by using our online directory at

[ProvidenceTrueHealth.com/ProviderGuide](https://www.providencetruehealth.com/ProviderGuide).

If you want a printed copy of the directory to be mailed to you, you can call the number below or visit 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

There are many ways to enroll for Providence Medicare Advantage Plans. Choose the way that is easiest for you. We are excited to have you join 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 you enroll, you will get a letter in the mail saying that we received your 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 Enrolling



ID card and welcome guide

You will get your member ID card and welcome guide in the mail 7-10 days after we tell you that you are enrolled. The welcome guide has important information about how to use your plan, where to get care, and what your benefits are. If your plan includes flex dental or over-the-counter benefits, your Flexible Benefit Card will come in a separate envelope.



Confirmation and Rx subsidy

After you fill out and send in your enrollment form, you will get a Confirmation of Enrollment letter that says when your coverage starts. If you have a plan with prescription drug coverage and you qualify for extra help, you will get another letter that tells you how much your premium will be and what your prescription drug costs will be.



Within your first 90 days

Within 3 months of enrollment, your Care Management team will send you a health survey, called the Health Risk Assessment, in the mail. This will help us understand your health goals and give you easy access to quality care.

If you want to talk to us sooner, need help finding care, or want to talk to a nurse directly, call **503-574-7247 (TTY: 711)** from 8 a.m. to 5 p.m. (Pacific Time), Monday to Friday.

Once we tell you that you are enrolled, you can stop paying for any Medigap or supplemental insurance that you have.

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

- Your old plan will be canceled automatically.
- You don't need to tell your old insurance company. Medicare will take care of it when they transfer you to Providence Medicare Advantage Plans.

If you are new to Medicare and you enroll for a Medicare Advantage or Medicare Cost plan:

- You may have a chance to leave the plan and buy a Medigap policy. This is called a trial period.

Once you enroll for our plan:

- You can usually only make changes between October 15 and December 7.
- In some special cases, Medicare might let you switch to a different plan.

Please contact **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or visit **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.

Every year, Medicare evaluates plans based on a 5-star rating system.



2024
Benefit
Highlights

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Orange County in California

Partners in care with providers you trust

Providence Medicare Advantage Plans – Phần C

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Lệ phí bảo hiểm hàng tháng với khoản đài thọ thuốc theo toa	\$0
Trong Mạng Lưới	
Khoản khấu trừ y tế	\$0
Khoản tự trả tối đa	\$400
Quý vị thanh toán	
Thăm khám tại văn phòng bác sĩ (Bác Sĩ Chăm Sóc Chính, Primary Care Physician, PCP)	\$0
Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	\$0
Chăm sóc phòng ngừa	\$0
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện	\$0
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn	Các ngày từ ngày 1-20: \$0 Các ngày từ ngày 21-100: \$50 một ngày
Phẫu thuật ngoại trú	\$0 Ngoại Trú \$0 Bệnh Viện
Vật tư hỗ trợ bệnh tiểu đường	\$0 – 20%
Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm	\$0
Chụp X-quang	\$0
Xét nghiệm & thủ thuật chẩn đoán ngoại trú	\$0
Nắn Chỉnh Cột Sống	24 buổi thăm khám: \$0
Châm Cứu	24 buổi thăm khám: \$0
Liệu Pháp Tự Nhiên	20 buổi thăm khám: \$0
Trị liệu: Vật Lý Trị Liệu (Physical Therapy, PT), Trị Liệu Chức Năng Vận Động (Occupational Therapy, OT), Trị Liệu Âm Ngữ-Ngôn Ngữ (Speech-language Therapy, ST)	\$0
Trang thiết bị y tế lâu bền	20%
Chăm sóc sức khỏe tại nhà	\$0
Chăm sóc sức khỏe từ xa**	\$0 PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa
Khoản đài thọ trên toàn thế giới	
Chăm sóc khẩn cấp	\$0
Phòng cấp cứu*	\$90
Cứu thương (đường bộ hoặc đường hàng không)	\$50 một chiều

*Miễn trừ tiền đồng thanh toán nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ với bệnh trạng tương tự.

**Quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ. Chúng tôi có thể áp dụng các khoản phí hoặc giới hạn khác. Vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

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.

Khoản Đãi Thọ Nhà Thuốc – Phần D

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Khoản khấu trừ hàng năm	\$0	
	30 ngày	100 ngày
Thuốc gốc ưu tiên	\$0	\$0
Thuốc gốc	\$0	\$0
Biệt dược ưu tiên	\$37	\$74
Thuốc không ưu tiên	\$100	\$300
Thuốc đặc trị	33%	Không có sẵn

Đặt hàng thuốc duy trì qua đường bưu điện, nhận lượng thuốc đủ dùng tối đa 100 ngày được vận chuyển thẳng đến cho quý vị từ các nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện trong mạng lưới của chúng tôi. Tiền đồng thanh toán được liệt kê dưới đây chỉ dành cho các nhà thuốc Ưu Tiên Trong Mạng Lưới; các khoản tiền đồng thanh toán của nhà thuốc khác có thể sẽ đắt hơn. Quý vị tiếp tục thanh toán các khoản chia sẻ chi phí Bậc 1 và Bậc 2 ở Thời Kỳ Không Được Đãi Thọ Giai Đoạn 2. Tất cả khoản chia sẻ chi phí khác sẽ là 25%.

Đối với tất cả sản phẩm insulin Phần D, quý vị sẽ thanh toán không quá \$35 một tháng. Đối với tất cả các loại vắc-xin Phần D được ACIP khuyến nghị, quý vị sẽ không có khoản chia sẻ chi phí nào.

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

Khoản đãi thọ ban đầu	Thời kỳ không được đãi thọ
Giai đoạn 1	Giai đoạn 2
<p>Khi tổng số tiền do quý vị và chương trình thanh toán đạt \$ 5.030, Giai Đoạn 2 sẽ bắt đầu.</p>	<p>Quý vị tiếp tục thanh toán các khoản chia sẻ chi phí Bậc 1 và Bậc 2 ở Thời Kỳ Không Được Đãi Thọ Giai Đoạn 2. Tất cả khoản chia sẻ chi phí khác sẽ là 25%. Quý vị sẽ ở trong giai đoạn này cho đến khi khoản phí tự trả của quý vị đạt \$8.000. Sau đó, quý vị sẽ không phải thanh toán thêm nữa.</p>

Nha khoa, thính giác, nhãn khoa, v.v.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Thẻ Quyền Lợi Linh Hoạt	
Nha khoa linh hoạt	\$3100 để chi tiêu hàng năm
Vật dụng mua tự do	\$150 để chi tiêu hàng quý
Khám mắt định kỳ (mỗi năm một lần)	\$0
Kính mắt hoặc kính áp tròng kê toa*	\$250 để chi tiêu hàng năm
Khám thính giác định kỳ (mỗi năm một lần)**	\$0
Máy trợ thính (mỗi năm hai máy)**	\$399 – \$699 cho mỗi máy trợ thính
Giao thức ăn sau khi nằm viện nội trú	\$0 – hai bữa ăn một ngày trong 14 ngày
Hệ Thống Phán Hồi Cấp Cứu Cá Nhân	\$0
Tư cách thành viên tại trung tâm thể dục	\$0
Tóc giả cho tình trạng rụng tóc do hóa trị	\$0 cho 1 bộ tóc giả tổng hợp mỗi năm
Quyền lợi chuyên chở y tế phi cấp cứu	\$0 cho 60 chuyến đi một chiều mỗi năm

*Quý vị sẽ chịu trách nhiệm với mọi chi phí vượt quá số tiền trợ cấp đối với kính mắt hoặc kính áp tròng kê toa.

**Quý vị phải thăm khám với một nhà cung cấp dịch vụ của TruHearing. Chúng tôi có thể áp dụng các khoản phí hoặc giới hạn khác.





Want to learn more?

Here is how to connect with us.



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

1-833-949-0263 (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)



Check us out online for more information or to enroll at

ProvidenceTrueHealth.com/OC

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 2024

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, 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

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

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần 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.

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 thường trú và số điện thoại của quý vị

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 mở 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 chậm nhất vào 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 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 Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phân phối hoặc 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 nguồn 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 đề xuất để 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 thứ gì 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. Bất kỳ thứ gì chúng tôi nhận được mà không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc khó khăn của việc thu thập thông tin (như nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Các thứ đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem phần "Điều gì diễn ra sau đó?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Điều gì diễn ra sau đó?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và ký tên của quý vị bằng một trong ba lựa chọn bên dưới. Sau khi chương trình xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

01 Gửi qua đường bưu điện:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

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

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

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

- Gọi cho Providence Medicare Advantage Plans theo số **503-574-6508** hoặc **1-855-234-2495 (TTY: 711)**.
- Hoặc, gọi cho Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. TTY: **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 nơi 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.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này đều là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Providence Medicare Sycamore + RX (HMO) - \$0/tháng

Tên _____ Họ _____ Viết Tắt Tên Đệm (Tùy chọn)

 Ngày Sinh (tháng dạng 2 chữ số/ ngày dạng 2 chữ số/năm dạng 4 chữ số) _____ GIỚI TÍNH: Nam Nữ _____

 Số Điện Thoại () _____

Địa Chỉ Đường Phố Thường Trú (Không nhập Hộp Thư Bưu Điện)

Thành Phố _____ Quận (Tùy chọn) _____ Tiểu Bang _____ Mã ZIP _____

Địa Chỉ Email _____

Địa Chỉ Gửi Thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (cho phép Hộp Thư Bưu Điện):

Địa Chỉ Đường Phố _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã ZIP _____

Thông tin Medicare của quý vị:

_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-
 Mã Số Medicare _____ Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) _____ Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) _____
 Ngày Có Hiệu Lực (Tùy chọn) _____ Ngày Có Hiệu Lực (Tùy chọn) _____

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị có bảo hiểm nào khác ngoài các Providence Medicare Advantage Plans 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 dược phẩm 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 của bảo hiểm này

Mã nhóm của bảo hiểm này

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

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải duy trì cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Providence Medicare Advantage Plans.
- Bằng việc tham gia Chương Trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Providence Medicare Advantage Plans 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 quý vị không phản hồi thì 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 tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Providence Medicare Advantage Plans bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Providence Medicare Advantage Plans. Các quyền lợi và dịch vụ được cung cấp bởi Providence Medicare Advantage Plans và có trong tài liệu "Chúng Thu Bảo Hiểm" của Providence Medicare Advantage Plans của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Medicare và Providence Medicare Advantage Plans đều không thanh toán cho các quyền 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 trường 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 số

____/____/____
Ngày yêu cầu bảo hiểm

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người Mỹ La-tinh hoặc người gốc 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 xuất thân từ Mexico | <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người nói tiếng Tây Ban Nha, người Mỹ La-tinh hoặc người gốc 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 Nhật | <input type="checkbox"/> Người Việt |
| <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á | <input type="checkbox"/> Người Hàn | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đen hoặc Người Mỹ gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Bản Xứ Hawai | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác | |
| <input type="checkbox"/> Người Philippines | <input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương khác | |
| <input type="checkbox"/> Người đảo Guam hoặc người Chamorro | <input type="checkbox"/> Người Samoa | |

Liệt kê Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, 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 tiếp cận được.

- Chữ nổi braille Bản in cỡ lớn CD âm thanh

Vui lòng liên hệ với Providence Medicare Advantage Plans theo số **1-800-603-2340** hoặc **503-574-8000** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể tiếp cận mà không thuộc các định dạng được nêu ở trên. Văn phòng của chúng tôi hoạt động bảy ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (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 chương trình hàng tháng của mình (bao gồm cả 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 Hỏa Xa (Railroad Retirement Board, RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập-Phần D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Phần 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 Phần D-IRMAA cho Providence Medicare Advantage Plans

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: Đường dây Tự Phục Vụ hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong 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 Hỏa Xa (RRB) hàng tháng của quý vị.
- Tôi nhận phúc lợi 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người hưởng quyền lợi trong các Chương Trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền 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 hưởng quyền lợi Medicare như được quy định trong Hệ Thống Thông Báo Hồ Sơ (System of Records Notice, 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 quý vị không phản hồi thì có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Chứng Thực Tính Đủ Điều Kiện cho 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 mỗi năm. Có những trường hợp ngoại lệ mà quý vị có thể 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 cho 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.

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Tôi là người mới tham gia Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi sẽ rời bỏ bảo hiểm của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><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 (mới có Trợ Giúp Bổ Sung, đã có sự thay đổi về cấp độ Trợ Giúp Bổ Sung, hoặc bị mất Trợ Giúp Bổ Sung) vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12)</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt (điền loại ghi danh đặc biệt đang được sử dụng) _____</p> <p><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 (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) (từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3).</p> <p><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 (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã được thả khỏi tù. Tôi được thả vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau khi sinh sống lâu dài bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> | <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có được tư cách này vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có sự thay đổi về Medicaid của mình (mới có Medicaid, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc bị mất Medicaid) vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi thuộc một chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp.</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><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.</p> <p><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): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây, tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy của mình (bảo hiểm tốt như của Medicare) không do tự nguyện. Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><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): ____ / ____ / ____</p> |
|---|--|

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 về 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 thay đổi quan trọng về mạng lưới với chương trình hiện tại của mình và đã được thông báo vào (điền ngày): ____ / ____ / ____

Gần đây tôi đã nhận được thông báo về quyết định được hưởng Medicare từ một ngày có hiệu lực trở về trước. (Vui lòng đính kèm bản sao của thông báo đặc quyền của quý vị). Tôi đã được thông báo vào (điền ngày): ____ / ____ / ____

Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Cơ Quan Quản Lý Khẩn Cấp Liên Bang (Federal Emergency Management Agency, FEMA) hoặc của một tổ chức chính quyền Liên Bang, Tiểu Bang hoặc địa phương.)

Một trong các 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 Hội 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).

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



2024 Tóm Tắt Các Quyền Lợi

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Ngày 1 tháng 1 năm 2024 – Ngày 31 tháng 12 năm 2024

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

Khi Quý Vị Tham Gia Providence

Quý vị không chỉ là một phần của hợp đồng bảo hiểm mà còn thuộc một cộng đồng chăm sóc, tập trung vào sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị. Tóm Tắt Các Quyền Lợi này được cung cấp để giúp quý vị đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe đúng đắn. Đây là hướng dẫn ngắn gọn về những khoản chúng tôi sẽ bao trả và những khoản quý vị sẽ phải trả nếu tham gia Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO). Xin lưu ý rằng đây không phải là bản phân tích đầy đủ các quyền lợi và sẽ 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 Part C và Part D.

Để có danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi bao trả, vui lòng tham khảo Chứng Từ 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 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.

Các thành viên của chương trình chúng tôi không chỉ được nhận tất cả quyền lợi do Original Medicare bao trả mà còn nhận 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 Part A, được đăng ký vào Medicare Part 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 Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp 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 kê toa Part 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 & Quý vị) hiện hành trực tuyến tại **www.Medicare.gov** hoặc yêu cầu một bản in bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng 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.
Trách Nhiệm Tự Trả Tối Đa (không bao gồm thuốc kê toa)	(Các) hạn mức hàng năm của quý vị trong chương trình này: Trong mạng lưới: \$400

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 (chẳng hạn như khám sức khỏe định kỳ, chủng ngừa, tiêm phòng cúm)		Quý vị không phải trả gì cả
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 Cấp Thiết		Đồng thanh toán \$0

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước. Hãy xem Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

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 ¹	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 Xét Nghiệm ¹	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 Bao Trả	Đồng thanh toán \$0
	Khác/Không Được Medicare Bao Trả	Trợ cấp \$3,100 mỗi năm dương lịch cho các dịch vụ nha khoa quý vị chọn
Dịch Vụ Thị Lực	Khám Sức Khỏe/Sàng Lọc Được Medicare Bao Trả ²	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám Đồng thanh toán \$0 cho sàng lọc bệnh cườm nước
	Khám Sức Khỏe Định Kỳ	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho một lần khám mắt định kỳ (bao gồm khúc xạ) mỗi năm dương lịch.
	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 \$250 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ sự kết hợp nào giữa 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 ¹ và Theo Nhóm Ngoại Trú ¹	Đồng thanh toán \$0

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước. Hãy xem Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

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 \$50
Vận Chuyển	Đồng thanh toán \$0 cho 60 chuyến đi một chiều (mỗi chuyến tối đa 25 dặm)
Thuốc Medicare Part B ¹	0% - 20% tổng chi phí (Chia sẻ chi phí Insulin lên đến \$35/tháng)
Chăm Sóc Thay Thế (giới hạn số lần thăm khám)	Nắn Khớp Xương: đồng thanh toán \$0, 24 lần khám mỗi năm dương lịch Châm Cứu: đồng thanh toán \$0, 24 lần khám mỗi năm dương lịch Liệu Pháp Thiên Nhiên: đồng thanh toán \$0, 20 lần khám mỗi năm dương lịch
Chăm Sóc Nha Khoa (giới hạn quyền lợi kết hợp cho các dịch vụ Phòng Ngừa và Toàn Diện)	Trợ cấp \$3,100 mỗi năm dương lịch cho các dịch vụ nha khoa quý vị chọn
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 \$150 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	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán 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. Hãy xem Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

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 Kê Toa

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

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

Bảo Hiểm Ban Đầu

Quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm của quý vị đạt \$5,030. Tổng chi phí thuốc hàng năm là tổng chi phí thuốc do cả quý vị và chương trình Part 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 100 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 \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$37 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$74 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$74 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$100	Đồng thanh toán \$200	Đồng thanh toán \$300
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	33% tổng chi phí	Không Được Bao Trữ	Không Được Bao Trữ

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 100 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 Biệt Duyệt Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$37 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$74 (Đồng thanh toán \$70 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$111 (Đồng thanh toán \$105 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$100	Đồng thanh toán \$200	Đồng thanh toán \$300
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	33% tổng chi phí	Không Được Bao Trả	Không Được Bao Trả

Nếu đang cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị sẽ phải thanh toán giống như tại một nhà 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 nhà 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 Bảo Hiểm (Áp dụng cho tất cả các bậc)</p>	<p>Hầu hết các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare đều có khoảng chờ bảo hiểm (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 bảo hiểm 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 \$5,030.</p> <p>Sau khi bước vào khoảng chờ bảo hiểm, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí Bậc 1 cho các loại thuốc Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên), chia sẻ chi phí Bậc 2 cho các loại thuốc Bậc 2 (Thuốc Gốc) không quá \$35 mỗi tháng cho insulin, 25% chi phí của chương trình cho các loại thuốc biệt dược 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 \$8,000, đây là điểm kết thúc của khoảng chờ bảo hiểm. Không phải tất cả mọi người đều sẽ bước vào khoảng chờ bảo hiểm.</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 100 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 \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	25% tổng chi phí	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)	Đồng thanh toán \$20	Đồng thanh toán \$40	Đồng thanh toán \$60
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$70 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$105 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	25% tổng chi phí	Không được bao trả	Không được bao trả
Bảo Hiểm Tai Họa (Áp dụng cho tất cả các bậc)	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 \$8,000, 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.		

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.

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。

THÔNG TIN QUAN TRỌNG:

Xếp Hạng Sao của Medicare Năm 2024

Official U.S.
Government
Medicare
Information



Chương Trình Providence Medicare Advantage - H9047

Trong năm 2024, 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 trong chương trình.

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 hoạt động
- chăm sóc của chương trình Số lượng hội viên đã rời
- khỏi hoặc ở lại với 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 sao nhiều hơn đồng nghĩa với chất lượng chương trình tốt hơn - ví dụ: các hội viên có thể được chăm sóc tốt hơn và dịch vụ khách hàng tốt hơn, nhanh hơn.

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

- ★★★★★ TUYỆT VỜI
- ★★★★☆ TRÊN TRUNG BÌNH
- ★★★☆☆ TRUNG BÌNH
- ★★☆☆☆ DƯỚI TRUNG BÌNH
- ★☆☆☆☆ KÉM

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).

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.

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。



Quý vị muốn tìm hiểu thêm?

Sau đây là cách để quý vị kết nối với chúng tôi.



Vui lòng gọi cho chúng tôi để biết thêm thông tin, ghi danh hoặc lên các cuộc hẹn riêng theo số

1-833-949-0263 (TTY: 711)

Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Theo giờ Thái Bình Dương), bảy ngày trong tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12) từ Thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 8 tháng 12 đến ngày 30 tháng 9)



Hãy xem trực tuyến về chúng tôi để biết thêm thông tin hoặc ghi danh tại

ProvidenceTrueHealth.com/OC