

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 vào ngày 1 Tháng Một năm 2023.
- ✔ 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.

2023 Tóm Tắt Các Quyền Lợi

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

Khi quý vị tham gia Providence

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

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

Tổng quan về chương trình

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

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

Ai có thể tham gia?

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

Liên hệ

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

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

Các nguồn lực hữu ích

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

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

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

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

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

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

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

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

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Khoản Khấu Trừ Thuốc Theo Toa

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

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

Bảo Hiểm Ban Đầu

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

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

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

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

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

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

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

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

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

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

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

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

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