

## **План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), предлагаемый Providence Health Assurance**

### **Ежегодное уведомление об изменениях на 2025 год**

В настоящее время вы являетесь участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). В следующем году расходы и льготы данного плана изменятся. **Обзорная информация о важных расходах, включая Страховой взнос, приведена на странице 5.**

В этом документе описаны изменения вашего плана. Для получения подробной информации о расходах, льготах или правилах см. *Справочник страхователя*, который можно найти на нашем сайте по ссылке [www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов с просьбой выслать вам *Справочник страхователя* по почте.

#### **Что делать**

##### **1. СПРОСИТЕ:** Какие изменения затронут вас

- Ознакомьтесь с изменениями наших льгот и расходов, чтобы узнать, как они повлияют на вас.
  - Ознакомьтесь с изменениями стоимости медицинского обслуживания (врач, больница).
  - Ознакомьтесь с изменениями в покрытии стоимости лекарственных препаратов, включая ограничения на покрытие и распределение расходов.
  - Подумайте, сколько вы потратите на страховые взносы, франшизу и распределение расходов.
  - Проверьте изменения в “Списке лекарств” на 2025 год, чтобы убедиться, что лекарства, которые вы принимаете в настоящее время, по-прежнему покрываются.
  - Сравните информацию о планах на 2024 и 2025 годы, чтобы узнать, переходят ли какие-либо из этих препаратов на другой уровень распределения расходов или будут ли на них распространяться другие ограничения, такие как предварительное одобрение, ступенчатая терапия или ограничение количества, в 2025 году.
- Узнайте, войдут ли в нашу сеть в следующем году ваши лечащие врачи, специалисты, больницы и другие поставщики услуг, включая аптеки.
- Проверьте, можете ли вы претендовать на помощь в оплате рецептурных лекарств. Люди с ограниченными доходами могут претендовать на “Дополнительную помощь” от Medicare.
- Подумайте, устраивает ли вас наш план.





## **Ежегодное уведомление об изменениях на 2025** **Содержание**

<b>Обзор важных изменений на 2025</b> .....	<b>5</b>
<b>РАЗДЕЛ 1      Изменения льгот и стоимости на следующий год</b> .....	<b>8</b>
Раздел 1.1 – Изменения ежемесячных взносов .....	8
Раздел 1.2 – Изменения максимальной суммы расходов из собственных средств .....	8
Раздел 1.3 – Изменения в сети поставщиков услуг и аптек.....	9
Раздел 1.4 – Изменения льгот и стоимости на медицинские услуги .....	9
Раздел 1.5 – Изменения Части D по покрытию рецептурных лекарств .....	12
<b>РАЗДЕЛ 2      Административные изменения</b> .....	<b>15</b>
<b>РАЗДЕЛ 3      Принятие решения о выборе плана</b> .....	<b>16</b>
Раздел 3.1 – Если хотите остаться на Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	16
Раздел 3.2 – Если вы хотите изменить план.....	16
<b>РАЗДЕЛ 4      Срок изменения планов</b> .....	<b>17</b>
<b>РАЗДЕЛ 5      Программы, предлагающие бесплатные консультации по Medicare и Medicaid</b> .....	<b>18</b>
<b>РАЗДЕЛ 6      Программы, помогающие оплачивать рецептурные лекарства</b> .....	<b>18</b>
<b>РАЗДЕЛ 7      Вопросы?</b> .....	<b>19</b>
Раздел 7.1 – Получение помощи от Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) .....	19
Раздел 7.2 – Получение помощи от Medicare.....	20
Раздел 7.3 – Получение помощи от Oregon Health Plan (Medicaid) .....	20

## Обзор важных изменений на 2025

В таблице ниже приведено сравнение расходов на 2024 год и 2025 год для плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) по нескольким важным направлениям. **Обратите внимание, что это лишь обзорная информация о стоимости.**

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<p><b>Ежемесячный страховой взнос по плану*</b></p> <p>* Ваш страховой взнос может быть больше этой суммы. Подробности см. в разделе 1.1.</p>	\$0	\$0
<p><b>Посещения врачей</b></p>	<p>Посещения в рамках оказания первичной медицинской помощи: 0% или 20% от общей стоимости за визит.</p> <p>Посещения специалистов: 0% или 20% от общей стоимости за визит.</p>	<p>Для посещений в рамках оказания первичной медицинской помощи сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для посещений врачей-специалистов сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p>
<p><b>Пребывание в стационаре</b></p>	<p>Суммы за каждый льготный период составляют \$0 или:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,632 франшизы;</li> <li>• \$0 совместного платежа за дни 1-60;</li> <li>• \$408 совместного платежа за дни 61-90;</li> <li>• \$0 совместного платежа за каждый день с 91-го дня и далее.</li> </ul>	<p>Для пребывания в стационаре сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p>

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<p><b>Часть D: Покрытие рецептурных лекарств</b> (Подробнее см. раздел 1.5.)</p>	<p>Франшиза составляет \$0</p> <p>Совместный платёж на этапе первоначального покрытия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За дженерики вы не платите ничего.</li> <li>• За все остальные лекарства вы не платите ничего.</li> </ul> <p>Катастрофическое покрытие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На этом этапе оплаты план оплачивает большую часть стоимости покрываемых лекарств Части D. Вы ничего не платите</li> </ul>	<p>Франшиза составляет \$0</p> <p>Совместный платёж на этапе первоначального покрытия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За дженерики вы не платите ничего.</li> <li>• За все остальные лекарства вы не платите ничего.</li> </ul> <p>Катастрофическое покрытие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства Части D.</li> </ul>

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<p><b>Максимальная сумма расходов из собственных средств</b></p> <p>Это <u>максимальная</u> сумма, которую вы заплатите из собственных средств за покрываемые расходы услуги. (Подробнее см. раздел 1.2.)</p>	<p>\$8,850</p> <p>Если вы имеете право на получение помощи по распределению расходов на медицинские услуги по программе Medicare в рамках Oregon Health Plan (Medicaid), вы освобождаетесь от уплаты любых собственных средств, направляемых на достижение максимальной суммы расходов из собственных средств на покрываемые услуги по Части А и Части В.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Вы не несёте ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги по Части А и Части В.</p>

## РАЗДЕЛ 1 Изменения льгот и стоимости на следующий год

### Раздел 1.1 – Изменения ежемесячных взносов

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<b>Ежемесячный страховой взнос</b> (Вы также должны продолжать оплачивать страховой взнос по Части В Medicare, если его не оплачивает за вас Oregon Health Plan (Medicaid).)	\$0	\$0

### Раздел 1.2 – Изменения максимальной суммы расходов из собственных средств

Medicare требует, чтобы все медицинские планы ограничивали сумму, которую вы оплачиваете из собственных средств в течение года. Этот лимит называется максимальной суммой расходов из собственных средств. Достигнув этой суммы, вы, как правило, ничего не платите за покрываемые услуги по Части А и Части В до конца года.

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<b>Максимальная сумма расходов из собственных средств</b> Поскольку наши участники также получают помощь от Oregon Health Plan (Medicaid), очень немногие из них когда-либо достигают максимальной суммы расходов из собственных средств. Вы не несёте ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги по Части А и Части В. Расходы на покрываемые медицинские услуги (такие как совместные платежи и франшизы) засчитываются в максимальную сумму расходов из собственных средств. Расходы на рецептурные препараты не учитываются в максимальной сумме расходов из собственных средств.	\$8,850	\$9,350



---

## Раздел 1.3 – Изменения в сети поставщиков услуг и аптек

---

Сумма, которую вы платите за рецептурные лекарства, может зависеть от того, какой аптекой вы пользуетесь. Планы лекарственного обеспечения Medicare располагают сетью аптек. В большинстве случаев ваши рецепты покрываются только при условии получения лекарств по ним в одной из наших сетевых аптек. В нашей сети есть аптеки с привилегированным распределением расходов, которые могут предложить вам более низкое распределение расходов, чем стандартное распределение расходов, предлагаемое другими сетевыми аптеками для некоторых препаратов.

Обновлённые списки размещены на нашем сайте по адресу [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов, чтобы получить обновлённую информацию о поставщике услуг и/или аптеке или попросить нас отправить вам по почте *Справочник аптек и поставщиков*, который мы отправим в течение трех рабочих дней.

В нашей сети поставщиков услуг на следующий год произошли изменения. **Ознакомьтесь со *Справочником аптек и поставщиков 2025*** [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider), чтобы узнать, входят ли в нашу сеть ваши поставщики услуг (поставщик первичной медицинской помощи, врачи-специалисты, больницы, и т. д.).

В нашем списке аптек на следующий год произошли изменения. **Ознакомьтесь со *Справочником аптек и поставщиков 2025*** [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider), чтобы узнать, какие аптеки входят в нашу сеть.

Важно, чтобы вы знали, что в течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и врачей-специалистов (поставщиков услуг), а также аптек, входящих в ваш план. Если изменение поставщиков в середине года затронуло вас, пожалуйста, обратитесь в службу поддержки клиентов, чтобы мы могли вам помочь.

---

## Раздел 1.4 – Изменения льгот и стоимости на медицинские услуги

---

Обратите внимание, что в *Ежегодном уведомлении об изменениях* сообщается об изменениях в ваших льготах и расходах по Medicare.

В следующем году мы внесём изменения в стоимость и льготы на некоторые медицинские услуги. Ниже приведена информация об этих изменениях.

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<p><b>Стоматологические услуги (прочие; не покрываемые Medicare)</b></p>	<p>Вы получаете предварительно пополненную дебетовую карту стоматологического плана с максимальной совокупной суммой в размере \$1,700 за каждый календарный год для профилактического и комплексного покрытия. Вы можете использовать эту карту для оплаты любых стоматологических услуг в любой удобной для вас стоматологической клинике. Срок действия неиспользованных средств истекает после 11:59 p.m. 31 декабря каждого года и не переносится на следующий год.</p>	<p>В течение каждого календарного года вам предоставляется пособие в размере \$1,900 на любые стоматологические услуги по вашему выбору.</p> <p>Максимальный объём средств на карте (предоплаченная дебетовая стоматологическая карта) составляет \$1,900, которые вы можете использовать в период с 12:00 a.m. 1 января 2025 года до 11:59 p.m. 31 декабря 2025 года. Обратите внимание, что если вы не используете все деньги на карте в течение этого срока, срок её действия истечёт, и деньги не будут перенесены на следующий год.</p>
<p><b>Скорая помощь</b></p>	<p>Вы оплачиваете 0% или 20% от общей стоимости, до \$100, за каждое посещение отделения скорой помощи, покрываемое Medicare.</p>	<p>Для каждого посещения отделения скорой помощи, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p>
<p><b>Образовательные программы для поддержания здоровья и хорошего самочувствия</b></p>	<p>Для оздоровительных занятий не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p>	<p>Оздоровительные занятия не покрываются.</p>

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<p><b>Безрецептурные (Over-the-counter, OTC) товары</b></p>	<p>Вам предоставляется предоплаченная дебетовая карта с балансом в размере \$400 каждые три месяца, которую вы можете использовать для покупки утверждённых безрецептурных товаров и продуктов здорового питания.</p> <p>Безрецептурные товары и продукты здорового питания должны быть предоставлены и организованы через уполномоченного поставщика или утверждённые розничные магазины.</p>	<p>Вам предоставляется предоплаченная дебетовая карта с балансом в размере \$150 каждые три месяца, которую вы можете использовать для покупки утверждённых безрецептурных товаров и продуктов питания.</p> <p>Безрецептурные товары и продукты питания должны быть предоставлены и организованы через уполномоченного поставщика или утверждённые розничные магазины.</p>
<p><b>Специальная дополнительная льгота для людей с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)</b></p>	<p>Никаких специальных дополнительных льгот для людей с хроническими заболеваниями не предлагается.</p>	<p>Для тех, кто соответствует требованиям, предоставляется предоплаченная дебетовая карта с балансом в размере \$250 каждые три месяца, которую вы можете использовать для покупки продуктов питания и товаров.</p>
<p><b>Неотложные услуги</b></p>	<p>Вы оплачиваете 0% или 20% от общей стоимости, до \$65, за каждое посещение службы неотложной помощи, покрываемое Medicare.</p>	<p>Для каждого посещения службы неотложной помощи, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p>

Цена	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<b>Модель страхования на основе стоимости (Value-Based Insurance Design, VBID)</b>	Вам предоставляется предоплаченная дебетовая карта с балансом в размере \$400 каждые три месяца на продукты питания и товары в сочетании с безрецептурными (OTC) товарами.	Вам предоставляется предоплаченная дебетовая карта с балансом в размере \$150 каждые три месяца на продукты питания и товары в сочетании с безрецептурными (OTC) товарами.

## Раздел 1.5 – Изменения Части D по покрытию рецептурных лекарств

### Изменения нашего “Списка лекарств”

Наш список покрываемых лекарств называется Формулярный список или Список лекарств. Копия нашего Списка лекарств предоставляется в электронном виде.

Мы внесли в наш Список лекарств изменения, которые могут подразумевать исключение или добавление лекарств, изменение ограничений, распространяющихся на покрытие определённых лекарств, или перевод их на другой уровень распределения расходов. **Просмотрите Список лекарств, чтобы убедиться в том, что ваши лекарства будут покрываться в следующем году, а также узнать, не введены ли какие-либо ограничения или не переведён ли ваш препарат на другой уровень распределения расходов.**

Большинство изменений в Списке лекарств вносятся в начале каждого года. Однако мы можем внести другие изменения, допустимые правилами Medicare, которые затронут вас в течение года действия плана. Мы обновляем наш Список лекарств, доступный онлайн, не реже одного раза в месяц, чтобы предоставить наиболее актуальный перечень препаратов. Если мы внесём изменения, которые повлияют на доступ к принимаемому вами лекарству, мы отправим вам уведомление об этом.

Если в начале года или в течение года вы столкнулись с изменением покрытия лекарственных препаратов, ознакомьтесь с Главой 9 вашего Справочника страхователя и поговорите со своим врачом, чтобы узнать, какие у вас есть варианты, например, попросить временную поставку, подать заявку на исключительный случай и/или найти новый препарат. Вы также можете обратиться в службу поддержки клиентов для получения дополнительной информации.

В настоящее время мы можем немедленно исключить фирменное лекарство из нашего Списка лекарств, если заменим его новой дженерик-версией лекарства с теми же или



**Изменения в совместном распределении расходов на этапе первоначального покрытия**

Этап	2024 (этот год)	2025 (следующий год)
<p><b>Этап 2: Этап первоначального покрытия</b></p> <p>На этом этапе план оплачивает свою часть стоимости лекарств, а <b>вы оплачиваете свою часть стоимости.</b></p> <p>В этой таблице указана стоимость месячного (30-дневного) запаса при получении его по рецепту в сетевой аптеке.</p> <p>Большинство вакцин для взрослых в рамках Части D покрываются без дополнительной оплаты.</p>	<p>Ваши расходы на месячный запас, полученный в сетевой аптеке:</p> <p>За дженерики вы не платите ничего.</p> <p>За все остальные лекарства вы не платите ничего.</p> <hr/> <p>После того как вы заплатите \$8,000 из собственных средств за лекарства Части D, вы перейдете на следующий этап (этап катастрофического покрытия).</p>	<p>Ваши расходы на месячный запас, полученный в сетевой аптеке:</p> <p>За дженерики вы не платите ничего.</p> <p>За все остальные лекарства вы не платите ничего.</p> <hr/> <p>После того как вы заплатите \$2,000 из собственных средств за лекарства Части D, вы перейдете на следующий этап (этап катастрофического покрытия).</p>



## РАЗДЕЛ 3 Принятие решения о выборе плана

### Раздел 3.1 – Если хотите остаться на Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Чтобы продолжать пользоваться нашим планом, вам не нужно ничего делать. Если до 7 декабря вы не зарегистрируетесь в другом плане или не перейдете на Original Medicare, вы будете автоматически зачислены в наш план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

### Раздел 3.2 – Если вы хотите изменить план

Мы надеемся, что вы продолжите пользоваться нашим планом в следующем году, но если вы хотите изменить план на 2025, сделайте следующее:

#### Шаг 1: Изучите и сравните свой выбор

- Вы можете присоединиться к другому плану медицинского страхования Medicare,
- -- *ИЛИ* -- вы можете перейти на Original Medicare. Если вы перейдете на Original Medicare, вам нужно будет решить, присоединиться ли к плану лекарственного обеспечения Medicare.

Чтобы подробнее узнать об Original Medicare и различных типах планов Medicare, используйте поиск планов Medicare (Medicare Plan Finder) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), прочтите справочник *Medicare & You 2025* (Medicare и вы 2025), обратитесь в Государственную программу помощи по медицинскому страхованию (см. раздел 5), или позвоните в Medicare (см. раздел 7.2).

Напоминаем, что Providence Health Assurance предлагает и другие медицинские планы Medicare. Эти другие планы могут отличаться покрытием, ежемесячными страховыми взносами и суммами по распределению расходов.

#### Шаг 2: Изменение страхового покрытия

- Чтобы перейти на другой медицинский план Medicare, зарегистрируйтесь на новый план. Вы будете автоматически исключены из Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- Чтобы перейти на Original Medicare с планом обеспечения рецептурных лекарств, зарегистрируйтесь на новый план лекарственного обеспечения. Вы будете автоматически исключены из Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).



- Чтобы перейти на **Original Medicare** без плана обеспечения рецептурных лекарств, вам необходимо:
  - Отправьте нам письменное заявление об исключении из плана. Обратитесь в службу поддержки клиентов, если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать.
  - – или – свяжитесь с **Medicare** по номеру телефона 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, и попросите исключить вас. ПользователямTTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вы перейдете на Original Medicare и **не** подпишетесь на отдельный план Medicare по рецептурным лекарствам, Medicare может включить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического включения в план.

## РАЗДЕЛ 4 Срок изменения планов

Если вы хотите перейти на другой план или перейти на Original Medicare в следующем году, вы можете сделать это с **15 октября по 7 декабря**. Изменения вступят в силу с 1 января 2025 года.

### Можно ли изменить план в другое время года?

В определенных ситуациях изменения допускаются и в другое время года. В качестве примера можно привести людей, пользующихся программой Medicaid, тех, кто получает “Дополнительную помощь” в оплате лекарств, тех, кто имеет или теряет страховое покрытие работодателя, а также тех, кто переезжает за пределы зоны обслуживания.

Поскольку у вас есть Oregon Health Plan (Medicaid), вы можете прекратить своё участие в нашем плане в любом месяце года. У вас также есть возможность в любой месяц перейти на другой план Medicare, в том числе:

- Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурных лекарств Medicare,
- Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare (если вы выберете этот вариант, Medicare может зачислить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического зачисления), или
- Если вы соответствуете требованиям, интегрированный план D-SNP предоставляет вам льготы и услуги Medicare и большинство или все льготы и услуги Medicaid в одном плане.

Если вы присоединились к плану Medicare Advantage на 1 января 2025 года и вам не нравится выбранный вами план, вы можете перейти на другой медицинский план Medicare (с покрытием или без покрытия Medicare на рецептурные лекарства) или перейти на Original Medicare (с отдельным планом Medicare по обеспечению рецептурных лекарств или без него) в период с 1 января по 31 марта 2025 года.

Если вы недавно переехали или в настоящее время проживаете в учреждении (например, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или больницы долгосрочного ухода), вы можете **в любое время** сменить ваше покрытие Medicare. Вы можете в любое время перейти на любой другой медицинский план Medicare (с покрытием или без покрытия Medicare на рецептурные лекарства) или перейти на Original Medicare (с отдельным планом Medicare по обеспечению рецептурных лекарств или без него). Если вы недавно покинули учреждение, у вас есть возможность сменить план или перейти на Original Medicare в течение двух полных месяцев после месяца переезда.

## РАЗДЕЛ 5 Программы, предлагающие бесплатные консультации по Medicare и Medicaid

Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (SHIP) — это независимая государственная программа, имеющая подготовленных консультантов в каждом штате. В Орегоне программа SHIP называется Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

Это государственная программа, которая получает деньги от федерального правительства и **бесплатно** консультирует пользователей Medicare по вопросам местного медицинского страхования. Консультанты SHIBA могут помочь вам с вопросами или проблемами, связанными с программой Medicare. Они помогут вам разобраться в выборе плана Medicare и ответят на вопросы о смене плана. Вы можете позвонить в SHIBA по телефону 1-800-722-4134 (TTY 711). Более подробную информацию о SHIBA можно получить на их сайте ([www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov)).

По вопросам о льготах, предоставляемых вашим планом Oregon Health Plan (Medicaid), обращайтесь в Oregon Health Plan (Medicaid) по телефону 1-800-273-0557 с понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 5 p.m. Пользователям TTY следует звонить по номеру 711. Узнайте, как переход на другой план или возвращение к Original Medicare повлияет на получение вами страхового покрытия Oregon Health Plan (Medicaid).

## РАЗДЕЛ 6 Программы, помогающие оплачивать рецептурные лекарства

Вы можете претендовать на помощь в оплате рецептурных лекарств. Ниже приведён список различных видов помощи.

- **“Дополнительная помощь” от Medicare.** Поскольку у вас есть план Oregon Health Plan (Medicaid), вы уже зачислены в программу “Дополнительная помощь”, которая также называется субсидией для малообеспеченных. В рамках программы “Дополнительная помощь” оплачиваются некоторые страховые взносы за рецептурные препараты, франшизы и сострахование. Поскольку вы имеете право на участие, у вас не будет разницы в страховом покрытии или штрафа за задержку

включения в программу. Если у вас есть вопросы относительно “Дополнительной помощи”, звоните:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю;
- Обратиться к представителю Службы социального обеспечения можно по телефону 1-800-772-1213 с 8 am по 7 pm с понедельника по пятницу. Автоматические сообщения доступны 24 часа в сутки. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778; или
- В офис Medicaid вашего штата (заявки).

## РАЗДЕЛ 7 Вопросы?

### Раздел 7.1 – Получение помощи от Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Вопросы? Мы готовы помочь. Позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340. (Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Нам можно звонить с 8 a.m. до 8 p.m. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. Звонки на этот номер бесплатные.

#### **Ознакомьтесь со *Справочником страхователя 2025* (в нём содержится подробная информация о льготах и расходах на следующий год)**

В данном *Ежегодном уведомлении об изменениях* приводится краткая информация об изменениях в ваших льготах и расходах на 2025 год. Более подробную информацию о Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) можно найти в *Справочнике страхователя 2025*. *Справочник страхователя* — это юридический документ, подробно описывающий льготы по вашему плану. В нем разъясняются ваши права и правила, которые необходимо соблюдать для получения покрываемых услуг и рецептурных препаратов. Копию *Справочника страхователя* можно найти на нашем сайте по ссылке [www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC). Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов с просьбой выслать вам *Справочник страхователя* по почте.

#### **Посетите наш сайт**

Вы также можете посетить наш сайт по ссылке [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com). Напоминаем, что на нашем сайте размещена самая актуальная информация о сети наших поставщиков (*Справочник аптек и поставщиков*) и *Список покрываемых лекарств* (*Формулярный список / “Список лекарств”*).

---

## Раздел 7.2 – Получение помощи от Medicare

---

Для получения информации непосредственно от Medicare:

### **Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Вы можете звонить по номеру телефона 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

### **Посетите сайт Medicare**

Посетите сайт Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Здесь содержится информация о стоимости, покрытии и рейтинге качества, что поможет вам сравнить медицинские планы Medicare в вашем регионе. Для просмотра информации о планах перейдите по ссылке [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Прочитайте *Medicare & You 2025 (Medicare и вы 2025)***

Прочитайте справочник *the Medicare & You 2025 (Medicare и вы 2025)*. Каждую осень этот документ рассылается по почте людям с Medicare. В нем содержится краткая информация о льготах Medicare, правах и защитных механизмах, а также ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о Medicare. Если у вас нет экземпляра этого документа, вы можете найти его на сайте Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) или позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

---

## Раздел 7.3 – Получение помощи от Oregon Health Plan (Medicaid)

---

Чтобы получить информацию от Oregon Health Plan (Medicaid), вы можете позвонить в Oregon Health Plan (Medicaid) по телефону 1-800-273-0557. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 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。