

План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) от Providence Health Assurance

Ежегодное уведомление об изменениях для 2026 г.

Вы являетесь участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Ниже приведены изменения в расценках и льготах по нашему плану на следующий год.

- **С 15 октября по 7 декабря вы должны внести изменения в свое медицинское страхование на следующий год.** Если вы не выберете другой план до 7 декабря 2025 г., вы останетесь участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- Чтобы выбрать **другой план**, посетите сайт www.Medicare.gov или ознакомьтесь со списком на обратной стороне руководства *Medicare & You 2026* (Medicare и вы).
- Просим обратить внимание, что это только краткий обзор изменений. Более подробная информация о расценках, льготах и правилах доступна в *Справочнике страхователя*. Копию можно получить на сайте www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC или обратившись в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы получить копию по почте.

Дополнительные ресурсы

- Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском, русском, арабском, китайском (упрощенном) и сомалийском языках.
- Для получения дополнительной информации звоните по номеру службы поддержки клиентов 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00. С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный.
- Эта информация доступна в нескольких форматах, включая крупный шрифт и шрифт Брайля.

О плане Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- Программа страхования Providence Health Assurance — это сочетание планов НМО, НМО-POS и НМО SNP со страховыми контрактами Medicare и Oregon Health Plan. Регистрация в плане Providence Health Assurance возможна только после продления договора.
- Наш план также имеет письменное соглашение с программой Oregon Medicaid для координации ваших льгот по программе Medicaid.

- Слова «мы», «нас» или «наш» в настоящем документе означают Providence Health Assurance. Слова «план» или «наш план» означают план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- **Если вы не предпримите никаких действий до 7 декабря 2025 г., вы будете автоматически зачислены как участник плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).** Начиная с 1 января 2026 г., вы будете пользоваться страховым покрытием для получения медицинской помощи и лекарств через *план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*. Дополнительная информация об изменении плана и сроках доступна в Разделе 3.

Содержание

Краткое изложение важных расценок для 2026 г.	4
РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и расценках на следующий год.....	6
Раздел 1.1. Изменения в Ежемесячном страховом взносе по плану.....	6
Раздел 1.2. Изменения в Максимальной сумме расходов из собственных средств.....	7
Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков	8
Раздел 1.4. Изменения в сети аптек.....	8
Раздел 1.5. Изменения в льготах и расценках на медицинские услуги	8
Раздел 1.6. Изменения в Части D Страхового покрытия лекарств.....	10
Раздел 1.7. Изменения в льготах и расценках на рецептурные лекарства	11
РАЗДЕЛ 2 Административные изменения	14
РАЗДЕЛ 3 Как изменить план	15
Раздел 3.1. Сроки изменения плана.....	16
Раздел 3.2. Когда еще можно менять план в течение года?	16
РАЗДЕЛ 4 Получение помощи в оплате рецептурных лекарств.....	17
РАЗДЕЛ 5 Вопросы	18
Получение помощи от Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	18
Получение бесплатной консультации о Medicare.....	18
Получение помощи от Medicare.....	19
Получение помощи от Medicaid.....	19

Краткое изложение важных расценок для 2026 г.

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос по плану * * Ваш страховой взнос может быть больше этой суммы. Больше информации доступно в Разделе 1.1.	0 долл.	0 долл.
Максимальная сумма расходов из собственных средств Это <u>максимальная</u> сумма, которую вы будете платить из собственных средств за покрываемые услуги. (Больше информации доступно в Разделе 1.2.)	9 350 долл. Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги по Части А и Части В.	9 250 долл. Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги по Части А и Части В.
Приемы в учреждении первичной медицинской помощи	0 долл. за прием	0 долл. за прием
Приемы специалистов	0 долл. за прием	0 долл. за прием
Стационарное лечение Включает стационарные больницы неотложной помощи, стационарные реабилитационные больницы, больницы долгосрочного ухода и другие виды стационарных больничных услуг.	0 долл. за стационарное лечение	0 долл. за стационарное лечение

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Стационарное лечение начинается с того дня, когда вас официально помещают в больницу по предписанию врача. День перед выпиской считается последним днём пребывания в стационаре.		
Франшиза на покрытие лекарств по Части D (Больше информации доступно в Разделе 1.7.)	Франшиза: 0 долл.	Франшиза: 0 долл.
Покрытие лекарств по Части D (Больше информации доступно в Разделе 1.7., в том числе касательно уровней Годовой безусловной франшизы, Первоначального покрытия и Катастрофического покрытия.)	Совместный платеж / сострахование на уровне первоначального покрытия: - за дженерики вы ничего не платите; - за все другие лекарства вы ничего не платите. Уровень катастрофического покрытия: На этом уровне оплаты вы ничего не платите за	Совместный платеж / сострахование на уровне первоначального покрытия: - за дженерики вы делаете совместный платеж в размере 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. за рецепт; - за все другие лекарства вы делаете совместный платеж в размере 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. за рецепт. Уровень катастрофического покрытия: На этом уровне оплаты вы ничего не платите за

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
	покрываемые лекарства Части D.	покрываемые лекарства Части D.

РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и расценках на следующий год

Раздел 1.1. Изменения в Ежемесячном страховом взносе по плану

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос по плану (Вы должны также продолжать оплачивать страховые взносы по Части В в Medicare, если только их не оплачивают за вас Medicaid.)	0 долл.	0 долл. Изменения в льготах не предусмотрены на следующий год.

Раздел 1.2. Изменения в Максимальной сумме расходов из собственных средств

Medicare требует ограничения годового размера ваших расходов из собственных средств для всех медицинских планов. Такое ограничение называется максимальной суммой расходов из собственных средств. Как только вы достигнете этой суммы, вам больше не придется оплачивать покрываемые услуги до конца календарного года.

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Максимальная сумма расходов из собственных средств Поскольку наши участники также получают помощь от Medicaid, очень немногие из них достигают этого максимального размера расходов из собственных средств. Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги по Части А и Части В. Ваши расходы на покрываемые медицинские услуги (например, совместные платежи) засчитываются в максимальную сумму расходов из собственных средств. Ваши расходы на рецептурные лекарства не засчитываются в максимальную сумму расходов из собственных средств.	9 350 долл.	9 250 долл. Как только вы оплатите за покрываемые услуги 9 250 долл. из собственных средств, вам больше не придется оплачивать покрываемые услуги до конца календарного года.

Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков

Изменения в сети поставщиков не предусмотрены на следующий год.

В течение года мы можем вносить изменения в перечень больниц, врачей и специалистов (поставщиков), которые входят в ваш план. Если вас затронет изменение наших поставщиков посреди года, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Больше информации о ваших правах в случае исключения поставщика из нашего плана доступно в Главе 3, Разделе 2.3 вашего *Справочника страхователя*.

Раздел 1.4. Изменения в сети аптек

Суммы, которые вы платите за рецептурные лекарства, могут зависеть от аптеки. Планы обеспечения лекарствами Medicare имеют сеть аптек. В большинстве случаев ваши рецепты покрываются *только* при условии получения лекарств по ним в одной из наших сетевых аптеках.

Изменения в сети аптек не предусмотрены на следующий год.

В течение года мы можем вносить изменения в перечень аптек, которые входят в ваш план. Если вас затронет изменение наших аптек посреди года, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Раздел 1.5. Изменения в льготах и расценках на медицинские услуги

Ежегодное уведомление об изменениях информирует об изменениях в льготах и расценках Medicare.

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Услуги хиропрактики и иглоукалывание, покрываемые Medicare	Предварительное разрешение не требуется.	Может потребоваться предварительное разрешение.

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Немедицинские перевозки	36 поездок в одну сторону (при наличии VBID)	24 поездки в одну сторону (при наличии Специальных дополнительных льгот для хронически больных [SSBCI])¹
Стоматологические услуги, которые не покрываются Medicare	В течение календарного года вам предоставляется пособие в размере 1 900 долл. на любые стоматологические услуги по вашему выбору	В течение каждого полугодия вам предоставляется пособие в размере 450 долл. на любые стоматологические услуги по вашему выбору
Амбулаторные реабилитационные услуги	Предварительное разрешение на оказание первичных реабилитационных услуг не требуется; однако последующие посещения могут потребовать разрешения	Может потребоваться предварительное разрешение на оказание первичных и последующих реабилитационных услуг
Средства, отпускаемые без рецепта	Раз в три месяца предоставляется пособие в размере 150 долл.	Раз в три месяца предоставляется пособие в размере 40 долл.

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Обычные очки или контактные линзы	Пособие до 250 долларов за календарный год на любую комбинацию обычных средств для коррекции зрения по рецепту врача	Пособие до 150 долларов за календарный год на любую комбинацию обычных средств для коррекции зрения по рецепту врача
Продукты питания и свежие продукты для SSBCI¹	Раз в три месяца предоставляется пособие в размере 250 долл.	Раз в три месяца предоставляется пособие в размере 200 долл.

¹ Эта льгота предоставляется как часть специальной дополнительной программы для хронически больных. Право на получение этой льготы могут иметь участники программы, имеющие сахарный диабет, хронические и инвалидизирующие психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания легких, неврологические расстройства и другие не указанные здесь заболевания, соответствующие условиям. Мы не можем гарантировать получение этой льготы, основываясь только на вашем диагнозе. Чтобы получить эту льготу, необходимо соответствовать всем критериям. За более подробной информацией обращайтесь в службу поддержки клиентов.

Раздел 1.6. Изменения в Части D Страхового покрытия лекарств

Изменения в нашем Списке лекарств

Наш список покрываемых лекарств называется формуляром или Списком лекарств. Копия Списка лекарств предоставляется в электронном виде.

Мы внесли изменения в Список лекарств, что может привести к удалению или добавлению лекарств, а также повлечь за собой изменение ограничений, применимых к покрытию некоторых лекарств, или их перевод на другой уровень распределения расходов. **Ознакомьтесь со Списком лекарств, чтобы убедиться, что ваши лекарства будут покрываться в следующем году, а также чтобы узнать, не появилось ли по отношению к ним какие-либо ограничения и не переведены ли они на другой уровень распределения расходов.**

Большинство изменений в Списке лекарств вступают в силу в начале каждого года. Однако мы можем вносить другие изменения в течение календарного года в соответствии с правилами Medicare. Мы обновляем наш Список лекарств онлайн минимум раз в месяц, чтобы предоставлять актуальный список лекарств. Если внесенные изменения касаются вашего доступа к принимаемым лекарствам, мы уведомим вас о таких изменениях.

Если вас затронет изменение покрытия лекарств в начале или в течение года, пересмотрите Главу 9 вашего *Справочника страхователя* и обратитесь к специалисту, выписывающему рецепт, чтобы узнать, какие варианты доступны. Вы можете запросить временную поставку, попросить сделать исключение и/или попробовать подобрать новые лекарства. Для получения дополнительной информации звоните по номеру службы поддержки клиентов 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Раздел 1.7. Изменения в льготах и расценках на рецептурные лекарства

Получаете ли вы Дополнительную поддержку для оплаты расходов на покрытие лекарств?

Если вы участвуете в программе, которая помогает вам оплачивать лекарства (Дополнительная поддержка), **информация о расходах на лекарства Части D может не применяться по отношению к вам.** Мы также предоставляем отдельный документ под названием *Справочник страхователя для людей, получающих Дополнительную помощь для оплаты рецептурных лекарств (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)*, в котором изложены расценки на лекарства. Если вы получаете Дополнительную помощь, но вам не был отправлен указанный выше документ в этом пакете, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) и попросите предоставить вам LIS Rider.

Уровни оплаты лекарств

Существует **3 уровня оплаты лекарств**: уровень Годовой безусловной франшизы, уровень Первоначального покрытия и уровень Катастрофического покрытия. Льготы Части D больше не включают уровень непокрываемого диапазона расходов и программу скидок по непокрываемому диапазону расходов.

- **Уровень 1: Годовая безусловная франшиза**

Безусловная франшиза у нас не предусмотрена, поэтому этот уровень оплаты не применяется по отношению к вам.

- **Уровень 2: Первоначальное покрытие**

На этом уровне ваш план оплачивает часть расходов на ваши лекарства, а вы оплачиваете свою. Как правило, вы остаетесь на этом уровне до тех пор, пока ваши расходы из собственных средств с начала года не достигнут 2 100 долл.

- **Уровень 3: Катастрофическое покрытие**

Это третий и последний уровень оплаты лекарств. На этом уровне вы ничего не платите за покрываемые лекарства Части D. На этом уровне вы остаетесь до конца календарного года.

Программа скидок по непокрываемому диапазону расходов была заменена Программой скидок от производителя. По Программе скидок от производителя производители лекарств оплачивают часть полной стоимости покрываемых фирменных лекарств и биопрепаратов Части D нашего плана на уровне Первоначального покрытия и на уровне Катастрофического покрытия. Скидки, оплачиваемые производителем по Программе скидок от производителя, не засчитываются в расходы из собственных средств.

Стоимость лекарств на Уровне 1: Годовая безусловная франшиза

В таблице приведены расценки по рецептам на этом уровне.

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Годовая безусловная франшиза	Безусловная франшиза у нас не предусмотрена, поэтому этот уровень оплаты не применяется по отношению к вам.	Безусловная франшиза у нас не предусмотрена, поэтому этот уровень оплаты не применяется по отношению к вам.

Стоимость лекарств на Уровне 2: Первоначальное покрытие

В таблице приведены расценки по рецептам для поставки в течение одного месяца (30 дней) в аптеку сети со стандартным распределением расходов.

Большинство вакцин для взрослых в Части D покрываются без каких-либо затрат с вашей стороны. Больше информации о стоимости вакцин, о расценках на долгосрочные поставки или о рецептах, доставляемых по почте, можно найти в Главе 6 вашего Справочника страхователя.

После оплаты из собственных средств на сумму \$2 100 долл. за покрываемые лекарства по Части D вы переходите на следующий уровень (Уровень Катастрофического покрытия).

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
	за дженерики вы ничего не платите; за все другие лекарства вы ничего не платите.	за дженерики вы делаете совместный платеж в размере 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. за рецепт; за все другие лекарства вы делаете совместный платеж в размере 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. за рецепт.

Изменения в целевых дополнительных льготах (VBID) по Части D

Центры по обслуживанию Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) убрали модель VBID, в том числе дополнительные льготы по Части D в размере 0 долл., из всех планов Medicare начиная с 2026 г. Применимое распределение расходов в 2026 г. отображено в таблице выше.

Изменения в Уровне Катастрофического покрытия

Более подробная информация о ваших расценках на Уровне Катастрофического покрытия доступна в Главе 6, Раздел 6 вашего *Справочника страхователя*.

РАЗДЕЛ 2 Административные изменения

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
Часы работы службы поддержки клиентов	Служба работает с 08:00 до 20:00 (Тихоокеанское время), семь дней в неделю.	С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00. С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00.
Диабетические принадлежности (измерительные приборы и тест-полоски) выдаются в аптеках	Рекомендуется выбирать продукцию брендов Roche (Accu-Chek) и Lifescan (OneTouch).	Рекомендуется выбирать продукцию брендов Roche (Accu-Chek) и Abbott (Freestyle).
План Medicare Prescription Payment Plan	План Medicare Prescription Payment Plan является вариантом оплаты, который появился в текущем году. Он позволяет управлять расходами из собственных средств на лекарства, покрываемые нашим планом, распределяя их на весь календарный год (с января по декабрь). Вы можете воспользоваться	Если вы используете план Medicare Prescription Payment Plan и остаетесь участником плана по Части D, ваше участие автоматически продлевается в 2026 г. Узнать больше об этом варианте оплаты можно по номеру 855-742-2779

	2025 (текущий год)	2026 (следующий год)
	таким вариантом оплаты..	(пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) или на сайте www.Medicare.gov .

РАЗДЕЛ 3 Как изменить план

Если вы хотите остаться на плане *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*, вам ничего не нужно делать. Если вы не выбрали другой план и не перешли на план Original Medicare до 7 декабря, вы будете автоматически зачислены на наш план *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*.

Если вы хотите изменить план на 2026 г., сделайте следующее.

- **Чтобы выбрать другой план Medicare**, присоединитесь к новому плану. Вы будете автоматически исключены из плана *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*.
- **Чтобы выйти из плана Original Medicare с покрытием лекарств Medicare**, присоединитесь к новому плану обеспечения лекарствами Medicare. Вы будете автоматически исключены из плана *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*.
- **Чтобы выйти из плана Original Medicare без обеспечения лекарствами Medicare**, вы можете отправить нам письменный запрос на исключение из плана. Для получения дополнительной информации об изменении плана звоните по номеру службы поддержки клиентов 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Или обратитесь в **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросите, чтобы вас исключили из плана. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вы не присоединитесь к плану обеспечения лекарствами Medicare, на вас может быть наложен штраф за позднее присоединение к Части D (подробнее в Главе 1, Раздела 4.3 вашего *Справочника страхователя*).).
- **Больше информации о плане Original Medicare и о разных видах планов Medicare** доступно на сайте www.Medicare.gov и в справочнике *Medicare & You 2026*. Вы также можете обратиться в Государственную программу помощи по медицинскому страхованию (Раздел 5) или позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Напоминаем, что Providence Health Assurance предлагает другие медицинские планы Medicare. Такие другие планы могут отличаться другим покрытием, ежемесячными страховыми взносами по плану и суммами распределения расходов.

Раздел 3.1. Сроки изменения плана

Участники плана Medicare могут изменить свое страхование с **15 октября по 7 декабря** каждого года.

Если вы выбрали план Medicare Advantage на 1 января 2026 г., но остались недовольными своим выбором, вы можете выбрать другой медицинский план Medicare (с обеспечением лекарствами Medicare или без него) или перейти на план Original Medicare (с отдельным обеспечением лекарствами Medicare или без него) с 1 января по 31 марта 2026 г.

Раздел 3.2. Когда еще можно менять план в течение года?

В некоторых случаях есть возможность изменить страхование в течение года. Это касается людей, которые:

- имеют Medicaid;
- получают Дополнительную помощь в оплате лекарств;
- имеют страховое покрытие работодателем или выходят из него;
- переезжают в места, где нет нашего обслуживания.

Поскольку у вас есть Medicaid, вы можете в течение всего года прекратить участие в нашем плане, выбрав один из предложенных ниже вариантов Medicare.

- 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 недавно переехали в учреждение (например, в учреждение квалифицированного сестринского ухода или больницы долгосрочного ухода) или в настоящее время живете в нем, вы можете изменить страхование Medicare **в любое время**. Вы можете перейти на любой другой медицинский план Medicare (с обеспечением лекарствами Medicare или без него) или перейти на план Original Medicare (с обеспечением лекарствами Medicare или без него) в любое время. Если вы недавно выписались из учреждения, у вас есть возможность изменить план или перейти на план Original Medicare в течение двух полных месяцев после месяца выписки.

РАЗДЕЛ 4 Получение помощи в оплате рецептурных лекарств

Вы можете иметь право на помощь в оплате рецептурных лекарств. Доступны разные виды помощи.

- **Дополнительная помощь от Medicare.** Люди с ограниченным доходом могут иметь право на Дополнительную помощь в оплате расходов на рецептурные лекарства. Если вы имеете право на такую помощь, Medicare может покрывать от 75 % ваших расходов на лекарства, включая ежемесячные страховые взносы по плану, годовые безусловные франшизы и состраховование. Кроме того, на таких людей не налагается штраф за позднее присоединение. Чтобы узнать, имеете ли вы право на помощь, позвоните по номеру:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Служба работает 24 часа в сутки, 7 дней в неделю;
 - Службы социального обеспечения: 1-800-772-1213 с 08:00 до 19:00, с понедельника по пятницу. Автоответчик работает круглосуточно. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-800-325-0778.
 - офиса Medicaid в вашем штате.
- **Помощь с распределением расходов на рецептурные лекарства для пациентов с ВИЧ/СПИД.** Программа помощи больным СПИДом (ADAP) помогает людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и подходящим для участия в программе ADAP, получить доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ. Чтобы получить право на участие в программе ADAP, действующей в вашем штате, нужно соответствовать определенным критериям, включая подтверждение проживания в штате и ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода, определенный штатом, и статус незастрахованного или не полностью застрахованного лица. Лекарства Medicare по Части D, которые также покрываются программой ADAP, попадают под помощь с распределением расходов на рецептурные лекарства через CAREAssist. Чтобы получить информацию о критериях соответствия, покрываемых лекарствах, о том, как записаться в программу, или, если вы уже являетесь ее участником, как продолжать получать помощь, позвоните в CAREAssist по телефону 971-673-0144 или 1-800- 805-2313 (телетайп 711). Во время звонка обязательно сообщите имя и номер полиса Medicare по Части D.
- **План Medicare Prescription Payment Plan** План Medicare Prescription Payment Plan является вариантом оплаты, который работает с вашим текущим страхованием. Он позволяет управлять расходами из собственных средств на лекарства, покрываемые нашим планом, распределяя их на весь календарный год (с января по декабрь). Наличие Плана обеспечения лекарствами или медицинского плана Medicare с покрытием лекарств (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарств) позволяет использовать этот метод оплаты.

Такой вариант оплаты позволит управлять своими расходами, но не предусматривает экономии средства или снижения стоимости лекарств.

Дополнительная помощь от Medicare и помощь от ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодны, чем участие в плане Medicare Prescription Payment Plan. Все участники имеют право воспользоваться вариантом оплаты по плану Medicare Prescription Payment Plan. Узнать больше об этом варианте оплаты можно по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) или на сайте www.Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 5 Вопросы

Получение помощи от Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- **Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).**

Мы всегда готовы вам ответить. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00. С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00. Звонки на этот номер бесплатные.

- **Ознакомьтесь со своим *Справочником страхователя 2026***

Это *ежегодное уведомление об изменениях* предоставляет краткое изложение изменений в льготах и расценках в 2026 г. Больше информации доступно в *Справочнике страхователя 2026* для плана *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*. *Справочником страхователя* является официальным, подробным описанием льгот по вашему плану. В нем описываются ваши права и правила, которые нужно соблюдать, чтобы пользоваться покрываемыми услугами и получать рецептурные лекарства. Получить *Справочник страхователя* можно на сайте www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC или обратившись в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы получить копию по почте.

- **Посетите наш сайт www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider**

На нашем сайте доступна актуальная информация о сети поставщиков (*Provider Directory/Pharmacy Directory*) и о нашем *Списке покрываемых лекарств* (формуляр / Список лекарств).

Получение бесплатной консультации о Medicare

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

Обратитесь в SHIBA, чтобы получить бесплатную персонализированную консультацию о медицинском страховании. Вам помогут понять, какой план Medicare вам подходит, а также ответят на вопросы об изменении плана. Звоните в SHIBA по номеру 1-800-722-4134 (телетайп 711). Узнать больше о SHIBA можно на сайте www.shiba.oregon.gov.

Получение помощи от Medicare

- **Звоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

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

- **Живой чат доступен на сайте www.Medicare.gov**

Вы можете пообщаться в чате на сайте www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Написать Medicare**

Вы можете написать письмо в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Посетите сайт www.Medicare.gov**

На официальном сайте Medicare есть информация о расценках, страховании, а также оценки качества, что позволит вам сравнить планы Medicare в вашем регионе.

- **Ознакомьтесь с руководством *Medicare & You 2026***

Руководство *Medicare & You 2026* отправляется участникам Medicare по почте каждую осень. В нем кратко излагаются льготы Medicare, права и средства защиты, а также предоставляются ответы на часто задаваемые вопросы о Medicare. Копию можно получить на сайте www.Medicare.gov или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Получение помощи от Medicaid

Обратитесь в Oregon Health Plan (Medicaid) по номеру 1-800-273-0557. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711, чтобы получить помощь с регистрацией в Medicaid и задать вопросы о льготах.