

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

Thông báo về Thay đổi Hàng năm cho năm 2026

Quý vị đã được ghi danh làm thành viên của quý vị Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Tài liệu này mô tả những thay đổi về chi phí và quyền lợi của chương trình chúng tôi trong năm tới.

- Quý vị có thời gian từ ngày 15 Tháng Mười - ngày 7 Tháng Mười Hai để thực hiện thay đổi đối với bảo hiểm Medicare của mình cho năm tới. a vào một chương trình khác trước ngày 7 Tháng Mười Hai, 2025, quý vị sẽ tiếp tục tham gia Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- Để thay đổi sang một **chương trình khác**, hãy truy cập www.Medicare.gov hoặc xem danh sách ở mặt sau sổ tay *Medicare & Quý vị 2026* của quý vị.
- Lưu ý, đây chỉ là bản tóm tắt các thay đổi. Thông tin chi tiết hơn về chi phí, quyền lợi và quy tắc trong *Chúng tôi Bảo hiểm*. Quý vị có thể lấy một bản sao tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC hoặc gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để nhận một bản sao qua đường bưu điện thoại của quý vị.

Các tài nguyên Khác

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga, tiếng Ả Rập, tiếng Trung (Giản thể), và tiếng Somali.
- Gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin. Từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, chúng tôi làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, chúng tôi làm việc từ Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn phí.
- Thông tin này có sẵn ở nhiều định dạng, bao gồm chữ in lớn và chữ nổi Braille.

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

- 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.
- Chương trình của chúng tôi cũng có một thỏa thuận bằng văn bản với chương trình Medicaid Oregon để phối hợp các quyền lợi Medicaid của quý vị.

- Khi tài liệu này dùng “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” nghĩa là Providence Health Assurance. Khi tài liệu này dùng “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” có nghĩa là Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- **Nếu quý vị không thực hiện bất kỳ hành động nào trước ngày 7 Tháng Mười Hai, 2025, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).** Bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2026, quý vị sẽ nhận được bảo hiểm y tế và thuốc kê toa thông qua *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*. Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về cách thay đổi chương trình và các thời hạn để thực hiện thay đổi.

Mục lục

Tóm tắt các Chi phí Quan trọng cho năm 2026	4
PHẦN 1 Những Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí cho Năm tới	6
Phần 1.1 Thay đổi về Phí bảo hiểm Hàng tháng của Chương trình	6
Phần 1.2 Thay đổi về Số tiền Chi phí Tự trả Tối đa của Quý vị	7
Phần 1.3 Thay đổi về Mạng lưới Nhà cung cấp	7
Phần 1.4 Thay đổi về Mạng lưới Nhà thuốc.....	8
Phần 1.5 Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí cho các Dịch vụ Y tế	8
Phần 1.6 Thay đổi về Bảo hiểm Thuốc kê toa Part D.....	9
Phần 1.7 Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí Thuốc kê toa	10
PHẦN 2 Những Thay đổi Hành chính trong mạng lưới (để	13
PHẦN 3 Cách Thay đổi Chương trình	14
Phần 3.1 Các Thời hạn để Thay đổi Chương trình	14
Phần 3.2 Có những thời điểm khác trong năm để thực hiện thay đổi không?	15
PHẦN 4 Nhận Hỗ trợ Thanh toán Thuốc kê toa	15
PHẦN 5 Quý vị có câu hỏi?.....	16
Nhận Hỗ trợ từ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	16
Nhận Tư vấn Miễn phí về Medicare	17
Nhận Hỗ trợ từ Medicare.....	17
Nhận Hỗ trợ từ Medicaid.....	18

Tóm tắt các Chi phí Quan trọng cho năm 2026

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Phí bảo hiểm hàng tháng của Chương trình* * Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này. Xem Phần 1.1 để biết chi tiết.	\$0	\$0
Số tiền tự trả tối đa Đây là <u>số tiền lớn nhất</u> mà quý vị sẽ phải tự trả cho các dịch vụ được đài thọ. (Xem phần 1.2 để biết chi tiết.)	\$9,350 Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả.	\$9,250 Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả.
Khám tại văn phòng chăm sóc chính	\$0 mỗi lần khám	\$0 mỗi lần khám
Khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa	\$0 mỗi lần khám	\$0 mỗi lần khám
Nằm viện nội trú Bao gồm bệnh viện nội trú cấp cứu, bệnh viện phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn, và các loại dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Chăm sóc bệnh viện nội trú bắt đầu từ ngày quý vị chính thức được nhập viện theo lệnh của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị.)	\$0 cho mỗi lần nằm viện nội trú	\$0 cho mỗi lần nằm viện nội trú

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Khoản khấu trừ bảo hiểm thuốc Part D (Xem phần 1.7 để biết chi tiết.)	Khoản khấu trừ: \$0	Khoản khấu trừ: \$0
Bảo hiểm thuốc Part D (Xem Phần 1.7 để biết chi tiết, bao gồm Khoản Khấu trừ Hàng năm, Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.)	Đồng thanh toán/Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu: • Đối với thuốc gốc, quý vị không phải trả gì cả. • Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị không phải trả gì cả. Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương: Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Part D được đài thọ.	Đồng thanh toán/Đồng bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu: • Đối với thuốc gốc, quý vị sẽ trả tiền đồng thanh toán là \$0, \$1.60 hoặc \$5.10 cho mỗi đơn thuốc. • Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ trả tiền đồng thanh toán là \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 cho mỗi đơn thuốc. Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương: Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Part D được đài thọ.

PHẦN 1 Những Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí cho Năm tới**Phần 1.1** Thay đổi về Phí bảo hiểm Hàng tháng của Chương trình

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Phí bảo hiểm hàng tháng của Chương trình (Quý vị cũng phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Part B trừ khi Medicaid đã trả.)	\$0	\$0 Không có thay đổi nào cho năm quyền lợi sắp tới.

Phần 1.2 Thay đổi về Số tiền Chi phí Tự trả Tối đa của Quý vị

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm y tế phải giới hạn số tiền quý vị phải tự trả trong năm. Giới hạn này được gọi là số tiền chi phí tự trả tối đa. Khi quý vị đã trả đủ số tiền này, thường thì quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được đài thọ trong phần còn lại của năm dương lịch.

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Số tiền tự trả tối đa Vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid, rất ít thành viên đạt đến mức tối đa chi phí tự trả này.) Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả. Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được đài thọ (chẳng hạn như đồng thanh toán) được tính vào số tiền chi phí tự trả tối đa của quý vị. Chi phí của quý vị cho thuốc kê toa không được tính vào số tiền chi phí tự trả tối đa của quý vị.	\$9,350	\$9,250 Khi quý vị đã trả \$9,250 tự trả cho các dịch vụ được đài thọ, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được đài thọ còn lại trong năm dương lịch.

Phần 1.3 Thay đổi về Mạng lưới Nhà cung cấp

Không có thay đổi nào đối với mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi cho năm tới.

Chúng tôi có thể thay đổi các bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) là thành viên của chương trình trong suốt năm. Nếu một thay đổi giữa năm về nhà cung cấp ảnh hưởng đến quý vị, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để được hỗ trợ. Để biết thêm thông tin về quyền lợi của quý vị khi một nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy xem Chương 3, Phần 2.3 của *Chứng Từ Bảo Hiểm*.

Phần 1.4 Thay đổi về Mạng lưới Nhà thuốc

Số tiền quý vị trả cho thuốc kê toa có thể phụ thuộc vào nhà thuốc mà quý vị sử dụng. Các chương trình thuốc kê toa của Medicare có mạng lưới nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị *chỉ* được đài thọ nếu mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Không có thay đổi nào đối với mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi cho năm tới.

Chúng tôi có thể thay đổi các nhà thuốc thuộc chương trình trong suốt năm. Nếu một thay đổi giữa năm về nhà thuốc ảnh hưởng đến quý vị, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để được hỗ trợ.

Phần 1.5 Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí cho các Dịch vụ Y tế

Thông báo *Thay đổi Hàng năm* thông báo cho quý vị về các thay đổi đối với quyền lợi và chi phí Medicare của quý vị).

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Các dịch vụ nắn xương và châm cứu được đài thọ bởi Medicare	Không yêu cầu cho phép trước	Có thể cần cho phép trước
Chuyên chở phi y tế	36 chuyến đi một chiều (được cung cấp theo VBID)	24 chuyến đi một chiều (được cung cấp theo Chương trình Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho Người Bệnh Mạn tính [SSBCI]) ¹
Các dịch vụ nha khoa không được Medicare đài thọ	Trợ cấp \$1,900 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào mà quý vị chọn	Trợ cấp \$450 mỗi sáu tháng cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào mà quý vị chọn

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Dịch vụ Phục hồi chức năng Ngoại trú	Không yêu cầu cho phép trước cho các dịch vụ phục hồi chức năng ban đầu; tuy nhiên, các lần khám tiếp theo có thể yêu cầu cho phép	Không yêu cầu cho phép trước cho các dịch vụ phục hồi chức năng ban đầu và các lần khám tiếp theo
Các vật dụng Không kê toa	Trợ cấp \$150 mỗi ba tháng	Trợ cấp \$40 mỗi ba tháng
Kính mắt hoặc kính áp tròng định kỳ	Trợ cấp lên đến \$250 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ sự kết hợp nào của kính mắt kê toa định kỳ	Trợ cấp lên tới \$150 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ sự kết hợp nào của kính mắt kê toa định kỳ
Thực phẩm và sản phẩm theo SSBCI ¹	Trợ cấp \$250 mỗi ba tháng	Trợ cấp \$200 mỗi ba tháng

¹ Quyền lợi này là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho những người mắc bệnh mạn tính. Các thành viên mắc bệnh tiểu đường, tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây tàn tật, rối loạn tim mạch, rối loạn phổi mạn tính, rối loạn thần kinh và các tình trạng đủ điều kiện khác không được liệt kê có thể đủ điều kiện để nhận quyền lợi này. Chúng tôi không thể đảm bảo quý vị đủ điều kiện hưởng quyền lợi chỉ dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị. Quý vị phải đáp ứng mọi yêu cầu về tính đủ điều kiện được áp dụng trước khi được hưởng quyền lợi. Để biết thêm chi tiết, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

Phần 1.6 Thay đổi về Bảo hiểm Thuốc kê toa Phần D

Thay đổi trong Danh sách Thuốc của Chúng tôi

Danh sách các loại thuốc được đài thọ của chúng tôi được gọi là danh mục thuốc hoặc Danh sách Thuốc. Một bản sao của Danh sách Thuốc của chúng tôi được cung cấp dưới dạng điện tử.

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi trong Danh sách Thuốc của mình, có thể bao gồm việc loại bỏ hoặc thêm thuốc, thay đổi các hạn chế áp dụng cho việc đài thọ một số loại thuốc, hoặc chuyển chúng sang bậc chia sẻ chi phí khác. **Xem lại Danh sách Thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được đài thọ trong năm tới và để kiểm tra xem có bất kỳ hạn chế nào hay liệu thuốc của quý vị có bị chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác không.**

Hầu hết các thay đổi trong Danh sách Thuốc là mới vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác được phép theo quy định của Medicare, và các thay đổi này có thể ảnh hưởng đến quý vị trong năm dương lịch. Chúng tôi cập nhật Danh sách Thuốc trực tuyến ít nhất hàng tháng để cung cấp danh sách thuốc mới nhất. Nếu chúng tôi thực hiện một thay đổi có ảnh hưởng đến việc quý vị tiếp cận một loại thuốc mà quý vị đang sử dụng, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị về thay đổi đó.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi thay đổi trong bảo hiểm thuốc vào đầu năm hoặc trong năm, hãy xem lại Chương 9 của *Chứng từ Bảo hiểm* và trao đổi với bác sĩ kê đơn của quý vị để biết các lựa chọn, chẳng hạn như yêu cầu cung cấp nguồn tiếp liệu tạm thời, nộp đơn xin ngoại lệ, và/hoặc tìm loại thuốc mới. Gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin.

Phần 1.7 Thay đổi về Quyền lợi & Chi phí Thuốc kê toa

Quý vị có nhận Trợ giúp Bổ sung để thanh toán chi phí bảo hiểm thuốc của mình không?

Nếu quý vị tham gia một chương trình hỗ trợ thanh toán chi phí thuốc (Trợ giúp Bổ sung), **thông tin về chi phí cho thuốc Part D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã cung cấp một tài liệu riêng, gọi là *Chứng từ Bảo hiểm dành cho những Người Nhận Trợ giúp Bổ sung để Thanh toán Thuốc Kê toa*, cung cấp thông tin về chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị nhận Trợ giúp Bổ sung và chưa nhận được tài liệu này cùng với gói tài liệu này, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) và yêu cầu Phụ lục LIS.

Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc

Có **3 giai đoạn thanh toán thuốc**: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm, Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, và Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm và Chương trình Giảm giá Khoảng trống Bảo hiểm không còn tồn tại trong quyền lợi Phần D.

- **Giai đoạn 1: Khấu trừ Hàng năm**

Chúng tôi không có khấu trừ, vì vậy giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

- ***Giai đoạn 2: Bảo hiểm Ban đầu***

Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi chi trả phần của mình cho chi phí thuốc của quý vị, và quý vị chi trả phần của mình. Quý vị thường ở lại giai đoạn này cho đến khi tổng chi phí tự trả từ đầu năm của quý vị đạt \$2,100.

- ***Giai đoạn 3: Bảo hiểm Tai ương***

Đây là giai đoạn thanh toán thuốc thứ ba và cũng là giai đoạn cuối cùng. Trong giai đoạn này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Phần D được đài thọ. Quý vị thường ở trong giai đoạn này cho đến hết năm dương lịch.

Chương trình Giảm giá Khoảng trống Bảo hiểm đã được thay thế bằng Chương trình Giảm giá của Nhà sản xuất. Theo Chương trình Giảm giá của Nhà sản xuất, các nhà sản xuất thuốc chỉ trả một phần chi phí đầy đủ của chương trình chúng tôi cho các thuốc biệt dược và thuốc sinh học được đài thọ trong Phần D, trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. Các khoản giảm giá do nhà sản xuất chi trả theo Chương trình Giảm giá của Nhà sản xuất không được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

Chi phí Thuốc trong Giai đoạn 1: Khấu trừ Hàng năm

Bảng này hiển thị chi phí của quý vị cho mỗi đơn thuốc trong giai đoạn này.

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Khoản khấu trừ Hàng năm	Vì chúng tôi không có khấu trừ, nên giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.	Vì chúng tôi không có khấu trừ, nên giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

Chi phí Thuốc trong Giai đoạn 2: Bảo hiểm Ban đầu

Bảng sau đây hiển thị chi phí mỗi đơn thuốc của quý vị trong một tháng (30 ngày) tại nhà thuốc trong mạng lưới, với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn.

Hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn thuộc Phần D được đài thọ mà quý vị không phải trả chi phí. Để biết thêm thông tin về chi phí của các loại vắc-xin, hoặc chi phí cho đơn thuốc dài hạn hoặc đặt hàng qua đường bưu điện, vui lòng xem Chương 6 trong Chứng từ Bảo hiểm của quý vị.

Khi quý vị đã thanh toán \$2,100 chi phí tự trả cho các thuốc thuộc Phần D được đài thọ, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương).

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
	Đối với thuốc gốc, quý vị không phải trả gì cả. Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị không phải trả gì cả.	Đối với thuốc gốc, quý vị sẽ trả tiền đồng thanh toán là \$0, \$1.60 hoặc \$5.10 cho mỗi đơn thuốc. Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ trả tiền đồng thanh toán là \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 cho mỗi đơn thuốc.

Thay đổi trong Quyền lợi Phần D VBD của quý vị

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) đã loại bỏ mô hình VBD, bao gồm quyền lợi bổ sung Phần D với chi phí \$0, khỏi tất cả các chương trình Medicare bắt đầu từ năm 2026. Mức chia sẻ chi phí áp dụng trong năm 2026 được thể hiện trong bảng trên.

Thay đổi trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

Để biết thông tin cụ thể về chi phí của quý vị trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, vui lòng xem Chương 6, Phần 6 trong *Chứng từ Bảo hiểm*.

PHẦN 2 Những Thay đổi Hành chính

	2025 (năm nay)	2026 (năm tới)
Giờ làm việc của Dịch vụ Khách hàng	Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Theo giờ Thái Bình Dương), bảy ngày trong tuần.	Từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, chúng tôi làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, chúng tôi làm việc từ Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
Nguồn tiếp liệu Xét nghiệm Tiểu đường (máy đo và que thử) nhận thông qua nhà thuốc	Sản phẩm ưu tiên là các sản phẩm mang thương hiệu Roche (Accu-Chek) và thương hiệu Lifescan (OneTouch).	Sản phẩm ưu tiên là các sản phẩm mang thương hiệu Roche (Accu-Chek) và Abbott (Freestyle).
Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare	Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare là một tùy chọn thanh toán bắt đầu từ năm nay và có thể giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho các thuốc được chương trình chúng tôi đài thọ bằng cách phân bổ chi phí này đều trong suốt năm (Tháng Một–Tháng Mười Hai). Quý vị có thể đang tham gia tùy chọn thanh toán này.	Nếu quý vị tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare và tiếp tục ở cùng chương trình Phần D, việc tham gia của quý vị sẽ tự động được gia hạn cho năm 2026. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, quý vị hãy gọi chúng tôi theo số 855-742-2779 (người dùng TTY gọi 711) hoặc truy cập được và phù hợp www.Medicare.gov .

PHẦN 3 Cách Thay đổi Chương trình

Để tiếp tục tham gia *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*, quý vị không cần thực hiện bất kỳ hành động nào. Trừ khi quý vị đăng ký một chương trình khác hoặc chuyển sang Original Medicare trước ngày 7 Tháng Mười Hai, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*.

Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2026, hãy thực hiện theo các bước sau:

- **Để chuyển sang chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare khác**, hãy ghi danh vào chương trình mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*.
- **Để chuyển sang Original Medicare có bảo hiểm thuốc Medicare**, hãy ghi danh vào chương trình thuốc Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*.
- **Để chuyển sang Original Medicare không có chương trình thuốc**, quý vị có thể gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản để hủy ghi danh. Gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để biết thêm thông tin về cách thực hiện việc này. Hoặc gọi **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) và yêu cầu được hủy ghi danh. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị không ghi danh vào một chương trình thuốc Medicare, quý vị có thể phải trả phí phạt ghi danh trễ Phần D (xem Chương 1, Phần 4.3 trong *Chứng từ Bảo hiểm*).
- **Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình Medicare khác**, truy cập www.Medicare.gov, xem sổ tay *Medicare & Quý vị 2026*, gọi Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị (xem Phần 5), hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Xin nhắc lại, Providence Health Assurance cung cấp các chương trình Medicare khác. Các chương trình khác này có thể có bảo hiểm, phí bảo hiểm hàng tháng và số tiền chia sẻ chi phí khác nhau.

Phần 3.1 Các Thời hạn để Thay đổi Chương trình

Những người tham gia Medicare có thể thay đổi bảo hiểm của họ từ **ngày 15 Tháng Mười – ngày 7 Tháng Mười Hai** mỗi năm.

Nếu quý vị đã ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage trong ngày 1 Tháng Một, 2026, và không hài lòng với lựa chọn chương trình đó, quý vị có thể chuyển sang một chương trình Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng) từ ngày 1 Tháng Một – ngày 31 Tháng Ba, 2026.

Phần 3.2 Có những thời điểm khác trong năm để thực hiện thay đổi không?

Trong một số trường hợp nhất định, người tham gia có thể có những cơ hội khác để thay đổi của họ trong năm. Ví dụ bao gồm những người:

- Có Medicaid
- Nhận Trợ giúp Bổ sung để trả tiền thuốc của họ
- Có hoặc đang rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động
- Chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

Vì quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt việc tham gia chương trình của chúng tôi bằng cách chọn một trong các lựa chọn Medicare sau đây trong bất kỳ tháng nào của năm:

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

Nếu gần đây quý vị vừa chuyển vào hoặc hiện đang sống trong một cơ sở (như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể thay đổi bảo hiểm Medicare của mình **bất kỳ lúc nào**. Quý vị có thể chuyển sang bất kỳ bảo hiểm y tế Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) bất kỳ lúc nào. Nếu gần đây quý vị đã chuyển ra khỏi một cơ sở, quý vị có cơ hội để đổi sang chương trình khác hoặc chuyển sang Original Medicare trong vòng 2 tháng tròn sau tháng mà quý vị chuyển ra

PHẦN 4 Nhận Hỗ trợ Thanh toán Thuốc kê toa

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận trợ giúp để trả tiền thuốc kê toa. Có nhiều loại trợ giúp khác nhau hiện có:

- **Trợ giúp Bổ sung từ Medicare.** Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện để nhận Trợ giúp Bổ sung nhằm chi trả chi phí thuốc kê toa. Nếu đủ điều kiện, Medicare có thể trả tới 75% hoặc nhiều hơn chi phí thuốc của quý vị, bao gồm phí bảo hiểm chương trình thuốc hàng tháng, khoản khấu trừ hằng năm và đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không phải chịu phí phạt ghi danh trễ. Để xem quý vị có đủ điều kiện hay không, hãy gọi:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.

- An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai – Thứ Sáu để gặp người đại diện. Các tin nhắn tự động có sẵn 24 giờ một ngày. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-325-0778.
- Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị.
- **Hỗ trợ Chia sẻ Chi phí Thuốc Kê toa cho Người nhiễm HIV/AIDS.** Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp đảm bảo rằng những người đủ điều kiện ADAP đang sống chung với HIV/AIDS có quyền tiếp cận thuốc HIV cứu mạng. Để đủ điều kiện tham gia ADAP đang hoạt động tại tiểu bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng về nơi cư trú tại tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp theo quy định của tiểu bang, và tình trạng không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không đầy đủ. Thuốc Medicare Phần D cũng được ADAP đài thọ sẽ đủ điều kiện nhận trợ giúp chia sẻ chi phí thuốc thông qua CAREAssist. Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, các loại thuốc được đài thọ, cách ghi danh vào chương trình, hoặc nếu quý vị hiện đang tham gia, cách tiếp tục nhận trợ giúp, hãy gọi CAREAssist theo số 971-673-0144 hoặc 1-800-805-2313 (TTY 711). Khi gọi, hãy chắc chắn thông báo cho họ tên chương trình Medicare Phần D hoặc số hợp đồng của quý vị.
- **Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare.** Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare là một tùy chọn thanh toán hoạt động cùng với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ bằng cách phân bổ chi phí này đều trong suốt năm (Tháng Một–Tháng Mười Hai). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc bảo hiểm y tế có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí, nhưng nó không giúp tiết kiệm tiền hay giảm chi phí thuốc của quý vị.**

Trợ giúp Bổ sung từ Medicare và trợ giúp từ ADAP, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare. Tất cả thành viên đều đủ điều kiện tham gia tùy chọn thanh toán của Chương trình Thanh toán Thuốc kê toa Medicare. Để biết thêm thông tin về tùy chọn thanh toán này, hãy gọi cho chúng tôi theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) hoặc truy cập được và phù hợp www.Medicare.gov.

PHẦN 5 Quý vị có câu hỏi?

Nhận Trợ giúp từ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

- **Gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711).**

Chúng tôi luôn sẵn sàng tiếp nhận cuộc gọi. Từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, chúng tôi làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, chúng tôi làm việc từ Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Các cuộc gọi đến những số này đều miễn phí.

- **Đọc *Chứng Từ Bảo Hiểm năm 2026***

Thông báo *Thay đổi Hàng năm* này cung cấp cho quý vị bản tóm tắt về những thay đổi trong quyền lợi và chi phí cho năm 2026. Để biết chi tiết, vui lòng xem trong *Chứng từ Bảo hiểm 2026* trong *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*. *Chứng từ Bảo hiểm* là phần mô tả chi tiết, mang tính pháp lý về quyền lợi trong chương trình của chúng tôi. Văn bản này giải thích về quyền lợi của quý vị và các quy định mà quý vị cần tuân thủ để được đài thọ các dịch vụ và thuốc kê toa. Xem *Chứng từ Bảo hiểm* trên trang web của chúng tôi tại www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC hoặc gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (người dùng TTY gọi 711) để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao qua đường bưu điện.

- **Truy cập www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider**

Trang web của chúng tôi có thông tin mới nhất về mạng lưới nhà cung cấp (*Danh mục Nhà cung cấp/Danh mục Nhà thuốc*) và *Danh sách Thuốc Được đài thọ* (danh mục thuốc/Danh sách Thuốc).

Nhận Tư vấn Miễn phí về Medicare

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

Hãy gọi cho SHIBA để nhận tư vấn bảo hiểm y tế cá nhân hóa miễn phí. Họ có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare và trả lời các câu hỏi về việc đổi chương trình. Gọi SHIBA theo số 1-800-722-4134 (TTY 711). Tìm hiểu thêm về SHIBA bằng cách truy cập www.shiba.oregon.gov.

Nhận Trợ giúp từ Medicare

- **Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

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

- **Trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov**

Quý vị có thể trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Viết thư cho Medicare**

Quý vị có thể viết thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- Truy cập www.Medicare.gov

Trang web chính thức của Medicare có thông tin về chi phí, bảo hiểm, và Xếp hạng Sao về chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình bảo hiểm y tế Medicare trong khu vực của mình.

- **Đọc *Medicare & Quý vị 2026***

Sổ tay *Medicare & Quý vị 2026* được gửi qua đường bưu điện đến những người tham gia Medicare vào mỗi mùa thu. Sổ tay này có bản tóm tắt về quyền lợi, các quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare, cùng với phần giải đáp cho những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Quý vị có thể nhận một bản sao tại www.Medicare.gov hoặc bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Nhận Trợ giúp từ Medicare

Gọi Oregon Health Plan (Medicaid) theo số 1-800-273-0557. Người dùng TTY gọi 711 để được hỗ trợ về việc ghi danh Medicaid hoặc các câu hỏi liên quan đến quyền lợi.