

2026

Bản tóm tắt

Quyền lợi

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Ngày 1 Tháng Một, 2026- Ngày 31 Tháng Mười Hai, 2026

Chương trình này có tại các quận **Clackamas, Multnomah, Washington ở Oregon.**

Khi Quý vị Tham gia Providence

Quý vị không chỉ là một phần của chính sách bảo hiểm mà còn là một phần của cộng đồng chăm sóc, tập trung vào sức khỏe và hạnh phúc của quý vị. Bản Tóm tắt Quyền lợi này được cung cấp để giúp quý vị đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe phù hợp. Đây là một hướng dẫn ngắn gọn về những gì chúng tôi sẽ đài thọ và những gì quý vị sẽ phải trả nếu quý vị tham gia Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) của chúng tôi. Để rõ hơn, đây không phải là bản phân tích đầy đủ về các quyền lợi, và sẽ không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, cũng như mọi hạn chế hoặc loại trừ. Các chương trình có thể cung cấp các quyền lợi bổ sung ngoài các quyền lợi của Phần C và Phần D.

Để có danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, quý vị vui lòng tham khảo Chứng từ Bảo hiểm (EOC). Quý vị có thể yêu cầu bản in bằng cách truy cập **[ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.providencehealthassurance.com/EOC)** hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi 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 Medicare và Oregon Health Plan. Việc ghi danh vào Providence Health Assurance phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Các thành viên của chương trình chúng tôi không chỉ nhận được tất cả các quyền lợi được đài thọ bởi Original Medicare, mà còn nhận được 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 đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A, phải ghi danh Medicare Phần B, đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) và sinh sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận Clackamas, Multnomah, Washington ở Oregon.

Liên Hệ

Quý vị có câu hỏi? Chúng tôi luôn sẵn lòng hỗ trợ: 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.

- + Nếu quý vị là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi miễn phí theo số 1-800-603-2340 (TTY: 711)
- + Nếu quý vị không phải là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi miễn phí theo số 1-800-457-6064 (TTY: 711 / 1-800-855-7100)
- + Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ **[ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.providencehealthassurance.com)**

Tài nguyên Hữu ích

- + Truy cập **[ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](https://www.providencehealthassurance.com/findaprovider)** để xem Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chương trình hoặc để yêu cầu một bản in. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu gửi bản in qua đường bưu điện.

- + Quý vị muốn xem danh mục thuốc của chương trình (danh sách thuốc kê toa Phần D), cùng với tất cả hạn chế? 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 & Quý vị” hiện có, xem trực tuyến tại **www.Medicare.gov** hoặc yêu cầu một bản in bằng cách Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 24 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Phí bảo hiểm Hàng tháng của Chương trình	\$0
Khoản khấu trừ Y tế Hàng năm	\$0
Số tiền tự trả tối đa hàng năm (không bao gồm thuốc kê toa)	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. Giới hạn hàng năm trong mạng lưới của quý vị: \$9,250

Quyền lợi	Trong Mạng Lưới
Bảo hiểm Nằm viện Nội trú ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho việc nằm viện nội trú <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Bảo hiểm Nằm viện Ngoại trú ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho phẫu thuật ngoại trú tại cơ sở bệnh viện <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Dịch vụ Trung tâm Phẫu thuật Lưu động (ASC) ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho phẫu thuật ngoại trú tại Trung tâm Phẫu thuật Lưu động Trung tâm Phẫu thuật <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu cho phép trước. Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết thêm thông tin.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Quyền lợi		Trong Mạng Lưới
Thăm khám Bác sĩ	Thăm khám với Bác sĩ Chăm sóc Chính	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ thăm khám chăm sóc chính Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
	Thăm khám với Bác sĩ Chuyên khoa	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ thăm khám với bác sĩ chuyên khoa Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Chăm sóc Phòng ngừa (ví dụ: khám sức khỏe định kỳ hàng năm, tiêm chủng, tiêm phòng cúm)		Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): Quý vị không phải trả gì cho tất cả các dịch vụ phòng ngừa được Original Medicare đài thọ Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Chăm sóc Khẩn cấp		Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho chăm sóc khẩn cấp Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Các dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp		Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu cho phép trước. Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết thêm thông tin.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Quyền lợi		Trong Mạng Lưới
Dịch vụ Chẩn đoán/ Xét nghiệm/Chụp chiếu	Dịch vụ X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI, siêu âm, chụp CT): ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ X-quang chẩn đoán Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
	Dịch vụ X-quang trị liệu ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ X-quang trị liệu Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
	X-quang ngoại trú	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho X-quang ngoại trú Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
	Xét nghiệm và Thủ thuật Chẩn đoán ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán cho xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
	Dịch vụ Xét nghiệm ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Dịch vụ Thính giác	Được Medicare đài thọ	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Dịch Vụ Nha Khoa	Được Medicare đài thọ ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): \$0 đồng thanh toán Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
	Khác/Không được Medicare đài thọ	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): Trợ cấp \$450 sau mỗi sáu tháng cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào quý vị chọn; số tiền chưa sử dụng sẽ hết hạn nếu không dùng trong năm được cấp Oregon Health Plan (Medicaid): \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu cho phép trước. Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết thêm thông tin.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Quyền lợi		Trong Mạng Lưới
Dịch vụ Nhân khoa	Khám/Sàng lọc được Medicare đài thọ	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán mỗi lần khám \$0 đồng thanh toán cho sàng lọc bệnh tăng nhãn áp <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ; mỗi 24 tháng một lần cho người lớn từ 21 tuổi trở lên
	Khám Định kỳ	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Một lần khám thị lực định kỳ mỗi năm dương lịch với \$0 đồng thanh toán (bao gồm cả khúc xạ) <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ; mỗi 24 tháng một lần cho người lớn từ 21 tuổi trở lên
	Kính mắt được Medicare Đài thọ	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho tổng chi phí một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng được Medicare đài thọ sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể <u>Oregon Health Plan (Medicaid)</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ; chỉ dành cho các tình trạng bệnh lý cụ thể
	Kính mắt hoặc Kính Áp tròng Định kỳ	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Trợ cấp lên tới \$150 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ sự kết hợp nào của kính mắt kê toa định kỳ <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ; chỉ dành cho các tình trạng bệnh lý cụ thể
Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần	Khám Nội trú ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho các lần khám nội trú <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
	Thăm khám Ngoại trú Trị liệu Cá nhân ¹ và theo Nhóm ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho các lần khám trị liệu ngoại trú <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Quyền lợi	Trong Mạng Lưới
Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF) ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 cho ngày 1-20 \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho ngày 21-100 <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ. Medicaid đài thọ lên tới 20 ngày tại SNF.
Vật lý Trị liệu ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán Vật lý trị liệu <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Xe cấp cứu ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho dịch vụ xe cấp cứu thương <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Chuyên chở (Chương trình này bao gồm chuyên chở phi y tế) ²	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho 24 chuyến đi một chiều (tối đa 25 dặm mỗi chuyến) nếu quý vị đủ điều kiện nhận Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho người Mắc bệnh Mạn tính (SSBCI) <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ; chuyên chở y tế phi cấp cứu đến các cuộc hẹn được đài thọ
Thuốc Medicare Phần B ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho Thuốc Phần B <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> \$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ
Chương trình Cung cấp Bữa ăn (chỉ sau khi xuất viện)	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho 2 bữa ăn mỗi ngày trong 28 ngày, sau khi nhập viện nội trú đủ điều kiện <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Không được đài thọ

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Thẻ Ghi nợ Trả trước	Các vật dụng Không kê toa Thực phẩm và Nông sản ²	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Trợ cấp \$40 mỗi ba tháng (thẻ bán lẻ, danh mục, đặt hàng trực tuyến, qua đường bưu điện và qua điện thoại). Trợ cấp \$200 mỗi ba tháng nếu quý vị đủ điều kiện nhận SSBCI (thẻ bán lẻ, danh mục, đặt hàng trực tuyến, qua đường bưu điện và qua điện thoại). Quý vị cũng có thể sử dụng thẻ để mua các mặt hàng thực phẩm lành mạnh đủ điều kiện như nông sản, sản phẩm từ sữa, thịt, và nhiều mặt hàng khác. Số tiền chưa sử dụng sẽ được cộng dồn từ quý này sang quý khác, sau đó hết hạn vào cuối năm dương lịch 2026. <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Không được đài thọ
Hệ Thống Ứng Phó Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS)		<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Không được đài thọ
Chương trình Sức khỏe		<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> \$0 đồng thanh toán cho thành viên phòng gym hàng tháng với các câu lạc bộ thể hình tham gia <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Không được đài thọ

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu cho phép trước. Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết thêm thông tin.

² 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 Dịch Vụ Khách Hàng. theo số 503-574-8000 or 1-800-603-2340. (Người dùng TTY gọi 711.) 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. (Giờ Thái Bình Dương). 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. (Giờ Thái Bình Dương). Cuộc gọi này được miễn phí.

Quyền lợi Thuốc Kê toa

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Khoản khấu trừ Thuốc kê toa

Khoản khấu trừ Hàng năm

Quý vị không có khoản khấu trừ.

Bảo hiểm Ban đầu

Quý vị thanh toán các khoản sau cho đến khi tổng chi phí tự trả hàng năm của quý vị đặt \$2,100.

Đối với Thuốc gốc (bao gồm cả thuốc biệt dược được coi là thuốc gốc)

Quý vị Trả:

Quý vị trả \$0, \$1.60 hoặc \$5.10 đồng thanh toán

Đối với Tất cả các loại Thuốc Khác

Quý vị Trả:

Quý vị trả \$0, \$4.90 hoặc \$12.65 đồng thanh toán

Quý vị có thể mua thuốc tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới và nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.

Bảo hiểm Tai ương

Sau khi tổng chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị (bao gồm thuốc mua tại nhà thuốc bán lẻ và đặt hàng qua đường bưu điện) đạt \$2,100, quý vị không phải trả gì cho tất cả các loại thuốc.

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 chi phí vắc-xin: Chương trình của chúng tôi đài thọ hầu hết các loại vắc-xin Phần D miễn phí. Vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin, .

Tóm tắt các Dịch vụ được Oregon Health Plan (Medicaid) Đãi thọ

Các quyền lợi được mô tả trong phần Phí bảo hiểm và Quyền lợi của Bản Tóm tắt Quyền lợi được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) đãi thọ. Đối với một số thành viên, Oregon Health Plan (Medicaid) chỉ có thể thanh toán các khoản đồng thanh toán cho các dịch vụ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường đãi thọ. Vui lòng liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của quý vị để biết thêm thông tin. Các thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) đã ghi danh Providence thông qua Health Share of Oregon cho Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ không phải chịu chi phí tự trả cho bất kỳ dịch vụ y tế nào được Medicare đãi thọ. Các khoản chia sẻ chi phí thuốc kê toa vẫn được áp dụng.

Thông tin chi tiết về các quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) có thể được tìm thấy tại liên kết sau: www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Benefits.aspx hoặc bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng của Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của quý vị.

Đây là danh sách các Dịch vụ được Oregon Health Plan (Medicaid) Đãi thọ	
Quyền lợi	Thông tin Bổ sung
Nha Khoa	Các dịch vụ cơ bản bao gồm: làm sạch, thoa vec-ni fluoride, trám răng và nhổ răng Điều trị khẩn cấp hoặc tức thì Răng giả Mão răng bằng thép không gỉ cho răng hàm (răng sau)
Dịch vụ Nhu cầu Xã hội liên quan đến Sức khỏe (HRSN)	Hỗ trợ về nhà ở và dinh dưỡng. Áp dụng cho các thành viên đủ điều kiện dựa trên đánh giá nhu cầu.
Thính giác	Máy trợ thính và khám máy trợ thính
Chăm sóc sức khỏe tại nhà	Dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi y tá đã đăng ký hoặc trợ lý y tế tại nhà
Chăm sóc cuối đời	Chăm sóc cuối đời
Chăm sóc tại bệnh viện	Điều trị khẩn cấp Chăm sóc nội trú và ngoại trú
Tiêm chủng và vắc-xin	Chẳng hạn như tiêm phòng cúm hoặc vắc-xin COVID-19
Chăm sóc khi mang thai	Chuyển dạ, sinh con và chăm sóc hậu sản
Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và X-quang ngoại trú	Chẳng hạn như xét nghiệm máu và chụp quang tuyến vú
Chăm sóc y tế từ bác sĩ, y tá hành nghề hoặc trợ lý bác sĩ	Chẳng hạn như khám sức khỏe định kỳ hoặc cuộc hẹn thông thường
Thiết bị và vật tư y tế	Chẳng hạn như que thử tiểu đường hoặc mạng
Chuyên chở y tế	Chẳng hạn như xe cấp cứu hoặc chuyên chở không khẩn cấp đến một cuộc hẹn
Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú	Chẳng hạn như trị liệu hoặc điều trị nội trú
Vật lý, trị liệu vận động và trị liệu ngôn ngữ	Trị liệu để cải thiện các kỹ năng hoặc chức năng cho cuộc sống hàng ngày chúng tôi sẽ ngừng
Thuốc kê toa	OHP Thuốc có Giới hạn (OHP with Limited Drug) chỉ bao gồm các loại thuốc không được Medicare Phần D đãi thọ

Đây là danh sách các Dịch vụ được Oregon Health Plan (Medicaid) Đài thọ	
Điều trị rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện	Chẩn hạn như tư vấn, điều trị bằng thuốc, châm cứu, điều trị nội trú và các dịch vụ do đồng đẳng cung cấp
Thị lực	Khám mắt y tế cho bất kỳ tình trạng mắt nào Kính được đài thọ cho người lớn có tình trạng bệnh lý đủ điều kiện như thiếu thủy tinh thể hoặc giác mạc hình chóp.

Các dịch vụ không được Oregon Health Plan Medicaid đài thọ (Loại trừ):

Không phải tất cả các phương pháp điều trị y tế đều được đài thọ. Khi quý vị cần điều trị y tế, vui lòng liên hệ với Nhà cung cấp Chăm sóc Ban đầu của quý vị. Đây là một số loại trừ (không bao gồm mọi loại trừ):

- + Thuốc kê toa được Medicare Phần D đài thọ
- + Các tình trạng bệnh lý mà việc điều trị "tại nhà" có hiệu quả, chẳng hạn như bôi thuốc mỡ, nghỉ ngơi khớp bị đau, uống nhiều nước hoặc ăn chế độ ăn mềm. Các tình trạng đó bao gồm:
 - + Loét miệng
 - + Hăm tã
 - + Sẹo chai/vết chai
 - + Cháy nắng
 - + Ngộ độc thực phẩm
 - + Bong gân
- + Các vật dụng tiện nghi hoặc tiện ích cá nhân (radio, điện thoại, bồn tắm nước nóng, máy chạy bộ, v.v.)
- + Các dịch vụ chủ yếu mang tính thẩm mỹ, chẳng hạn như:
 - + Khối u da lành tính
 - + Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy
 - + Xóa sẹo
- + Các tình trạng mà việc điều trị thường không hiệu quả, chẳng hạn như:
 - + Một số phẫu thuật lưỡng
 - + Phẫu thuật TÂM
 - + Một số ca cấy phép
- + Các dịch vụ được thực hiện bởi người thân trực tiếp hoặc thành viên trong gia đình quý vị
- + Bất kỳ dịch vụ nào nhận được ngoài Hoa Kỳ
- + Chăm sóc không khẩn cấp nếu quý vị đến một nhà cung cấp không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới
- + Các dịch vụ không được đài thọ khác bao gồm, nhưng không chỉ gồm các dịch vụ sau
 - + Dịch vụ Vô sinh

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về các dịch vụ được đài thọ hoặc không được đài thọ, hãy liên hệ với Dịch vụ Khách hàng của Tổ chức Chăm sóc Phối hợp của quý vị.

Thông tin này không phải là mô tả đầy đủ về các quyền lợi. Hãy gọi **1-800-603-2340**, người dùng TTY gọi **711** để biết thêm thông tin. Phí bảo hiểm Phần B được đài thọ cho những người ghi danh đủ điều kiện kép, tức là đủ điều kiện nhận được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Phí bảo hiểm, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ có thể thay đổi tùy thuộc vào mức Trợ giúp Bổ sung (Extra Help) mà quý vị nhận được. Vui lòng liên hệ với chương trình để biết thêm chi tiết.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider."

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

中文 (Chinese-Simplified)

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。"

中文 (Chinese- Traditional)

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

日本語 (Japanese)

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-603-2340 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider."

فارسي (Farsi)

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

ລາວ (Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.”

ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակալան անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներին ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.”

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।”