

在决定注册之前, 请务必完全了解我们的福利和相关规定。如有任何问题, 可拨打 **503-574-8000** 或 **1-800-603-2340 (听障用户: 711)** 与客户服务代表交谈, 营业时间为 8 a.m. 至 8 p.m., 星期一至星期天 (太平洋时间)。

了解福利

- ✔ 承保范围说明书 (Evidence of Coverage, EOC) 详述了所有承保范围和具体服务。在注册之前, 请务必查看计划的承保范围、保费和福利。请访问 ProvidenceHealthAssurance.com/EOC 或致电 **503-574-8000** 或 **1-800-603-2340 (听障用户: 711)** 查看 EOC 副本。
- ✔ 请查看提供者目录 (或询问医生), 确保您目前就诊的医生在网络内。如果其未列入目录, 您可能需要重新选择一位医生。
- ✔ 请查看药房目录, 确保向您提供处方药的药房在网络内。如果该药房未列入目录, 您可能需要重新选择药房。
- ✔ 请查看药品目录, 确保您的药物在承保范围内。

了解重要规定

- ✔ 除了您的月度计划保费 (包括 \$0 保费的计划), 您还必须继续支付您的 Medicare Part B 保费。此保费通常每月从您的社会保障金中扣除。对于符合 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 资格的全双重参保人, Part B 保费将由计划支付。Providence Medicare Pine + Rx (HMO) 计划可提供 Part B 保费减免。Medicare Part B 保费减免又叫 Part B 保费减免, 可将您的 Part B 月度保费减少 \$16。该笔减免由 Providence Medicare Advantage Plans 直接支付给社会保障局 (Social Security Administration, SSA)。如果您通过 Social Security 福利支付 Part B 医疗保费, 则您的月度 Social Security 支票金额将增加 \$16。如果您直接向 Medicare 支付 Part B 保费, 则您的月度保费将减少 \$16。
- ✔ 福利、保费和/或共付额/共保额可能每年都会发生变化。
- ✔ 选择 HMO 产品时, 请记住, 除非在紧急或紧迫情况下, 否则我们不承保网络外提供者 (未列入提供者目录的医生) 提供的服务。
- ✔ HMO-POS 计划允许您就诊于网络外的提供者 (未签约的提供者)。如果提供者同意为您提供治疗, 我们将为您支付部分承保服务的费用。未签约的提供者可能会拒绝提供医疗服务, 紧急或紧迫情况除外。此外, 您在未签约的提供者处接受服务时, 或将需要支付更高的共付额。
- ✔ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 是一种双重资格特殊需求计划 (D-SNP)。您是否能够注册参保将取决于您是否有资格同时享受 Medicare 和州 Medicaid 计划的医疗援助。
- ✔ 对当前承保范围的影响。如果您目前已加入 Medicare Advantage 计划, 一旦您的新 Medicare Advantage 保障生效, 您当前的 Medicare Advantage 医疗保险保障将终止。如果您有 Tricare 保险, 新 Medicare Advantage 保障生效后, 您的 Tricare 保障可能会受到影响。请联系 Tricare 了解更多信息。如果您已加入 Medigap 计划, 当您的 Medicare Advantage 保障生效后, 您可能需要取消您的 Medigap 保障, 否则您将为无法使用的保险支付费用。