

Providence Choice Network

Индивидуальная безусловная франшиза за календарный год (сумма на семью в 2 раза больше индивидуальной)	\$5500
Индивидуальный максимум общих расходов за свой счет (сумма на семью в 2 раза больше индивидуальной) Эта сумма включает безусловную франшизу.	\$9450

Основная информация о вашем плане медицинского страхования

В данном кратком обзоре представлены только основные сведения о причитающихся вам льготах. Чтобы просмотреть подробности вашего плана, зарегистрируйтесь и перейдите на сайт: myProvidence.com.

- После регистрации вы можете выбрать свое медицинское учреждение онлайн, или позвонив в службу поддержки.
- Этот план предоставляет льготы только на необходимые с медицинской точки зрения услуги, предоставляемые внутрисетевыми врачами или поставщиками услуг в вашем медицинском учреждении. Единственным исключением являются услуги экстренной и неотложной медицинской помощи.
- Некоторые услуги и штрафы не учитываются в максимальной сумме расходов за свой счет.
- Для некоторых услуг требуется предварительное разрешение.
- См. список внутрисетевых поставщиков и аптек на сайте: ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider.
- Действуют ограничения и исключения. См. подробности в вашем договоре.
- Засчитываемое (страховое) покрытие согласно Части D Medicare.
- Найдите важную информацию о том, как использовать свой план, на сайте ProvidenceHealthPlan.com/usingyourplan.
- Узнайте больше о профилактических услугах, покрываемых PHP, получивших от Рабочей группы по профилактике заболеваний в США оценку «А» или «В», на сайте ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare.
- Доплата в размере 5\$ взимается за первые три амбулаторных приема у поставщика первичной медицинской помощи и/или у врача, лечащего расстройство психического здоровья / расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, вместе взятые за каждый календарный год.

Ниже указана сумма, которую вы платите после того, как исчерпаете свою безусловную франшизу за календарный год

✓ Безусловная франшиза не применяется	Только внутри сети
Приемы по требованию	
Providence ExpressCare Virtual	Покрываются в полном объеме ✓
Посещения розничной медицинской клиники Providence ExpressCare	Покрываются в полном объеме ✓
Профилактика	
Периодические медицинские осмотры и уход за новорожденными	Покрываются в полном объеме ✓
Плановая иммунизация и прививки	Покрываются в полном объеме ✓
Колоноскопия (профилактическая, возраст 45+)	Покрываются в полном объеме ✓
Гинекологические осмотры (1 раз в течение календарного года), обследования молочных желез и мазок Папаниколау	Покрываются в полном объеме ✓
Маммографии	Покрываются в полном объеме ✓
Консультации по питанию	Покрываются в полном объеме ✓
Отказ от табака, консультации/классы и сдерживающие препараты	Покрываются в полном объеме ✓
Обучение самопомощи при диабете	Покрываются в полном объеме ✓

Краткий обзор ваших страховых льгот

Ниже указана сумма, которую вы платите после того, как исчерпаете свою безусловную франшизу за календарный год

✓ Безусловная франшиза не применяется	Только внутри сети
Врачебная/квалифицированная помощь	
Приемы в кабинете поставщика первичной медицинской помощи или врача-натуропата	Первые 3 приема \$5 ✓ затем
лично	\$40 ✓
дистанционно	\$40 ✓
Приемы в кабинете поставщика альтернативной медицинской помощи (лично или дистанционно) (Услуги по мануальной терапии и акупунктуре покрываются отдельно от приема в кабинете по ставкам, перечисленным для этих льгот.)	\$80 ✓
Приемы в кабинете (лично или дистанционно)	\$80 ✓
Приемы в стационаре больницы	30%
Уколы от аллергии и сыворотки от аллергии, инъекционные и инфузионные лекарственные средства	30%
Хирургия и анестезия в кабинете или учреждении	30%
Диагностические услуги	
Услуги рентгена, лаборатории и тестирования (включая УЗИ)	30%
Услуги высокотехнологичной диагностической визуализации (например, PET, CT или MRI)	30%
Исследования сна	30%
Диагностические и дополнительные обследования молочных желез	Покрываются в полном объеме ✓
Услуги экстренной и неотложной медицинской помощи	
Услуги скорой помощи (Применяется безусловная франшиза) (Только для заболеваний, требующих экстренной медицинской помощи. В случае госпитализации в больницу на все услуги распространяются льготы для стационарных пациентов.)	
Внутри сети	30%
За пределами сети	30%
Экстренная медицинская транспортировка (воздушная и/или наземная) (Экстренный транспорт покрывается независимо от того, является ли поставщик внутрисетевым поставщиком услуг или нет.)	
Внутри сети	30%
За пределами сети	30%
Приемы для оказания неотложной медицинской помощи (при неопасном для жизни заболевании/незначительной травме)	
Внутри сети	\$70 ✓
За пределами сети	\$70
Больничные услуги	
Помощь на стационаре/в наблюдении	30%
Учреждение с квалифицированным сестринским уходом (ограничено 60 днями за календарный год)	30%

Краткий обзор ваших страховых льгот

Ниже указана сумма, которую вы платите после того, как исчерпаете свою безусловную франшизу за календарный год

✓ Безусловная франшиза не применяется

Только внутри сети

Больничные услуги

Стационарная помощь в реабилитации
(Ограничено 30 днями в течение календарного года; 60 днями при травмах головы/позвоночника. Ограничения не распространяются на услуги по лечению расстройств психического здоровья и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.) 30%

Стационарная адаптационная помощь 30%
(Ограничено 30 днями в течение календарного года; 60 днями при травмах головы/позвоночника. Ограничения не распространяются на услуги по лечению расстройств психического здоровья и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.)

Амбулаторные услуги

Амбулаторная хирургия в Центре амбулаторной хирургии (Ambulatory Surgery Center) 30%

Амбулаторная хирургия в отделении больницы 30%

Колоноскопия (непрофилактическая) в Центре амбулаторной хирургии (Ambulatory Surgery Center) 30%

Колоноскопия (непрофилактическая) в отделении больницы 30%

Амбулаторный диализ, инфузия, химиотерапия и лучевая терапия 30%

Амбулаторные реабилитационные услуги: физиотерапия, эрготерапия или логопедическое лечение \$40 ✓
(Ограничено 30 приемами в течение календарного года; до 30 дополнительных приемов при указанном заболевании. Ограничения не распространяются на услуги по лечению расстройств психического здоровья и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.)

Амбулаторные реабилитационные услуги: физиотерапия, эрготерапия или логопедическое лечение \$40 ✓
(Ограничено 30 приемами в течение календарного года; до 30 дополнительных приемов при указанном заболевании. Ограничения не распространяются на услуги по лечению расстройств психического здоровья и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.)

Терапия зрения (недостаточность конвергенции) (ограничено 12 посещениями в течение всей жизни) 30%

Услуги родовспоможения

Дородовые приемы Покрываются в полном объеме ✓

Прием у врача/поставщика услуг в области родовспоможения и послеродовой помощи 30%

Услуги в стационарном отделении больницы/учреждения 30%

Планный уход за новорожденными 30%

Медицинское оборудование, расходные материалы и устройства

Медицинское оборудование, техника, протезы/ортопедические изделия и расходные материалы 30%

Расходные материалы при диабете (такие как ланцеты, тест-полоски, иглы, устройства непрерывного мониторинга глюкозы) Покрываются в полном объеме ✓

Слуховые аппараты (ограничено одним аппаратом на ухо каждые 3 календарных года) 30%

Съемные стельки для обуви на заказ 30%

Оральный аппарат для лечения апноэ во сне 30%

Краткий обзор ваших страховых льгот

Ниже указана сумма, которую вы платите после того, как исчерпаете свою безусловную франшизу за календарный год

✓ Безусловная франшиза не применяется	Только внутри сети
Психические расстройства и употребление психоактивных веществ (Все услуги, за исключением приемов у поставщика амбулаторных услуг, могут потребовать предварительного разрешения.)	
Услуги в условиях стационара или учреждений интернатного типа	30%
Услуги дневного стационара, интенсивной амбулаторной терапии и частичной госпитализации	30%
Амбулаторные приемы у поставщика услуг	Первые 3 приема \$5 ✓ затем
лично	\$40 ✓
дистанционно	\$40 ✓
Прикладной анализ поведения	30%
Медицинская помощь на дому и паллиативная помощь в условиях хосписа	
Медицинское обслуживание на дому	30%
Хосписная помощь	30%
Кратковременная госпитализация взамен помощи ухаживающего лица (только для участников, получающих паллиативную помощь; до 5 дней подряд, не более 30 дней на протяжении всей жизни)	30%
Биологическая обратная связь	
Биологическая обратная связь для указанного диагноза (ограничено 10 приемами за всю жизнь)	\$40 ✓
Мануальная терапия и акупунктура (Массаж не покрывается)	
Мануальная терапия (не более 20 приемов за календарный год)	\$40 ✓
Акупунктура (не более 12 приемов за календарный год)	\$40 ✓

Рецептурные лекарственные средства

Формуляр N

Ниже указана сумма, которую вы платите после того, как исчерпаете свою безусловную франшизу за календарный год

✓ Безусловная франшиза не применяется

Запас на срок до 30 дней (В розничной, приоритетной или специализированной аптеке-участнике)	
Категория 1	\$15 ✓
Категория 2	\$15 ✓
Категория 3	\$60 ✓
Категория 4	50% ✓
Категория 5	50% ✓
Категория 6	50% ✓
Запас на срок до 90 дней (Из участвующей в программе приоритетной розничной аптеки)	
Категория 1	\$45 ✓
Категория 2	\$45 ✓
Категория 3	\$180 ✓
Категория 4	50% ✓
Запас на срок до 90 дней (Из участвующей в программе приоритетной службы доставки лекарств по почте)	
Категория 1	\$30 ✓
Категория 2	\$30 ✓
Категория 3	\$120 ✓
Категория 4	45% ✓

Аптеки

Для получения льготного рецептурного лекарственного средства вы должны предъявить рецепт в аптеке-участнике. Существует четыре типа участвующих в программе аптек:

- Розничная: аптека-участник, которая предоставляет запасы на срок до 30 дней, как указано в вашем справочнике по краткосрочным рецептам и рецептам на поддерживающее лечение.
- Приоритетная розничная: аптека-участник, которая предоставляет запасы на срок до 90 дней по рецептам на поддерживающее лечение и доступ к запасам до 30 дней по краткосрочным рецептам.
- Специализированная: аптека-участник, которая предоставляет запасы специализированных и самостоятельно вводимых химиотерапевтических средств на срок до 30 дней. Эти рецептурные средства требуют специальной доставки, обращения, введения и контроля со стороны фармацевта.
- Служба доставки по почте: аптека-участник, которая предоставляет запасы на срок до 90 дней по рецептам на поддерживающее лечение и специализируется на прямых доставках вам домой. Чтобы заказать рецептурные средства по почте, ваш поставщик может запросить рецепт по телефону, или вы можете отправить рецепт вместе со своим идентификационным номером участника в одну из аптек-участников, специализирующихся на доставке по почте.
- Список аптек-участников см. на сайте [ProvidenceHealthPlan.com/planpharmacies](https://www.providencehealthplan.com/planpharmacies).

Использование льготы на рецептурные лекарственные средства

Рецептурные лекарственные средства

Формуляр N

- Проверить, покрывается ли лекарственное средство вашим планом, можно на сайте [ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy](https://www.providencehealthplan.com/pharmacy). Обратите внимание, что в формуляр вашего плана входят профилактические лекарственные средства АСА, которые являются бесплатными лекарственными средствами при получении в участвующих в программе аптеках в соответствии с требованиями «Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)).
- Одобренные FDA женские противозачаточные средства, указанные в вашем формуляре, покрываются бесплатным запасом на срок до 12 месяцев после 3-месячного первоначального отпуска по рецепту в любой аптеке-участнике.
- Вы можете приобрести запасы поддерживающих лекарственных средств на срок до 90 дней с помощью участвующей в программе почтовой службы или в приоритетной розничной аптеке. Не все лекарственные средства рассматриваются как рецептурные средства для поддерживающего лечения, в том числе комбинированные лекарственные средства и лекарственные препараты, приобретаемые в специализированных аптеках.
- Если вы или ваш поставщик запрашиваете или прописываете зарегистрированное патентованное лекарственное средство при наличии непатентованного, независимо от причины, на вас ложится разница в стоимости между зарегистрированным патентованным и непатентованным лекарственным средством в дополнение к доплате Категории 4 или Категории 6 или к совместному страхованию, как указано в кратком обзоре льготы. Сумма ваших общих затрат при этом не будет превышать фактической стоимости соответствующего лекарственного средства.
- Утвержденные, не входящие в формуляр неспециализированные лекарственные средства будут иметь уровень совместного покрытия Категории 4. Утвержденные специализированные лекарственные средства, не входящие в формуляр, будут иметь уровень совместного покрытия Категории 6.
- Комбинированные лекарственные средства — это рецептурные средства, изготавливаемые фармацевтом по рецепту врача. Чтобы иметь право на покрытие по вашему плану, они должны содержать хотя бы один лекарственный препарат, утвержденный FDA. Комбинированные лекарственные средства покрываются в объеме запаса до 30 дней с оплатой 50% сверх безусловной франшизы. Страховые требования подлежат клинической экспертизе на предмет медицинской необходимости, и их оплата не гарантируется.
- Специализированные лекарственные средства, о которых идет речь в Категории 5 и 6, — это рецептурные средства, требующие особой доставки, обращения, введения и контроля со стороны фармацевта.
- Большинство специализированных и химиотерапевтических лекарственных средств доступны только в наших специализированных аптеках, которые внесены в соответствующий перечень.
- Товары для диабетиков можно приобрести в аптеке, участвующей в программе, и они покрываются льготным рецептом. Подробности см. в своем формуляре и договоре с участником.
- На некоторые лекарственные средства, устройства и расходные материалы, приобретенные в вашей аптеке, может распространяться ваша медицинская льгота.
- Доля расходов на инсулин ограничена \$85 за 30-дневный запас и \$255 за 90-дневный запас. Безусловная франшиза не применяется.
- Некоторые рецептурные лекарственные средства требуют предварительного согласования, обосновывающего медицинскую необходимость, место оказания лечения, продолжительность лечения, поэтапное лечение или количество доз. Свяжитесь с нами, если лекарственного средства для лечения вашего заболевания, покрываемого страховкой, нет в формуляре.
- Самостоятельно проводимая химиотерапия покрывается льготой на рецептурные лекарственные средства за исключением тех случаев, когда покрытие амбулаторной химиотерапии является более дешевым вариантом, чем лечение за свой счет. См. «Контракт» для получения дополнительной информации.
- Самоинъекционные лекарственные средства покрываются только в том случае, если они вводятся самостоятельно и маркированы FDA для самостоятельного введения; в некоторых случаях для препарата может потребоваться предварительное согласование. Также может потребоваться документация по самостоятельному введению. Лекарственные средства, маркированные для самостоятельного введения и вводимые поставщиком, подпадают под медицинскую льготу Участника.
- Если вы принимаете соответствующие требованиям специализированные препараты, Программа переменной доплаты за услуги специализированной аптеки (Specialty Pharmacy Variable Copay Program) поможет снизить ваши собственные расходы до 0\$. Список лекарств, подпадающих под эту программу, доступен на сайте [ProvidenceHealthPlan.com/smartrxassist](https://www.providencehealthplan.com/smartrxassist). Более подробная информация содержится в вашем договоре.
- Обязательно предъявите свою действующую идентификационную карту участника Providence Health Plan.

Плановые услуги по проверке зрения

Предоставляется VSP

Сеть VSP Advantage (по вопросам обслуживания клиентов звоните 800-877-7195)

Ниже указана сумма, которую вы платите после того, как исчерпаете свою безусловную франшизу за

✓ **Безусловная франшиза не применяется**

Только внутри сети

Услуги по проверке зрения для детей (в возрасте младше 19 лет)

Плановый осмотр глаз (ограничено 1 осмотром в течение календарного года)	Покрывается в полном объеме ✓
Линзы (ограничено 1 парой за календарный год)	
Монофокальные линзы	Покрываются в полном объеме ✓
Сегментные бифокальные	Покрываются в полном объеме ✓
Сегментные трифокальные	Покрываются в полном объеме ✓
Лентикулярные линзы	Покрываются в полном объеме ✓
Оправы (ограничено 1 парой в течение календарного года; выбор из коллекции очков VSP Otis & Piper™)	Покрываются в полном объеме ✓
Услуги по использованию контактных линз и альтернативные материалы	Покрываются в полном объеме ✓
Стандарт: 1 пара в течение календарного года (1 контактная линза на глаз)	
Ежемесячно: Запас на срок до 6 месяцев в течение календарного года (6 линз на глаз)	
Раз в две недели: Запас на срок до 3 месяцев в течение календарного года (6 линз на глаз)	
Ежедневные: Запас на срок до 3 месяцев в течение календарного года (90 линз на глаз)	

Объяснение терминов и словосочетаний

Профилактические лекарственные средства АСА — профилактические лекарственные средства АСА, включая противозачаточные средства, которые перечислены в нашем формуляре и которые являются бесплатными при получении в аптеках-участниках в соответствии с требованиями «Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)). Полное покрытие безрецептурных профилактических лекарственных средств, полученных в аптеках-участниках, невозможно без письменного предписания вашего практикующего врача, который должен являться квалифицированным специалистом.

Патентованные лекарственные средства -- Патентованные лекарственные средства защищены патентным законодательством США, и только один производитель имеет право производить и продавать их.

Совместное страхование — Процент стоимости покрываемой услуги, который вам может потребоваться оплатить.

Доплата — Фиксированная сумма в долларах США, которую вы платите поставщику медицинских услуг за покрываемую страховкой услугу по оказанию медицинской помощи.

Безусловная франшиза — Сумма в долларах США, которую физическое лицо или семья должны оплатить за покрываемую страховкой услугу до того, как будут совершены какие-либо страховые выплаты согласно плану в течение календарного года. К индивидуальной или семейной безусловной франшизе не относятся следующие расходы: Услуги, не покрываемые планом; платы, превышающие обычные, общепринятые и разумные платы (Usual, Customary and Reasonable (UCR)), установленные планом; штрафы, понесенные в случае несоблюдения вами требований плана о получении предварительного разрешения; доплаты и совместное страхование услуг, не относящиеся к безусловной франшизе.

ПРИМЕЧАНИЕ: ни один участник никогда не будет платить больше индивидуальной безусловной франшизы до того, как План начнет оплачивать покрываемые услуги для этого участника.

Формуляр — Формуляр — это список утвержденных FDA рецептурных лекарственных средств, разработанный врачами и фармацевтами и предлагающий эффективные варианты лечения лекарственными средствами покрываемых страховкой заболеваний. В формуляр Providence Health Plan входят как оригинальные патентованные, так и непатентованные лекарственные средства.

Непатентованные лекарственные средства — Непатентованные лекарственные средства имеют ту же рецептуру активных ингредиентов, что и зарегистрированное патентованное лекарственное средство. Непатентованные лекарственные средства, как правило, становятся доступными после истечения срока действия патента на зарегистрированное патентованное лекарственное средство.

Медицинское учреждение — Клиника с полным спектром медицинских услуг, получившая статус медицинского учреждения, обеспечивающая и координирующая медицинское обслуживание членов плана.

Засчитываемое согласно Части D Medicare

Засчитываемое согласно Части D Medicare —

Покрытие засчитывается, когда выплата по плану за рецептурные лекарственные средства в среднем для всех участников плана равна средней выплате по стандартной льготе согласно Части D Medicare.

Не засчитываемое согласно Части D Medicare —

Покрытие не засчитывается, когда выплата по плану за рецептурные лекарственные средства в среднем для всех участников плана меньше ожидаемой выплаты по стандартной льготе согласно Части D Medicare.

Лекарственное средство, не включенное в формуляр — Утвержденное FDA лекарственное средство, непатентованное или зарегистрированное патентованное, которое не включено в список утвержденных лекарственных средств.

Эти предписания требуют предварительного разрешения планом медицинского страхования и, в случае утверждения, подлежат максимальному уровню совместного покрытия неспециализированных или специализированных лекарств.

Дистанционные приемы — Плановые приемы у поставщика первичных медицинских услуг члена программы или у специалиста через приложение для телеконференций или Zoom.

Максимум расходов за свой счет — Ограничение суммы в долларах США, которую физическое лицо или семья платит за определенные покрываемые страховкой услуги в течение календарного года. Некоторые услуги и расходы не учитываются в максимальной сумме индивидуальных или семейных расходов за свой счет. См. подробности в вашем «Справочнике участника» или в договоре.

ПРИМЕЧАНИЕ: Как только любой участник достигнет индивидуального максимума расходов за свой счет, план начнет оплачивать покрываемые для данного участника услуги в размере 100%.

Поставщик первичной медицинской помощи —

Квалифицированный специалист или практикующий врач, который может обеспечить большую часть вашего лечения и при необходимости скоординировать лечение с другими поставщиками удобным и экономичным способом.

Объяснение терминов и словосочетаний

Внутрисетевые — Услуги, получаемые от обширной сети высококвалифицированных врачей, поставщиков медицинских услуг и учреждений, с которыми Providence Health Plan заключил контракт на обслуживание конкретно вашего плана.

Как правило, ваши собственные расходы снижаются, если вы получаете покрываемую страховкой услугу от внутрисетевых поставщиков.

Ограничения и исключения — На все покрываемые страховкой услуги распространяются ограничения и исключения, предписанные вашим планом. Полный список см. в «Справочнике участника» или в договоре.

Рецептурные поддерживающие лекарственные средства — Лекарственные средства, которые обычно назначают для лечения долгосрочных или хронических заболеваний, таких как диабет, высокое кровяное давление и высокий уровень холестерина. Поддерживающие лекарственные средства — это те лекарственные средства, которые вы получаете в соответствии с планом в течение не менее 30 дней и планируете продолжать их применение в будущем. Комбинированные и специализированные лекарственные средства исключены из этого определения; их применение ограничено запасом на срок до 30 дней.

Предварительное разрешение на рецептурные лекарственные средства — Процесс, при котором запрашивается возможность внесения исключений в формуляр лекарственных средств Providence Health Plan. Предварительное согласование может быть запрошено лицом, выписывающим рецепт, участником программы или аптекой. Некоторые лекарственные средства требуют предварительного разрешения, обосновывающего медицинскую необходимость, место оказания лечения, продолжительность лечения, поэтапное лечение или количество доз. Для получения дополнительной информации посетите наш сайт ProvidenceHealthPlan.com.

Номер категории рецептурных лекарственных средств - номер категории рецептурных лекарственных средств коррелирует с местом лекарственного средства в формуляре. Категория 1 и Категория 2 состоят, в основном, из непатентованных лекарственных средств, а Категория 3 и Категория 4 включают как непатентованные, так и патентованные лекарственные средства. Специализированные лекарственные средства перечислены в Категории 5 и Категории 6.

Предварительное разрешение — Некоторые услуги должны быть предварительно утверждены. Внутри сети: ваш поставщик запрашивает предварительное разрешение. За пределами сети: вы несете ответственность за получение предварительного разрешения.

Объяснение терминов и словосочетаний

Providence ExpressCare Virtual - Услуги по лечению распространенных заболеваний (например, боль в горле, кашель, повышенная температура и т.д.) предоставляются на веб-платформе Providence через планшет, смартфон или компьютер в тот же день, когда вы направили заявку на прием.

Providence ExpressCare Retail Health Clinic — Пункт медицинской помощи, не требующий предварительной записи, не являющийся специально предназначенным для этого помещением, учреждением неотложной помощи, аптекой или независимой клиникой, и расположенный в пределах предприятия розничной торговли. Медпункт в магазине обеспечивает приемы в тот же день для оказания услуг по основным заболеваниям и травмам или профилактике.

Специализированные лекарственные средства —

Специализированные лекарственные средства — это инъекционные, инфузионные, пероральные, местные или ингаляционные лекарственные средства, которые часто требуют специальной доставки, обращения, контроля и введения и, как правило, являются очень дорогими. Эти лекарственные средства необходимо приобретать в указанной нами специализированной аптеке. С учетом характера этих лекарств запас специализированных лекарств ограничен сроком до 30 дней. Ваши преимущества включают специализированные лекарственные средства, перечисленные в нашем формуляре в Категории 5 и Категории 6. Как правило, ваши расходы за свой счет снижаются в случае применения лекарственных средств Категории 5.

Свяжитесь с нами

Portland Metro Area: 503-574-7500
Все остальные районы: 800-878-4445
TTY:711

[ProvidenceHealthPlan.com/contactus](https://www.providencehealthplan.com/contactus)

Заявление о недопущении дискриминации

Программы Providence Health Plan и Providence Health Assurance реализуются в соответствии с федеральными законами о гражданских правах и не допускают проявлений дискриминации по признакам расовой принадлежности, цвета кожи, происхождения, возраста, наличия инвалидности, сексуальной ориентации, религии, гендерной идентичности, семейного положения или пола. В рамках деятельности Providence Health Plan и Providence Health Assurance не допускаются случаи отказа в предоставлении услуг или особого отношения к каким-либо определенным категориям населения в зависимости от их расовой принадлежности, цвета кожи, происхождения, возраста, наличия инвалидности, сексуальной ориентации, религии, гендерной идентичности, семейного положения или пола.

План здравоохранения Providence (Providence Health Plan) и Программа медицинского страхования Providence (Providence Health Assurance):

- Предоставляют бесплатные вспомогательные средства и услуги людям с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами, например:
 - квалифицированных сурдопереводчиков
 - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные и прочие форматы)
- Предоставляют бесплатные языковые услуги лицам, для которых английский не является основным, например:
 - квалифицированных устных переводчиков
 - письменную информацию на других языках

Если вам необходимы данные услуги, звоните нам по телефону 503-574-7500 или 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Если Вы считаете, что Providence Health Plan или Providence Health Assurance не предоставили данные услуги или допустили дискриминацию по признаку расовой принадлежности, цвету кожи, происхождению, возрасту, наличию инвалидности, сексуальной ориентации, религии, гендерной идентичности, семейного положения или полу, Вы можете направить жалобу координатору по вопросам недопущения дискриминации (Non-discrimination Coordinator) по почте:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance
Attn: Non-discrimination Coordinator
PO Box 4158
Portland, OR 97208-4158
Электронная почта: PHPAppealsandGrievances@providence.org

Если вам необходима помощь в составлении жалобы, обращайтесь по телефону 503-574-7500 или 1-800-878-4445 (TTY: 711)

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights в электронном виде через специальный портал Office for Civil Rights Complaint Portal по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW - Room 509F HHH Building Washington,
DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)

Формы подачи жалоб доступны на веб-странице: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Участники Oregon Plans могут подать жалобу в Division of Financial Regulation по телефону 1-888-877-4894 или посетить веб-сайт

Language Access Services

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call [1-800-898-8174] (TTY: [711]).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-898-8174 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, то Вам доступны услуги бесплатной языковой поддержки. Звоните 1-800-898-8174 (телетайп: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số 1-800-898-8174 (TTY: 711).

Traditional Chinese: 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言支援服務。請致電 1-800-898-8174 (TTY: 711)。

Kushite: XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-898-8174 (TTY: 711).

Farsi:

8174-898-800-1 (TTY: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت میکنید، تسهیلات زبانی ن به صورت رایگان به شما ارائه میشود. با 1-800-898-800-1 تماس بگیرید. 711)

Ukrainian: УВАГА! Якщо Ви розмовляєте українською мовою, для Вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-898-8174 (телетайп: 711).

Japanese:

お知らせ：日本語での通話をご希望の場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-898-8174 (TTY: 711)まで、お電話ください。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-898-8174(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंले निम्न भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन् | 1-800-898-8174 (TTY: 711) मा फोन गर्नुो होस् ।

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunați 1-800-898-8174 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-898-8174 (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txhais lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-898-8174 (TTY: 711).

Cambodian: កំណត់សម្គាល់: បើ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

អាចមុនបង្គំជួយមនុស្សភាសាខ្មែរមិនគិតថ្លៃពីលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទបន្ត 1-800-898-8174 (TTY: 711)។

Laotian: ວິໄນລາບ: ຖ້າ ທ່ານ ກວດ ັາພາສາລາວ, ພິ ການ ວ່ ວຍເຫ ັ້ອ ດັ າພາສາ ໂດຍບ ັ້ວເສຍຄ່ າໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-800-898-8174 (TTY: 711)