

Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) قائمة الأدوية لعام 2026 (قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية أو "قائمة الأدوية")

يُرجى القراءة: تحتوي هذه الوثيقة على معلومات عن الأدوية التي نغطيها
في هذه الخطة

معرف القائمة: 00026069 الدوا

حُذِرْ: هذه القائمة محدثة لبيئة الدوا بتاريخ 09/02/2025.

للحصول على أحدث المعلومات أو لأي استفسارات أخرى، يُرجى الاتصال بقسم خدمة عملاء Providence Health Assurance على الرقم 8000-574-503 أو 1-800-603-2340 (يُرجى من مستخدمي الهاتف النسي (TTY) الاتصال على الرقم 711). نحن متاحون طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى الساعة 8 p.m. (توقيت المحيط الهادئ). وقد قلصنا ساعات العمل في أيام عطلات نهاية الأسبوع من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر وسنكون متاحين من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. (توقيت ساعة إيط الهادئ)، أو تفضلوا بزيارة الموقع الإلكتروني ProvidenceHealthAssurance.com.

PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS

DUAL PLUS + RX (HMO D-SNP)

القائمة الدوائية 2026

(قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية أو "قائمة الأدوية")

ملاحظة للأعضاء الحاليين: طرأت تغييرات على هذه القائمة الدوائية مقارنة بالعام الماضي. يُرجى مراجعة هذه الوثيقة للتأكد من أنها لا تزال تحتوي على الأدوية التي تتناولها.

عندما تشير قائمة الأدوية (القائمة الدوائية) إلى ضمير المتكلم "نحن" أو ضمير المفعول "ذا" أو ضمير الملكية "ذا"، فإنها تعني Providence Health Assurance. وعندما تشير إلى "خطئة" أو "خطتنا"، فإنها تعني Providence.

. Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)

(تشمل هذه الوثيقة قائمة أدوية (قائمة دوائية) لخطتنا السارية بدءًا من 09/2025. وللإطلاع على قائمة أدوية محدّثة (قائمة دوائية)، يُرجى الاتصال بنا. وتظهر معلومات الاتصال الخاصة بنا، إلى جانب تاريخ آخر تحديث لقائمة الأدوية القائمة الدوائية) على الغلافين الأماميين والخلفيين. عادةً ما يُعتمد التعامل مع الصيدليات المدرجة في الشبكة للاستفادة من مزايا الأدوية الموصوفة. وقد يطرأ تغيير على المزايا و/أو القائمة الدوائية و/أو شبكة الصيدليات و/أو المدفوعات المشتركة و/أو التأمين المشترك بدءًا من 1 يناير 2027، وكذلك في أوقات متفرقة خلال العام.

ما القائمة الدوائية الخاصة بخططتي Providence Medicare Advantage Plans التاليتين Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)؟

في هذه الوثيقة، نستخدم المصطلحين قائمة الأدوية والقائمة الدوائية للدلالة على المعنى نفسه. والقائمة الدوائية هي قائمة أدوية مشمولة بالتغطية يختارها فريق من خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) بالتشاور مع فريق من مقدمي خدمات الرعاية الصحية، وتمثل العلاجات الموصوفة التي يُرى أنها ضرورية لضمان جودة برنامج العلاج. عادةً ما تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) الأدوية المدرجة في القائمة الدوائية، متى كانت ضرورية من الناحية الطبية، وصُرفت من صيدلية تابعة لشبكة الخطة، مع الالتزام بسائر قواعد الخطة. ولمزيد من المعلومات بشأن طريقة صرف الأدوية الموصوفة، يُرجى مراجعة دليل التغطية.

هل من الممكن أن تتغير القائمة الدوائية؟

عادةً ما تحدث تغييرات تغطية الأدوية في الأول من يناير، غير أن خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) قد تجري تعديلات على القائمة الدوائية خلال العام، مثل إضافة أدوية أو حذفها، أو نقلها إلى شرائح مختلفة من تقاسم التكاليف، أو فرض قيود جديدة. ويجب علينا اتباع قواعد Medicare عند إجراء هذه التغييرات. وننشر تحديثات القائمة الدوائية شهريًا على موقعنا الإلكتروني على الرابط:
www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary

التغييرات التي قد تؤثر فيك خلال هذا العام: ستطبق عليك تغييرات التغطية في الحالات التالية خلال العام:

- إجراء استبدال فوري لأنواع محددة من الإصدارات الجديدة للأدوية ذات العلامات التجارية والمنتجات الحيوية الأصلية. يجوز لنا إزالة دواء من القائمة الدوائية فورًا عند استبداله بإصدار جديد محدد من ذلك الدواء يظهر في شريحة تقاسم تكاليف مساوية أو أدنى، وبالقيد ذاتها أو أقل منها. وعند إضافة نسخة جديدة من دواء ما إلى قائمتنا الدوائية، فيجوز لنا الإبقاء على الدواء الذي يحمل الاسم التجاري أو المنتج الحيوي الأصلي ضمن القائمة لكن مع نقله مباشرة إلى شريحة مختلفة لتقاسم التكاليف أو إضافة قيود جديدة.

يمكننا إجراء هذه التغييرات الفورية فقط في حال إضافة نسخة جنيسة جديدة من دواء ذي اسم تجاري، أو إضافة إصدارات حيوية مماثلة جديدة معينة لمنتج حيوي أصلي كان موجودًا بالفعل في القائمة الدوائية، (على سبيل المثال، إضافة بديل حيوي مماثل قابل للتبديل يمكن استبداله بمنتج حيوي أصلي يمكن للصيديات صرفه دون وصفة طبية جديدة).

إذا كنت تتناول الدواء الذي يحمل الاسم التجاري أو المنتج الحيوي الأصلي في الوقت الحالي، فقد لا نخطر مسبقًا قبل إجراء تغيير فوري، لكننا سنقدم لك معلومات لاحقة عن التغيير أو التغييرات التي أجريناها.

عند إجراء هذا التغيير، يحق لك أو لطبيبك المعالج طلب استثناء من الاستمرار في تغطية الدواء المتأثر بالتغيير. ولمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى القسم الذي يحمل عنوان "كيف أقدم طلب استثناء من القائمة الدوائية بخطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)؟"

قد تكون بعض أنواع هذه الأدوية جديدة عليك. لمزيد من المعلومات، يُرجى مراجعة القسم أدناه الذي يحمل عنوان "ما المنتجات الحيوية الأصلية وما علاقتها بالبدايل الحيوية المماثلة؟"

- **الأدوية المسحوبة من السوق.** إذا سحبت الشركة المصنعة دواءً من السوق، أو قررت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (Food and Drug Administration, FDA) سحبه لأسباب تتعلق بالسلامة أو الكفاءة، فيجوز لنا سحب الدواء على الفور من القائمة الدوائية، وإخطار الأعضاء الذين يتناولون الدواء بهذا القرار لاحقًا.
- **التغييرات الأخرى.** يجوز لنا إجراء تغييرات أخرى تؤثر في الأعضاء الذين يتناولون دواءً ما في الوقت الحالي. فعلى سبيل المثال، يمكننا حذف دواء ذي اسم تجاري من القائمة الدوائية عند إدخال دواء جنيس مكافئ، أو حذف منتج حيوي

أصلي عند إضافة بديل حيوي مماثل. ويجوز لنا أيضًا فرض قيود جديدة على الدواء الذي يحمل الاسم التجاري أو المنتج الحيوي الأصلي، أو نُغيّر شريحة تقاسم التكاليف الخاصة به، أو نُطبق كلا الإجراءين معًا. ويجوز لنا إجراء تغييرات بناءً على إرشادات سريرية حديثة. وفي حال حذفنا أدوية من القائمة الدوائية، و/أو فرضنا متطلبات الموافقة السابقة، و/أو فرضنا حدودًا على الكمية و/أو فرضنا قيود العلاج التدريجي على دواء ما، أو نقلنا دواءً إلى شريحة تقاسم تكاليف أعلى، فعلينا إخطار الأعضاء المتأثرين بالتغيير قبل 30 يومًا على الأقل من سريانه. وبدلاً من ذلك، إذا طلب عضو إعادة صرف الدواء، فقد يُسمح له بالحصول على كمية تكفي 30 يومًا في الصيدليات أو عن طريق الطلب عبر البريد، أو 31 يومًا من مرافق الرعاية طويلة الأمد (Long-Term Care, LTC)، مع إخطاره بالتغيير.

إذا أجرينا هذه التغييرات الأخرى، فيمكنك أنت أو طبيبك المعالج طلب استثناء يسمح باستمرار تغطية الدواء الذي اعتدت تناوله. وسيشمل الإخطار الذي نقدمه لك أيضًا معلومات حول كيفية طلب استثناء، ويمكنك العثور على معلومات إضافية في القسم أدناه الذي يحمل عنوان "كيف أقدم طلب استثناء من القائمة الدوائية بخطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)؟"

التغييرات التي لن تؤثر فيك إذا كنت تتناول الدواء حاليًا. بشكل عام، إذا كنت تتناول دواءً مدرجًا في قائمتنا الدوائية لعام 2026 وكان مشمولاً بالتغطية في بداية العام، فإننا لن نوقف تغطية هذا الدواء أو نقلها خلال عام 2026، باستثناء الحالات المذكورة أعلاه. ويعني ذلك أن هذه الأدوية ستبقى متاحة وفقًا لشروط تقاسم التكاليف نفسها ودون فرض قيود جديدة على الأعضاء المستخدمين لها خلال ما تبقى من عام التغطية. ولن تتلقى إخطارًا مباشرًا هذا العام بشأن التغييرات التي لا تؤثر فيك. غير أنه في 1 يناير من العام المقبل، ستؤثر هذه التغييرات فيك، لذا من المهم مراجعة قائمة الأدوية للعام الجديد لمعرفة أي تغييرات تطرأ على الأدوية.

تسري القائمة الدوائية المرفقة بدءًا من 09/2025. وللاطلاع على معلومات محدّثة عن الأدوية المشمولة في خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)، يُرجى الاتصال بنا. تظهر معلومات الاتصال الخاصة بنا على الغلافين الأمامي والخلفي. وإذا طرأت تغييرات غير روتينية على القائمة الدوائية في منتصف العام، فسنخاطبك بها إما عن طريق نموذج شرح المزايا (Explanation of Benefits, EOBs) أو نشرة التوصيات.

ما طريقة استخدام القائمة الدوائية؟

هناك طريقتان للبحث عن دوائك داخل القائمة الدوائية:

الحالة الطبية

تبدأ القائمة الدوائية في الصفحة 3. وتُصنّف الأدوية الواردة في هذه القائمة الدوائية إلى فئات بناءً على نوع الحالات الطبية التي تُستخدم في علاجها. فعلى سبيل المثال، تدرج الأدوية المستخدمة في علاج أمراض القلب تحت فئة "العوامل القلبية الوعائية". وإذا كنت على علم بدواعي استخدام الدواء، فابحث عن اسم الفئة في القائمة التي تبدأ في الصفحة 1. ثم ابحث أسفل اسم الفئة عن دوائك.

قائمة بالترتيب الأبجدي

إذا لم تكن متأكدًا من الفئة التي تبحث عنها، فيجب عليك البحث عن دوائك في الفهرس الذي يبدأ في الصفح 120. ويقدم الفهرس قائمة بالترتيب الأبجدي تضم جميع الأدوية المشمولة في هذه الوثيقة. وترد كل من الأدوية ذات الأسماء التجارية والأدوية الجنبسة في الفهرس. ويمكنك البحث في الفهرس عن دوائك. وبجانب اسم دوائك، ستجد رقم الصفحة التي يمكنك أن تجد فيها معلومات التغطية. واذهب إلى الصفحة المحددة في الفهرس، ثم ابحث عن اسم دوائك في العمود الأول من القائمة.

ما الأدوية الجنيسة؟

تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) كلاً من الأدوية ذات الأسماء التجارية والأدوية الجنيسة. وتعتمد إدارة FDA الدواء الجنيس بوصفه يحتوي على المادة الفعالة نفسها الموجودة في الدواء الذي يحمل الاسم التجاري. وبوجه عام، تتمتع الأدوية الجنيسة بفعالية مماثلة للأدوية ذات الأسماء التجارية، وعادةً ما تُباع بسعر أقل. وتتوفر بدائل أدوية جنيسة للعديد من الأدوية ذات الأسماء التجارية. وعادةً ما يمكن استبدال الأدوية الجنيسة بالدواء الذي يحمل الاسم التجاري في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، وذلك حسب قوانين الولاية.

ما المنتجات الحيوية الأصلية وما علاقتها بالبدائل الحيوية المماثلة؟

في القائمة الدوائية، عندما نشير إلى الأدوية، فقد يشمل ذلك دواءً أو منتجاً حيوياً. والمنتجات الحيوية هي أدوية ذات تركيبة أكثر تعقيداً من الأدوية العادية. وبما أن المنتجات الحيوية أكثر تعقيداً في تركيبها من الأدوية العادية، فبدلاً من وجود شكل جنيس لها، توجد لها بدائل يُطلق عليها اسم بدائل حيوية مماثلة. وبوجه عام، تتمتع البدائل الحيوية المماثلة بفعالية المنتج الحيوي الأصلي نفسها، وربما تكون تكلفتها أقل. وتوجد بدائل حيوية مماثلة لبعض المنتجات الحيوية الأصلية. وتُعد بعض البدائل الحيوية المماثلة قابلة للتبديل، ما يسمح باستبدالها بالمنتج الحيوي الأصلي في الصيدلية من دون وصفة طبية جديدة، بناءً على قوانين الولاية، وهذا يشبه تمامًا استبدال الأدوية الجنيسة بالأدوية ذات الأسماء التجارية.

- لمناقشة أنواع الأدوية، يُرجى الرجوع إلى دليل التغطية، الفصل 5، القسم 3.1، بعنوان "توضيح قائمة الأدوية" أي أدوية الجزء د المشمولة بالتغطية".

هل توجد أي قيود على تغطيتي؟

قد تكون لبعض الأدوية المشمولة بالتغطية متطلبات إضافية أو قيود مفروضة على التغطية. وقد تشمل هذه المتطلبات والحدود ما يلي:

- **الموافقة السابقة:** تتطلب خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) منك أو من طبيبك المعالج الحصول على موافقة سابقة على بعض الأدوية. وهذا يعني أنك ستحتاج إلى الحصول على موافقة من خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) قبل صرف الأدوية الموصوفة لك. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) الدواء.
- **حدود الكمية:** فيما يتعلق ببعض الأدوية، تضع خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) حدوداً على مبلغ الدواء الذي ستغطيه. فعلى سبيل المثال، توفر خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) قرصين يومياً لكل وصفة طبية من Xtampza ER®. وقد يكون هذا بالإضافة إلى كمية قياسية تكفي لمدة شهر أو ثلاثة أشهر.
- **العلاج التدريجي:** في بعض الحالات، تتطلب خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) منك أن تجرب أولاً أدوية معينة لعلاج حالتك الطبية قبل أن نغطي دواءً آخر لتلك الحالة. فعلى سبيل المثال، إذا كان كل من الدواء "أ" والدواء "ب" يعالجان حالتك الطبية، فقد لا تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) الدواء "ب" ما لم تجرب الدواء "أ" أولاً. وإذا لم يحقق الدواء "أ" النتيجة المرجوة معك، فستغطي خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) الدواء "ب".

للتعرف على المتطلبات أو القيود الإضافية التي قد تنطبق على دوائك، يُرجى الرجوع إلى القائمة الدوائية التي تبدأ من الصفحة 3. ويمكنك أيضًا الاطلاع على مزيد من المعلومات عن القيود المطبقة على أدوية معينة مشمولة بالتغطية بزيارة موقعنا الإلكتروني. وقد نشرنا وثائق على الإنترنت توضح القيود المتعلقة بالموافقة السابقة والعلاج التدريجي. كما يمكنك طلب إرسال نسخة لك. وتظهر معلومات الاتصال الخاصة بنا، إلى جانب تاريخ آخر تحديث للقائمة الدوائية، على الغلافين الأمامي والخلفي.

يمكنك أن تطلب من خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) الموافقة على استثناء ن هذه القيود أو الحدود، أو طلب قائمة بالأدوية الأخرى المماثلة التي قد تعالج حالتك الصحية. وللإطلاع على معلومات عن كيفية طلب استثناء، يُرجى الرجوع إلى القسم الذي يحمل عنوان "كيف أقدم طلب استثناء من القائمة الدوائية بخطتي Providence Medicare Advantage Plans (التاليين) Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)" في الصفحة vi.

ماذا لو لم يكن دوائي مدرجًا في القائمة الدوائية؟

في حال لم يكن الدواء الذي تحتاجه مدرجًا في القائمة الدوائية (قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية)، يجب عليك أولاً التواصل مع خدمة العملاء للاستفسار عما إذا كان الدواء مشمولاً بالتغطية أم لا.

إذا نمت إلى علمك أن خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) لا تغطي دواءك، فأمامك خياران:

- ويمكنك أن تطلب من خدمة العملاء قائمة بأدوية مماثلة تغطيها خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP). وعند استلام القائمة، اعرضها على طبيبك واطلب منه وصف دواء مماثل تغطيه خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP).

- يمكنك أن تطلب من خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) الموافقة على استثناء وتغطية دوائك. يُرجى الاطلاع على المعلومات أدناه لمعرفة كيفية تقديم طلب استثناء.

كيف أقدم طلب استثناء من القائمة الدوائية بخطتي Providence Medicare Advantage Plans (التاليين) Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)؟

يمكنك أن تطلب من خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) الموافقة على استثناء لقواعد التغطية. وهناك أنواع عديدة من الاستثناءات التي يمكنك طلبها منا.

- ويمكنك أن تطلب منا تغطية دواء حتى لو لم يكن مدرجًا في قائمتنا الدوائية. وفي حال قبول الطلب، سيُعطى هذا الدواء بتكلفة مشاركة محددة سلفًا، ولن يُسمح لك بطلب تغطيته بمستوى مشاركة أقل.
- ويمكنك أن تطلب إعفاءً من أحد قيود التغطية المطبقة على دوائك، مثل الموافقة السابقة أو العلاج التدريجي أو حدود الكمية. فعلى سبيل المثال، فيما يتعلق ببعض الأدوية، تضع خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) حدودًا على مبلغ الدواء الذي ستغطيه. وفي حال وجود حد لكمية الدواء المسموح بها، فبإمكانك أن تطلب إعفاءً من هذا الحد للحصول على كمية أكبر مشمولة بالتغطية.

بوجه عام، لن توافق خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) على طلب الاستثناء إلا إذا ثبت أن الأدوية البديلة المدرجة في القائمة الدوائية أو تطبيق القيود لن يكونا مناسبين لك و/أو قد يسببان آثاراً طبية سلبية.

ويحق لك ولطبيبك المعالج الاتصال بنا لطلب استثناء من القائمة الدوائية، بما في ذلك الاستثناء من قيود التغطية. **وعند تقديمك لطلب استثناء، سيحتاج طبيبك المعالج إلى توضيح الأسباب الطبية وراء هذا الاستثناء.** وبشكل عام، يتعين علينا اتخاذ قرارنا في غضون 72 ساعة من استلام تقرير داعم من طبيبك المعالج. وإذا رأيت أن تأجيل القرار حتى 72 ساعة قد يعرض صحتك لخطر جسيم، فيمكنك طلب إصدار القرار على وجه السرعة، بشرط أن نقرّ نحن بهذا التقدير. وفي حال موافقتنا، أو بناءً على طلب من طبيبك المعالج باتخاذ قرار عاجل، فسُيُصدر قراراً في غضون 24 ساعة كحد أقصى من تاريخ استلامنا لتقريره الداعم.

ماذا يمكنني أن أفعل إذا لم يكن دوائي مدرجاً في القائمة الدوائية أو كان مقيداً؟

بصفتك عضواً جديداً أو حالياً في خطتنا، فقد تكون تتناول أدوية غير مدرجة في قائمتنا الدوائية. أو قد تكون تتناول دواءً مدرجاً في قائمتنا الدوائية لكنه يخضع لقيود على التغطية، مثل الموافقة السابقة. وينبغي لك التحدث إلى طبيبك المعالج بخصوص طلب قرار تغطية لإثبات أنك تستوفي معايير الموافقة، أو الانتقال إلى دواء بديل مشمول بتغطيتنا، أو طلب استثناء من القائمة الدوائية حتى نغطي الدواء الذي نتناوله. وبينما نحدد أنت وطبيبك المعالج خطة العلاج المناسبة، قد نغطي دوائك في بعض الحالات خلال أول 90 يوماً من عضويتك في خطتنا.

فيما يتعلق بكل دواء لا يندرج ضمن قائمتنا الدوائية أو يخضع لقيود على التغطية، فسنغطي كمية مؤقتة تكفي 30 يوماً. وفي حال كانت الوصفة الطبية محددة بعدد أقل من الأيام، فسوف نسمح بإعادة صرف الدواء لتوفير كمية تكفي لمدة 30 يوماً بحد أقصى. وفي حال عدم الموافقة على التغطية، فلن نتحمل تكاليف هذه الأدوية بعد فترة الإمداد الأولى لمدة 30 يوماً، حتى وإن لم تتجاوز فترة عضويتك في الخطة 90 يوماً.

إذا كنت مقيماً في منشأة للرعاية طويلة الأمد وتحتاج إلى دواء غير مدرج في القائمة الدوائية المعتمدة لدينا، أو إذا كانت قدرتك على الحصول على أدويةك محدودة، ولكنك تجاوزت أول 90 يوماً من عضويتك في خطتنا، فسوف نغطي إمداداً طارئاً من ذلك الدواء لمدة 31 يوماً بينما تسعى للحصول على استثناء من القائمة الدوائية.

تغيير مستوى الرعاية:

للأعضاء الذين ينتقلون من مرفق رعاية ترميزية متخصصة (LTC) إلى مرفق (Skilled Nursing Facility, SNF) من مرفق SNF إلى المنزل (الصيدليات) من مرفق LTC لآخر: من المستشفى إلى المنزل (الصيدليات)

صرف الأدوية لمدة 31 يوماً
صرف الأدوية لمدة 30 يوماً
صرف الأدوية لمدة 31 يوماً
صرف الأدوية لمدة 30 يوماً

لمزيد من المعلومات

لمزيد من المعلومات التفصيلية عن تغطية الأدوية الموصوفة في خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)، يُرجى مراجعة دليل التغطية وغيره من مواد الخطة.

وإذا كانت لديك أسئلة عن خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)، فيُرجى الاتصال بنا. وتظهر معلومات الاتصال الخاصة بنا، إلى جانب تاريخ آخر تحديث للقائمة الدوائية، على الغلافين الأمامي والخلفي.

إذا كانت لديك أسئلة عامة عن تغطية الأدوية الموصوفة بخطة Medicare، فيُرجى الاتصال بخطة Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يُرجى من مستخدمي الهاتف النسي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو تفضلوا بزيارة الموقع الإلكتروني <http://www.medicare.gov>.

القائمة الدوائية ل خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)

توفر القائمة الدوائية التي تبدأ في الصفحة 3 معلومات عن الأدوية المشمولة بتغطية خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP). إذا واجهت صعوبة في العثور على دوائك في القائمة، فارجع إلى الفهرس الذي يبدأ في الصفحة 120 .

ويتضمن العمود الأول من الجدول اسم الدواء. وترد الأدوية ذات الأسماء التجارية بأحرف كبيرة (مثلاً: JANUVIA®) وترد الأدوية الجنيسة بأحرف صغيرة ومائلة (مثلاً: lisinopril).

تشير المعلومات الواردة في عمود المتطلبات/الحدود إلى ما إذا كانت خطة Providence Medicare Dual+ Rx (HMO D-SNP) تنص على أي متطلبات خاصة لتغطية دوائك.

قد ترد الاختصارات التالية ضمن محتوى هذه الوثيقة

الاختصارات المستخدمة في إيضاحات التغطية

الاختصار	الوصف	التفسير
قيود إدارة الاستخدام		
PA	قيد الموافقة السابقة	يُطلب منك (أو من طبيبك) الحصول على موافقة سابقة من خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) قبل صرف هذا الدواء. ومن دون الموافقة السابقة، قد لا تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) هذا الدواء.
QL	قيد حد الكمية	تضع خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) حدوداً على مبلغ هذا الدواء المشمول بالتغطية لكل وصفة طبية، أو ضمن إطار زمني محدد.
ST	قيد العلاج التدريجي	قبل أن توفر خطة Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) التغطية لهذا الدواء، يجب عليك أولاً تجربة دواء آخر لعلاج حالتك الطبية. ولن تغطي الخطة هذا الدواء إلا في حالة لم يثبت الدواء الآخر فعاليته في علاجك.
المتطلبات الخاصة الأخرى للتغطية		
LA	الدواء محدود الوصول	لن تتوفر هذه الوصفة الطبية إلا في بعض الصيدليات. ولمزيد من المعلومات، راجع دليل مقدمي خدمات الرعاية الصحية والصيدليات أو اتصل بخدمة العملاء على الرقم 8000-574-503 أو 1-800-603-2340 (يُرجى من مستخدمي الهاتف النصي TTY) الاتصال على الرقم 711 (طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 a.m إلى الساعة 8 p.m) توقيت المحيط الهادئ. وقد قلصنا ساعات العمل في أيام عطلات نهاية الأسبوع من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر وسنكون متاحين من الساعة 8 a.m إلى الساعة 8 p.m توقيت المحيط الهادئ. أو تفضلوا بزيارة الموقع الإلكتروني www.providencehealthassurance.com

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。

(Arabic) العربية

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 Sprachassistentendienste 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 serbisyonang 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 ስሆኑ፣ 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 լեզվակալն անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն 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।"

Table of Contents

ANTIVIRALS	3
CARDIOVASCULAR AGENTS	3
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	3
NON-FRF	3
OPHTHALMIC AGENTS	5

List of Abbreviations

1: Generic: \$0, \$1.60, or \$5.10

2: BRAND: \$0, \$4.90, or \$12.65

Insulins: Important Message About What You Pay for Insulin - You won't pay more than \$35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on.

PDMS: Preferred diabetic medical supplies. Diabetes supplies are available through any participating pharmacy. Benefits for diabetes supplies are paid under your Part B benefit. Please refer to your Benefit Summary for additional information.

Vaccines: Important Message About What You Pay for Vaccines - Our plan covers most Part D vaccines at no cost to you. Call Customer Service for more information.

Below is a list of drug name formatting patterns that may appear in the following pages.

List of Patterns

lowercase italics: Generic drugs

UPPERCASE: Brand name drugs

Drug Name	Tier	Requirements/Limits
ANTIVIRALS		
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	2	
CARDIOVASCULAR AGENTS		
Cardiovascular Agents, Other		
ENTRESTO ORAL TABLET 97-103 MG	2	
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	2	
NON-FRF		
Non-Frf		
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION	PDMS	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	PDMS	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION	PDMS	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS STRIP	PDMS	QL (5 EA per 1 day)
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION	PDMS	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	PDMS	
CONTOUR METER	PDMS	
CONTOUR NEXT EZ METER	PDMS	
CONTOUR NEXT GEN METER	PDMS	
CONTOUR NEXT METER	PDMS	
CONTOUR NEXT ONE METER	PDMS	
CONTOUR NEXT TEST STRIPS STRIP	PDMS	
CONTOUR PLUS BLUE METER	PDMS	
CONTOUR PLUS TEST STRIP STRIP	PDMS	
CONTOUR TEST STRIPS STRIP	PDMS	
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.1 EA per 1 day)
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE	PDMS	PA; QL (1 EA per 90 days)
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.1 EA per 1 day)
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	PDMS	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE	PDMS	
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT	PDMS	

Drug Name	Tier	Requirements/Limits
FREESTYLE INSULINX	PDMS	
FREESTYLE INSULINX STRIP	PDMS	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS STRIP	PDMS	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	PDMS	PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LIBRE 3 READER	PDMS	PA
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE	PDMS	PA; QL (0.08 EA per 1 day)
FREESTYLE LITE METER KIT	PDMS	
FREESTYLE LITE STRIPS STRIP	PDMS	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS STRIP	PDMS	
FREESTYLE TEST STRIP	PDMS	
GLUCOCARD EXPRESSION	PDMS	
GLUCOCARD EXPRESSION KIT	PDMS	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIP	PDMS	
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER	PDMS	
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER	PDMS	
GLUCOCARD SHINE METER	PDMS	
GLUCOCARD SHINE METER KIT KIT	PDMS	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS STRIP	PDMS	
GLUCOCARD SHINE XL METER	PDMS	
GLUCOCARD VITAL KIT	PDMS	
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIP	PDMS	
MICROLET LANCET	PDMS	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT	PDMS	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PDMS	PA; QL (0.5 EA per 1 day)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PDMS	PA; QL (0.5 EA per 1 day)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE, 33 GAUGE	PDMS	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	PDMS	QL (5 EA per 1 day)
ONETOUCH ULTRA2 METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE	PDMS	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	PDMS	QL (1 EA per 365 days)

Drug Name	Tier	Requirements/Limits
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS STRIP	PDMS	QL (5 EA per 1 day)
PRECISION XTRA MONITOR	PDMS	
PRECISION XTRA TEST STRIP	PDMS	
RENTHYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG, 90 MG	1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	PDMS	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER	PDMS	
TRUE METRIX GLUCOSE METER	PDMS	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP STRIP	PDMS	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	PDMS	
OPHTHALMIC AGENTS		
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1.25 %</i>	1	

Index

ACCU-CHEK AVIVA		FREESTYLE LIBRE 2		ONETOUCH VERIO	
CONTROL SOLN.....	3	READER.....	4	REFLECT METER.....	4
ACCU-CHEK FASTCLIX		FREESTYLE LIBRE 2		ONETOUCH VERIO TEST	
LANCET DRUM.....	3	SENSOR.....	4	STRIPS.....	5
ACCU-CHEK GUIDE		FREESTYLE LIBRE 3 PLUS		PAXLOVID.....	3
GLUCOSE METER.....	3	SENSOR.....	4	<i>pilocarpine hcl</i>	5
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2		FREESTYLE LIBRE 3		PRECISION XTRA	
CTRL SOL.....	3	READER.....	4	MONITOR.....	5
ACCU-CHEK GUIDE ME		FREESTYLE LIBRE 3		PRECISION XTRA TEST.....	5
GLUCOSE MTR.....	3	SENSOR.....	4	RENTHYROID.....	5
ACCU-CHEK GUIDE TEST		FREESTYLE LITE METER.....	4	TECHLITE PLUS PEN	
STRIPS.....	3	FREESTYLE LITE STRIPS.....	4	NEEDLE.....	5
ACCU-CHEK SMARTVIEW		FREESTYLE PRECISION		TRUE METRIX AIR	
CONTRL SOL.....	3	NEO STRIPS.....	4	GLUCOSE METER.....	5
ACCU-CHEK SOFTCLIX		FREESTYLE TEST.....	4	TRUE METRIX GLUCOSE	
LANCETS.....	3	GLUCOCARD		METER.....	5
CONTOUR METER.....	3	EXPRESSION.....	4	TRUE METRIX GLUCOSE	
CONTOUR NEXT EZ		GLUCOCARD SHINE		TEST STRIP.....	5
METER.....	3	CONNEX METER.....	4	UNIFINE SAFECONTROL	
CONTOUR NEXT GEN		GLUCOCARD SHINE		PEN NEEDLE.....	5
METER.....	3	EXPRESS METER.....	4		
CONTOUR NEXT METER.....	3	GLUCOCARD SHINE			
CONTOUR NEXT ONE		METER.....	4		
METER.....	3	GLUCOCARD SHINE			
CONTOUR NEXT TEST		METER KIT.....	4		
STRIPS.....	3	GLUCOCARD SHINE TEST			
CONTOUR PLUS BLUE		STRIPS.....	4		
METER.....	3	GLUCOCARD SHINE XL			
CONTOUR PLUS TEST		METER.....	4		
STRIP.....	3	GLUCOCARD VITAL.....	4		
CONTOUR TEST STRIPS.....	3	GLUCOCARD VITAL			
DEXCOM G6 SENSOR.....	3	SENSOR.....	4		
DEXCOM G6		JYNARQUE.....	3		
TRANSMITTER.....	3	MICROLET LANCET.....	4		
DEXCOM G7 SENSOR.....	3	MICROLET NEXT LANCING			
DROPLET GENTEEL		DEVICE.....	4		
LANCING DEVICE.....	3	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2			
DROPLET LANCETS.....	3	PLUS).....	4		
ENTRESTO.....	3	OMNIPOD 5			
FREESTYLE FREEDOM		INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	4		
LITE.....	3	ONETOUCH DELICA PLUS			
FREESTYLE INSULINX.....	4	LANCET.....	4		
FREESTYLE INSULINX		ONETOUCH ULTRA TEST.....	4		
TEST STRIPS.....	4	ONETOUCH ULTRA2			
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		METER.....	4		
SENSOR.....	4	ONETOUCH ULTRASOFT 2			
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS		LANCET.....	4		
SENSOR.....	4	ONETOUCH VERIO FLEX			
		METER.....	4		

الصحة للجميع

نحرص على التعاون مع المجتمعات التي نخدمها، بهدف استيعاب تحديات الرعاية الصحية التي تواجهها، وتقديم حلول ملموسة تهدف إلى تعزيز المساواة وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية.

نحن هنا للمساعدة.

تحتفل هذه التالمة بأدوليهة المتحدة بترليخ 09/02/2025. للباء لوصد أؤبد بملولعلملا أو لأئيساواساأا، نرئى حر الأدلابة بقسم دءلمة عقدم Providence Health Assurance على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يُرجى من مستخدمى الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711). نحن متاحون طوال أياما الإبسوع، ءاعسلان م. 8 a.m. ءاعسلان إلى 8 p.m. (توقيسحمالا دلهاا طئ).⁽¹⁾ تدوو قلمصل معلانا ساعا فى أئبلمطء ما دنهالة الإبسوع ن م 1 إابيل إلى 30 سبمب ران من فوكوسحين ءاعسلان م. 8 a.m. ءاعسلان إلى 8 p.m. (توقيسحمالا دلهاا طئ)، أو تفضلوا بزيارة قوملا نع الاى ترويلك [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com).