



Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) Формулярный список 2026 года (Список покрываемых лекарств или “Список лекарств”)

**ВНИМАНИЕ: ЭТОТ ДОКУМЕНТ СОДЕРЖИТ ИНФОРМАЦИЮ
О ЛЕКАРСТВАХ, КОТОРЫЕ МЫ ПОКРЫВАЕМ В РАМКАХ
ЭТОГО ПЛАНА**

Код формулярного списка: 00026069

Этот формулярный список был обновлён 09/02/2025

Для получения более актуальной информации или по другим вопросам обращайтесь в службу поддержки клиентов Providence Health Assurance по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Мы открыты семь дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m. (Тихоокеанское время). С 1 апреля по 30 сентября мы сократили часы работы в выходные дни и работаем с 8 a.m. до 8 p.m. (Тихоокеанское время), а также можно посетить сайт ProvidenceHealthAssurance.com.

PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS

DUAL PLUS + RX (HMO D-SNP)

Формулярный список 2026 года

(Список покрываемых лекарств или “Список лекарств”)

Примечание для действующих участников: этот формулярный список изменился с прошлого года. Пожалуйста, изучите этот документ, чтобы убедиться, что в нём по-прежнему указаны лекарства, которые вы принимаете.

Когда в данном Списке лекарств (формулярном списке) используются слова “мы”, “нас” или “наш”, это относится к компании Providence Health Assurance. Когда используются слова “план” или “наш план”, это относится к плану Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP).

Этот документ содержит Список лекарств (формулярный список) нашего плана, актуальный по состоянию на 09/2025. Для получения обновлённого Списка лекарств (формулярного списка), пожалуйста, свяжитесь с нами. Наши контактные данные, а также дата последнего обновления Списка лекарств (формулярного списка) указаны первой и последней страницах.

Для использования льгот на рецептурные лекарства вам, как правило, следует обращаться в аптеки, входящие в сеть. Льготы, формулярный список, аптечная сеть и/или совместные платежи/сострахование могут измениться 1 января 2027 года и периодически в течение года.

Что такое формулярный список Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?

В этом документе термины “Список лекарств” и “формулярный список” означают одно и то же. Формулярный список — это список покрываемых лекарств, отобранных планом Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) после консультаций с группой поставщиков медицинского обслуживания, который представляет собой рецептурные лекарства, считающиеся необходимой частью качественной программы лечения. Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) обычно покрывает лекарства, перечисленные в нашем формулярном списке, при условии, что препарат необходим по медицинским показаниям, лекарство по рецепту получено в сетевой аптеке Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) и соблюдены другие правила плана. Для получения дополнительной информации о том, как получать лекарства по рецептам, ознакомьтесь со своим Справочником страхователя.

Может ли формулярный список изменяться?

Большинство изменений в покрываемых лекарствах происходит 1 января, но в течение года Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) может добавлять или исключать препараты из формулярного списка, переводить их на другие уровни распределения расходов или добавлять новые ограничения. При внесении этих изменений мы должны следовать правилам Medicare. Обновления формулярного списка ежемесячно публикуются на нашем сайте здесь: www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary.

Изменения, которые могут коснуться вас в этом году: в перечисленных ниже случаях вас затронут изменения в страховом покрытии в течение года:

- **Немедленная замена некоторых новых версий фирменных лекарств и оригинальных биологических продуктов.** Мы можем немедленно исключить препарат из нашего формулярного списка, если мы заменяем его определённой новой версией этого препарата, которая будет входить в тот же или более низкий уровень распределения расходов и с теми же или меньшими ограничениями. Когда мы добавляем новую версию препарата в наш формулярный список, мы можем принять решение о сохранении фирменного лекарства или оригинального биологического продукта в нашем формулярном списке, но сразу же перевести его на другой уровень распределения расходов или добавить новые ограничения.

Мы можем внести такие немедленные изменения только в том случае, если добавляем новую дженерик-версию фирменного лекарства или добавляем некоторые новые биоаналоги оригинального биологического продукта, который уже был в формулярном списке (например, добавляем взаимозаменяемый биоаналог, который может быть заменён на оригинальный биологический продукт в аптеке без нового рецепта).

Если вы в настоящее время принимаете фирменное лекарство или оригинальный биологический продукт, мы можем не сообщать вам об этом заранее до того, как сделаем немедленное изменение, но позже мы предоставим вам информацию о конкретном изменении (изменениях), которое мы сделали.

Если мы внесём такое изменение, вы или ваш назначающий врач можете попросить нас сделать исключение и продолжить покрывать для вас лекарство, в отношении которого вносятся изменения. Дополнительную информацию см. в разделе “Как запросить исключение из формулярного списка Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?”.

Некоторые из этих видов лекарств могут быть для вас новыми. Дополнительную информацию см. в разделе “Что такое оригинальные биологические продукты, и как они связаны с биоаналогами?”.

- **Лекарства, снятые с продажи.** Если лекарство снято с продажи производителем, или Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (Food and Drug Administration, FDA) считает, что оно должно быть снято с продажи по причинам безопасности или эффективности, мы можем немедленно исключить его из нашего формулярного списка и позже направить уведомление участникам, принимающим это лекарство.
- **Другие изменения.** Мы можем вносить и другие изменения, которые затронут участников, принимающих лекарство в настоящее время. Например, мы можем исключить из формулярного списка фирменное лекарство при добавлении аналогичного дженерика или исключить оригинальный биологический продукт при добавлении биоаналога. Мы также можем применить новые ограничения к фирменному лекарству или оригинальному биологическому продукту или перевести его на другой уровень распределения расходов, или и то, и другое. Мы можем вносить изменения в соответствии с новыми клиническими рекомендациями. Если мы исключаем препараты из нашего формулярного списка, добавляем предварительное разрешение, ограничения по количеству и/или ступенчатую терапию на препарат или переводим препарат на более высокий уровень распределения расходов, мы должны уведомить участников о таком изменении не менее чем за 30 дней до того, как оно вступит в силу. В качестве альтернативы, когда участник просит пополнить запас препарата, он может получить 30-дневный запас препарата в розничной аптеке или по почте или 31-дневный запас препарата в учреждениях долгосрочного ухода (long-term care, LTC) и уведомление об изменении.

Если мы внесём другие изменения, вы или назначающий врач можете попросить нас сделать для вас исключение и продолжить покрывать лекарство, которое вы принимали. В уведомлении, которое мы вам предоставим, также будет содержаться информация о том, как подать запрос на исключение. Кроме того, вы можете найти информацию в разделе ниже, озаглавленном “Как запросить исключение из формулярного списка Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?”.

Изменения, которые не повлияют на вас, если вы в настоящее время принимаете лекарство. Как правило, если вы принимаете лекарство из нашего формулярного списка на 2026 год, которое покрывалось в начале года, мы не будем прекращать или сокращать покрытие этого лекарства на протяжении покрытия 2026 года, за исключением случаев, описанных выше. Это означает, что эти лекарства останутся доступными с тем же распределением расходов и без новых ограничений для тех, кто принимает их до конца покрываемого года. В этом году вы не получите прямого уведомления об изменениях, которые вас не касаются. Однако 1 января следующего года такие изменения коснутся вас, поэтому важно проверить “Список лекарств” на новый льготный год на предмет изменений в препаратах.

Прилагаемый формулярный список актуален по состоянию на 09/2025. Для получения обновлённой информации о лекарствах, покрываемых Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), свяжитесь с нами. Наша контактная информация указана на первой и последней страницах. В случае внесения в середине года в формулярный список изменений, не связанных с обслуживанием, мы уведомим вас об изменениях либо через Объяснение льгот (Explanation of Benefits, EOBs), либо через лист исправлений.

Как пользоваться формулярным списком?

Существует два способа найти своё лекарство в формулярном списке:

Заболевание

Формулярный список начинается на странице 3. Лекарства в этом справочнике сгруппированы по категориям в зависимости от типа заболеваний, для лечения которых они используются. Например, лекарства, используемые для лечения заболеваний сердца, перечислены в категории “Сердечно-сосудистые препараты”. Если вы знаете, для чего используется ваше лекарство, найдите название категории в списке, который начинается на странице 1. Затем найдите в этой категории название своего лекарства.

Алфавитный перечень

Если вы не знаете, в какой категории искать лекарство, найдите его в указателе, который начинается со страницы 120. В указателе представлен алфавитный перечень всех препаратов, включённых в данный документ. В указатель включены как фирменные лекарства, так и дженерики. Загляните в указатель и найдите своё лекарство. Рядом с вашим лекарством вы увидите номер

страницы, на которой можно найти информацию о покрытии. Откройте страницу, обозначенную в указателе, и найдите название своего лекарства в первой колонке списка.

Что такое дженерики?

Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) покрывает как фирменные лекарства, так и дженерики. Дженерик — это лекарство, одобренное Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA), в котором содержится тот же активный ингредиент, что и в фирменном лекарстве. Как правило, дженерики работают так же хорошо, как и фирменные лекарства, и обычно стоят дешевле. Для многих фирменных лекарств существуют дженерики. Дженерики обычно могут быть заменены на фирменные лекарства в аптеке без необходимости получения нового рецепта, в зависимости от законов штата.

Что такое оригинальные биологические продукты, и как они связаны с биоаналогами?

В формулярном списке, когда мы говорим о лекарствах, это может означать как лекарство, так и биологический продукт. Биологические продукты — это препараты, которые являются более сложными, чем обычные лекарства. Поскольку биологические продукты более сложны, чем обычные лекарства, вместо дженериков у них есть альтернативные варианты, которые называются биоаналогами. Как правило, биоаналоги работают так же хорошо, как и оригинальный биологический продукт, и могут стоить дешевле. Для некоторых оригинальных биологических продуктов существуют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим продуктом в аптеке без необходимости получения нового рецепта, так же как дженерики могут быть заменены фирменными лекарствами.

- О типах лекарств читайте в Справочнике страхователя, глава 5, раздел 3.1, “В ‘Списке лекарств’ указано, какие лекарства покрываются в рамках Части D”.

Существуют ли какие-либо ограничения на моё покрытие?

К некоторым покрываемым препаратам могут предъявляться дополнительные требования или ограничения по покрытию. Эти требования и ограничения могут включать:

- **Предварительное разрешение:** Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) требует, чтобы вы или назначающий лекарство врач получали предварительное разрешение на определенные лекарства. Это означает,

что вам нужно будет получить разрешение от Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), прежде чем вы будете получать лекарства по рецепту. Если вы не получите одобрения, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) может не покрыть препарат.

- **Ограничения по количеству:** для некоторых лекарств Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) ограничивает количество препарата, покрываемое в рамках Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP). Например, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) предусматривает 2 таблетки в день на рецепт для препарата Xtampza ER®. Это может быть дополнением к стандартному одному месячному или трёхмесячному запасу.
- **Ступенчатая терапия:** в некоторых случаях Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) требует, чтобы вы сначала попробовали определённые лекарства для лечения своего заболевания, прежде чем мы будем покрывать другой препарат для лечения этого заболевания. Например, если препарат А и препарат В лечат ваше заболевание, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) может не покрыть препарат В, если вы сначала не попробуете препарат А. Если препарат А вам не подходит, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) будет покрывать препарат В.

Узнать, есть ли у вашего препарата дополнительные требования или ограничения, можно в формулярном списке, который начинается на странице 3. Вы также можете получить дополнительную информацию об ограничениях, применяемых к конкретным покрываемым лекарствам, посетив наш веб-сайт. Мы разместили онлайн-документы, объясняющие наши ограничения на предварительное разрешение и ступенчатую терапию. Вы также можете попросить нас выслать вам экземпляр. Наша контактная информация, а также дата последнего обновления формулярного списка указаны на первой и последней страницах.

Вы можете попросить Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) сделать исключение из этих ограничений или лимитов или предоставить список других, аналогичных лекарств, которыми можно лечить ваше заболевание. Информацию о том, как запросить исключение, см. в разделе “Как запросить исключение из формулярного списка Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?” на странице viii.

Что делать, если моего лекарства нет в формулярном списке?

Если ваше лекарство не включено в данный формулярный список (список покрываемых лекарств), в первую очередь обратитесь в службу поддержки клиентов и спросите, покрывается ли ваше лекарство.

Если вы узнаете, что Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) не покрывает ваше лекарство, у вас есть два варианта:

- Вы можете запросить в службе поддержки клиентов список аналогичных лекарств, которые покрываются Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP). Получив список, покажите его своему врачу и попросите выписать аналогичное лекарство, которое покрывается Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP).
- Вы можете попросить Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) сделать исключение и покрыть ваше лекарство. Информацию о том, как запросить исключение, см. ниже.

Как запросить исключение из формулярного списка Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?

Вы можете попросить Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) сделать исключение из наших правил покрытия. Существует несколько видов исключений, которые вы можете попросить нас сделать.

- Вы можете попросить нас покрыть лекарство, даже если его нет в нашем формулярном списке. Если лекарство будет одобрено, оно будет покрываться по заранее установленному уровню распределения расходов, и вы не сможете попросить нас предоставить лекарство по более низкому уровню распределения расходов.
- Вы можете попросить нас отказаться от ограничения по покрытию, включая предварительное разрешение, ступенчатую терапию или ограничение количества препарата. Например, для некоторых лекарств Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) ограничивает количество препарата, которое мы будем покрывать. Если на ваше лекарство установлено ограничение по количеству, вы можете попросить нас отменить это ограничение и покрыть большее количество.

Как правило, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) удовлетворит ваш запрос на исключение только в том случае, если альтернативные препараты, включённые в формулярный список плана, или применение ограничения не будут столь же эффективны для вас и/или приведут к нежелательным медицинским последствиям.

Вы или ваш назначающий врач должны связаться с нами, чтобы запросить формулярное исключение, включая исключение из ограничения по покрытию.

Когда вы запрашиваете исключение, назначающий лекарство врач должен

объяснить медицинские причины, по которым вам необходимо такое исключение. Как правило, мы должны принять решение в течение 72 часов после получения подтверждающего заявления от вашего назначающего врача. Вы можете попросить об ускоренном (быстром) принятии решения, если считаете, и мы согласны, что ожидание решения в течение 72 часов может нанести серьёзный вред вашему здоровью. Если мы согласны, или если назначающий лекарство врач просит принять срочное решение, мы должны предоставить вам решение не позднее чем через 24 часа после получения подтверждающего заявления от вашего назначающего врача.

Что делать, если моё лекарство не входит в формулярный список или имеет ограничение?

Как новый или постоянный участник нашего плана вы можете принимать лекарства, которые не входят в наш формулярный список. Или вы можете принимать препарат, который входит в наш формулярный список, но имеет ограничение по покрытию, например, предварительное разрешение. Вам следует обсудить с вашим врачом возможность запроса решения о покрытии, чтобы доказать, что вы соответствуете критериям для одобрения, рассмотреть переход на альтернативный покрываемый препарат или запросить формулярное исключение, чтобы мы покрывали принимаемый вами препарат. Пока вы и ваш врач определяете подходящий для вас курс лечения, мы можем покрыть ваше лекарство в определённых случаях в течение первых 90 дней вашего участия в нашем плане.

Для каждого из ваших лекарств, которые не входят в наш формулярный список или имеют ограничение по покрытию, мы оплатим временный 30-дневный запас. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим пополнить запас лекарства не более чем на 30 дней. Если покрытие не будет одобрено, после первого 30-дневного запаса мы не будем оплачивать эти лекарства, даже если вы являетесь участником плана менее 90 дней.

Если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода и вам необходимо лекарство, которого нет в нашем формулярном списке, или если ваша возможность получать лекарства ограничена, но первые 90 дней вашего участия в плане истекли, мы оплатим 31-дневный запас этого лекарства в экстренном порядке, пока вы будете добиваться формулярного исключения.

Изменение уровня обслуживания:

Для участников, переходящих из учреждения квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF) в учреждения долгосрочного ухода (LTC):

SNF на дом (розничная торговля):

LTC-LTC:

Из больницы на дом (розничная торговля):

Запас дней

31-дневный запас

30-дневный запас

31-дневный запас

30-дневный запас

Для дополнительной информации

Для получения более подробной информации о страховом покрытии рецептурных лекарств Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) ознакомьтесь со Справочником страхователя и другими материалами плана.

Если у вас есть вопросы о Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), пожалуйста, свяжитесь с нами. Наша контактная информация, а также дата последнего обновления формулярного списка указаны на первой и последней страницах.

Если у вас есть общие вопросы о покрытии рецептурных лекарств Medicare, звоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Или посетите сайт <http://www.medicare.gov>.

Формулярный список Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)

В формулярном списке, который начинается на странице 3, представлена информация о покрытии лекарств, покрываемых планом Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP). Если вам трудно найти своё лекарство в списке, обратитесь к указателю, который начинается на странице 120.

В первом столбце таблицы указано название лекарства. Названия фирменных лекарств пишутся заглавными буквами (например, JANUVIA®), а дженериков — строчными буквами курсивом (например, *lisinopril*).

Информация в колонке “Требования/ограничения” говорит о том, есть ли у Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) какие-либо особые требования для покрытия вашего лекарства.

В тексте данного документа можно встретить следующие сокращения

СОКРАЩЕНИЯ В ПРИМЕЧАНИЯХ ПО ПОКРЫТИЮ

СОКРАЩЕНИЕ	ОПИСАНИЕ	ОБЪЯСНЕНИЕ
Ограничения по управлению использованием		
PA	Предварительное разрешение (Prior Authorization)	Вы (или ваш врач) должны получить предварительное разрешение от Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) прежде чем получать лекарство по этому рецепту. Без предварительного разрешения план Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) может не покрыть данное лекарство.
QL	Ограничение количества (Quantity Limit)	Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) ограничивает количество этого лекарства, покрываемого по одному рецепту или в течение определённого периода времени.
ST	Ступенчатая терапия (Step Therapy)	Прежде чем Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) предоставит покрытие этого лекарства, вы должны сначала попробовать другой препарат для лечения своего заболевания. Это лекарство может быть покрыто только в том случае, если другое лекарство вам не подходит.

СОКРАЩЕНИЕ	ОПИСАНИЕ	ОБЪЯСНЕНИЕ
Другие особые требования к покрытию		
LA	Лекарство ограниченного доступа (Limited Access)	Это рецептурное лекарство может быть в наличии только в некоторых аптеках. Для получения дополнительной информации обратитесь к Справочнику аптек и поставщиков или позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), семь дней в неделю, с 8 а.м. до 8 р.м. (Тихоокеанское время). С 1 апреля по 30 сентября мы сократили часы работы в выходные дни и работаем с 8 а.м. до 8 р.м. (Тихоокеанское время). Или посетите сайт http://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 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 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 ስህተት 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 տրամադրվում է 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		

Здоровье для всех

Мы стремимся работать вместе с сообществами, которым оказываем услуги, изучать их уникальные проблемы в сфере здравоохранения и разрабатывать реальные решения, чтобы сделать медицинскую помощь более справедливой и доступной.

Мы готовы помочь.

Этот формулярный список был обновлён 09/02/2025.

Для получения более актуальной информации или по другим вопросам обращайтесь в службу поддержки клиентов Providence Health Assurance по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Мы открыты семь дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m. (Тихоокеанское время).

С 1 апреля по 30 сентября мы сократили часы работы в выходные дни и работаем с 8 a.m. до 8 p.m. (Тихоокеанское время), а также можно посетить сайт [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com).