



Providence Medicare Advantage Plans

Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)

2026 年处方集

(承保药品清单或“药品清单”)

请注意：本文件包含本计划所承保药品的信息

处方集编号：00026069

本处方集更新于 09/02/2025。

如有任何问题，请联系普罗维登斯医疗保险优势计划（Providence Medicare Advantage Plans），电话：503-574-8000或1-800-603-2340。TTY用户应拨打711。我们每周七天均开放，服务时间为上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从
月 1 日至 9 月 30 日，周末暂停服务，或访问 [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)。

PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS

DUAL PLUS + RX (HMO D-SNP)

2026 年处方集

(承保药品清单或“药品清单”)

致现有参保人：本处方集自去年起有所变更。请仔细查阅本文件，以确保其中仍包含您所服用的药物。

当本药品清单（处方集）中提到“我们”、“我方”或“我们的”时，指的是 Providence Health Assurance。当提到“计划”或“我们的计划”时，指的是 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)。

本文件包含截至 09/2025 的本计划药品清单（处方集）。如需更新版本的药品清单（处方集），请与我们联系。我们的联系方式及药品清单（处方集）的最后更新日期列于封面和封底。

一般情况下，您必须使用网络内药房才能享受处方药福利。保险福利、处方集、药房网络和/或自付费用/共同保险可能于 2027 年 1 月 1 日或年度内不定期变更。

Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 处方集是什么？

在本文件中，“药品清单”和“处方集”含义相同。处方集是由 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 与医疗服务提供者协商制定的承保药物清单，其中所列处方药物均被视为优质治疗方案的必要组成部分。只要该药物在医学上有必要，并且处方在 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 网络内药房配取，并遵循其他计划规定，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 通常都会承保列入处方集的药物。欲了解如何配取处方药，请查阅承保范围说明书。

处方集会变更吗？

大多数药品承保变更发生在 1 月 1 日，但 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 可能会在年度内新增或移除处方集中的药物，变更药品费用分担层级，或增加新的用药限制。所有变更均严格遵循 Medicare 相关规定。处方集的更新内容会每月发布在我们的网站：www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary。

可能影响您本年度权益的变更情形：在以下情况中，您将在年度内受到承保变更的影响：

- **某些品牌药和原研生物制品新版本的即时替换。**若某药品的新版本处于相同或更低费用分担层级，且用药限制相同或更少，我们可能立即从处方集中移除原药品。当我们将某种药品的新版本纳入处方集时，也可能决定保留原品牌药或原研生物制品，但立即将其调整到不同的费用分担层级，或增加新的用药限制。

只有在以下情况下，我们才能进行这些即时变更：将某一品牌药的新仿制药版本纳入处方集，或将已在药品目录中的原研生物制品的某些新生物类似药版本纳入处方集（例如，加入一种可替代原研生物制品且药房无需新的处方即可调配的可互换生物类似药）。

如果您目前正在使用该品牌药或原研生物制品，我们在进行即时变更前可能不会提前通知您，但将在变更后向您提供具体的调整说明。

如果我们进行此类变更，您或您的处方医生可以向我们申请破例，要求继续承保被调整的药品。更多信息请参阅题为“如何申请 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 处方集的破例？”的章节。

其中某些药物类型您可能不太熟悉。更多信息请参阅下文题为“原研生物制品是什么？它们与生物类似药有何关系？”的章节。

- **市场撤市药品。**如果某种药物被制造商撤市，或美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 因安全性或有效性原因决定撤市，我们可能会立即将该药物从处方集中移除，并在事后向正在使用该药物的参保人发出通知。
- **其他变更。**我们可能对参保人当前使用的药物进行其他调整。例如，在加入等效仿制药时，我们可能会将品牌药从处方集中移除；在加入生物类似药时，我们可能会将原研生物制品移除。我们还可能对品牌药或原研生物制品增加新的用药限制，或将其调整至不同的费用分担层级，或同时进行这两项变更。我们也可能根据新的临床指南进行调整。如果我们从处方集中移除药物、对药物增加事先授权要求、设置用药数量限制和/或增设分步治疗限制，或提高药品费用分担层级，我们将至少在变更生效前 30 天通知受影响的参保人。或者，当参保人申请药物续配时，可以在零售或邮购处获得 30 天药量，或在长期护理机构 (Long-term Care, LTC) 处获得 31 天药量，并收到变更通知。

如果我们进行此类其他变更，您或您的处方医生可以向我们申请破例，要求继续承保您正在使用的药物。我们提供的通知中也会包含如何申请破例的信息，您还可以参阅题为“如何申请 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 处方集的破例？”的章节获取相关信息。

不影响当前用药的变更情形。通常情况下，如果您在 2026 年处方集中使用的药物在年初已被承保，我们不会在 2026 年承保年度内停止或减少对该药物的承保，但前文所述的例外情况除外。这意味着，对于正在使用这些药物的参保人，这些药物在剩余的承保年度内将继续以相同的分担费用提供，并且不会增加新的用药限制。对于不会影响您的变更，您今年不会收到直接通知。但需注意，自次年 1 月 1 日起，此类变更将对您生效，请务必查阅新福利年度的药品清单，及时了解药品承保变动。

随附的处方集截至 09/2025 为最新版本。若需获取有关 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 承保药物的最新信息，请与我们联系。我们的联系方式列于封面和封底。在年度中非维护性处方集变更的情况下，我们将通过福利说明 (Explanation of Benefits, EOB) 或变更勘误表通知您相关变更。

如何使用处方集？

在处方集中查找药物有两种方式：

按疾病类型查找

处方集正文自第 3 页开始。本处方集中的药物根据其用于治疗疾病类型进行分类。例如，用于治疗心脏疾病的药物列在“心血管药物”类别下。如果您知道药物的用途，请自第 1 页开始的列表中查找类别名称，然后在该类别下查找您的药物。

按字母顺序查找

如果您不确定应该查找哪个类别，可以在自第 120 页开始的索引中查找您的药物。该索引提供了本文档中所有药品的字母顺序列表，其中既包括品牌药，也包括仿制药。在索引中找到您的药物。药物名称旁会显示包含承保信息的页码。翻到索引所列的页码，在列表的第一列找到您的药物名称。

什么是仿制药？

Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 承保品牌药和仿制药。仿制药经 FDA 批准，其活性成分与品牌药相同。通常，仿制药效果与品牌药相当，并且价格通常低于品牌药。许多品牌药都有对应的仿制药可供选择。根据各州法律，仿制药通常可以在药房替代品牌药，而无需新的处方。

原研生物制品是什么？它们与生物类似药有何关系？

在处方集中，当我们提到“药物”时，可能指的是常规药物或生物制品。生物制品比普通药物更为复杂。由于生物制品比普通药物复杂，因此它们没有仿制药形式，而是有被称为生物类似药的替代品。通常，生物类似药的效果与原研生物制品相当，并且价格可能更低。部分原研生物制品有生物类似药替代品。有些生物类似药是可互换生物类似药，根据各州法律，药房可以在无需新处方的情况下，用这些可互换生物类似药替代原研生物制品，就像仿制药可以替代品牌药一样。

- 有关药物类型的讨论，请参阅承保范围说明书第 5 章第 3.1 节，“药品清单”说明了哪些 D 部分药物受保。

我的承保范围有任何限制吗？

部分承保药物可能有额外的要求或承保限制。这些要求和限制可能包括：

- **事先授权：** Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 要求您或您的处方医生对某些药物进行事先授权。这意味着在配药前，您需要获得 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 的批准。如果未获得批准，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 可能不会承保该药物。
- **数量限制：** 例如，对于某些药物，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 会限制其所承保的药物数量。例如，对于 Xtampza ER®，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 每次处方每天最多承保 2 片。此限制可能叠加于标准 1 个月或 3 个月用量规定之上。

- **分步治疗：**在某些情况下，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 要求您必须先尝试使用特定药物治疗您的疾病，然后才会承保另一种用于同一疾病的药物。例如，如果药物 A 和药物 B 都可治疗您的病，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 可能在您先尝试药物 A 之前，不会承保药物 B。如果药物 A 对您无效，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 才会承保药物 B。

您可以通过查阅自第 3 页开始的处方集来了解您的药物是否有任何额外要求或限制。您还可以通过访问我们的网站，获取关于特定承保药物所适用限制的更多信息。我们已在网上发布了说明事先授权和分步治疗限制的文件。您也可以要求我们寄送一份纸质版给您。我们的联系方式及处方集的最后更新日期列于封面和封底。

您可以请求 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 对这些限制或规定作出破例处理，或者提供其他可能治疗您健康状况的类似药物清单。有关如何申请破例的详细信息，请参阅第 vii 页的“如何申请 Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 处方集的破例？”的章节。

若所需药品未列入处方集怎么办？

如果您的药物未包含在本处方集（承保药物列表）中，您应首先联系客户服务部，询问您的药物是否在承保范围内。

如果您确认 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 不承保您的药物，您有两种选择：

- 您可以向客户服务部门索取一份由 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 承保的类似药物清单。收到清单后，请将其交给您的医生，并请医生为您开具一款 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 计划承保的类似药物。
- 您可以请求 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 破例承保您的药物。有关如何申请破例的更多信息，请参见下文。

如何申请 Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 处方集的破例？

您可以请求 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 对我们的承保规则做出破例处理。您可以申请的破例类型有多种。

- 您可以要求我们承保某种药物，即使它不在我们的处方集中。若获批准，该药物将按预先确定的费用分担水平承保，您不可再申请更低费用分担等级的优惠。
- 您可以要求我们取消对您药物的承保限制，包括事先授权、分步治疗或数量限制。例如，对于某些药物，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 会限制我们承保的药物数量。如果您的药物有数量限制，您可以要求我们取消该限制并承保更多数量。

通常情况下，只有当计划处方集中包含的替代药物或执行该限制对您来说效果不佳，和/或会导致不良医疗反应时，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 才会批准您的破例申请。

您或您的处方医生应联系我们申请处方集破例，包括对某个用药限制做破例处理。**当您提出破例申请时，您的处方医生需要说明您需要该破例的医学理由。**通常情况下，我们必须在收到您处方医生的支持性说明后的 72 小时内作出审批。如果您认为，并且我们也同意，等待长达 72 小时的审批可能会对您的健康造成严重危害，您可以要求加急（快速）审批。如果我们同意，或者您的处方医生要求快速审批，我们必须在收到您处方医生支持性说明后的 24 小时内作出决定。

若所需药品未列入处方集或存在限制怎么办？

如果您是我们计划中的新参保人或续保成员，您可能正在使用不在我们处方集上的药物。或者正在使用处方集中列明但存在承保限制（如需要事先授权）的药品。您应与您的处方医生讨论，申请保障审批，以证明您符合批准的标准，或者改用我们保障的替代药物，或者申请处方集破例，以便我们为您所用的药物提供保障。在您与医生确定适合您的最佳方案期间，如果符合特定情况，我们可能会在您加入计划的前 90 天内为您提供药品承保。

对于每一种不在我们处方集上的药物或有保障限制的药品，我们将提供临时 30 天的用药供应。如果您的处方是少于 30 天的用药量，我们将允许补充处方，以提供最多 30 天用量的药物。如果保障申请未获批准，在您获得首次 30 天用药供应之后，即使您成为本计划参保人的时间少于 90 天，我们也不会为这些药物支付费用。

如果您是长期护理机构的住户，并且需要使用不在我们处方集上的药物，或者您的用药途径受到限制，但您已超过加入本计划的前 90 天，我们将在您申请处方集破例期间，为该药物提供 31 天的紧急用药供应。

护理等级变更：

从专业护理机构 (Skilled Nursing Facilities, SNF)

转至 LTC 的参保人：

从 SNF 转至家庭（零售药房）：

长期护理机构间转院 (LTC-LTC)：

从医院转至家庭（零售药房）：

药品供应天数

31 天供应

30 天供应

31 天供应

30 天供应

更多信息

有关您在 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 的处方药保险的更详细信息，请查阅您的承保范围说明书及其他计划材料。

如果您对 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 有任何疑问，请联系我们。我们的联系方式及处方集的最后更新日期列于封面和封底。

如果您对 Medicare 处方药保险有一般性问题，请拨打 Medicare 电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天 24 小时/每周 7 天提供服务。听障用户请拨打 1-877-486-2048。或访问 <http://www.medicare.gov>。

Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 处方集

自第 3 页开始的处方集提供了关于 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 承保药物的保障信息。如果您在列表中找不到您的药物，可以在自第 120 页开始的索引中查找您的药物。

图表的第一列列出了药物名称。品牌药用大写字母表示（例如：JANUVIA®），仿制药用小写斜体表示（例如：*lisinopril*）。

“要求/限制”列中的信息会告诉您 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 对您药物的承保是否有任何特殊要求。

在本文档中可能会出现以下缩写：

承保说明缩写

缩写	说明	解释
用药管理限制		
PA	事先授权限制	在您领取此药物处方之前，您（或您的医生）需要从 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 获得事先授权。如果未获得批准，Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 可能不会承保该药物。
QL	数量限制	Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 会限制每次处方或特定时间范围内此药物的承保数量。
ST	分步治疗限制	在 Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) 提供此药物保障之前，您必须先尝试其他药物来治疗您的病症。只有在其他药物对您无效的情况下，此药物才可能获得承保。
其他承保特殊要求		
LA	限定供应药物	此处方仅可从特定药房获取。欲了解更多信息，请查阅您的提供者和药房目录，或致电客户服务：503-574-8000 或 1-800-603-2340（听障用户请拨 711），服务时间为每周一至周日，8 a.m. 至 8 p.m.（太平洋时间）。从 4 月 1 日到 9 月 30 日，周末服务时间有所缩短，为 8 a.m. 至 8 p.m.（太平洋时间）。或访问 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 ከሆነ፣ 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		

全民健康

我们致力于与所服务的社群携手合作，了解独特的医疗保健挑战，并制定切实可行的解决方案，以促进医疗保健的公平性和可及性。

我们随时为您提供帮助。

如有任何问题，请联系普罗维登斯医疗保险优势计划（Providence Medicare Advantage Plans），电话：503-574-8000或1-800-603-2340。TTY用户应拨打711。我们每周七天均开放，服务时间为上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，周末暂停服务，或访问[ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)。