



Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) Danh Mục Thuốc năm 2026 (Danh Sách Thuốc Được Bao Trả hoặc "Danh Sách Thuốc")

**VUI LÒNG ĐỌC: TÀI LIỆU NÀY CHỨA THÔNG TIN VỀ CÁC LOẠI
THUỐC CHÚNG TÔI BAO TRẢ TRONG CHƯƠNG TRÌNH NÀY**

ID Danh Mục Thuốc: 00026069

Danh mục thuốc này được cập nhật vào 09/02/2025.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi số 711. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Chúng tôi không làm việc vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, Hoặc quý vị có thể truy cập ProvidenceHealthAssurance.com.

PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS DUAL PLUS + RX (HMO D-SNP)

Danh Mục Thuốc năm 2026

(Danh Sách Các Loại Thuốc Được Bao Trả hay “Danh Sách Thuốc”)

Lưu ý dành cho những thành viên hiện tại: Danh mục thuốc này đã thay đổi từ năm ngoái. Vui lòng xem xét tài liệu này để đảm bảo rằng tài liệu vẫn còn các loại thuốc mà quý vị sử dụng.

Trong Danh Sách Thuốc (danh mục thuốc) này, các từ “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” đều được dùng để chỉ Providence Health Assurance. Các từ “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” đều được dùng để chỉ Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP).

Tài liệu này bao gồm một Danh Sách Thuốc (danh mục thuốc) của chương trình chúng tôi và danh sách này áp dụng kể từ 09/2025. Để có Danh Sách Thuốc (danh mục thuốc) cập nhật, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi, kèm theo ngày gần nhất mà chúng tôi cập nhật Danh Sách Thuốc (danh mục thuốc), có trên trang bìa trước và sau.

Nói chung, quý vị phải sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới để sử dụng quyền lợi thuốc kê toa của mình. Các quyền lợi, danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc khoản đồng thanh toán/khoản đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027 và tùy vào từng thời điểm trong năm.

Danh mục thuốc của Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) là gì?

Trong tài liệu này, các thuật ngữ Danh Sách Thuốc và danh mục thuốc đều chỉ cùng một danh sách. Danh mục thuốc là danh sách các loại thuốc được bao trả do Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) lựa chọn với sự tham vấn của một nhóm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đại diện cho các phương pháp trị liệu bằng thuốc kê toa được cho là phần thiết yếu của một chương trình điều trị chất lượng. Nhìn chung, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) sẽ bao trả cho các loại thuốc được liệt kê trong danh mục thuốc miễn là loại thuốc đó cần thiết về mặt y tế, toa thuốc được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới của Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) và tuân theo các quy tắc khác của chương trình. Để biết thêm thông tin về cách mua các toa thuốc của quý vị, vui lòng xem xét Chứng Từ Bảo Hiểm.

Danh Mục Thuốc có thể thay đổi không?

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc được thực hiện vào ngày 1 tháng 1, tuy nhiên Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) có thể thêm hoặc loại bỏ các loại thuốc trong danh mục thuốc trong năm, chuyển thuốc sang bậc chia sẻ chi phí khác hoặc thêm những hạn chế mới. Chúng tôi phải tuân theo các quy tắc Medicare khi thực hiện những thay đổi này. Hàng tháng, chúng tôi sẽ đăng tải thông tin cập nhật về danh mục thuốc trên trang web www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary.

Những thay đổi có thể ảnh hưởng đến quý vị trong năm nay: Trong các trường hợp dưới đây, quý vị sẽ chịu sự ảnh hưởng từ các thay đổi về bảo hiểm trong năm:

- **Thay thế ngay thuốc biệt dược và sản phẩm sinh học gốc bằng một số phiên bản mới nhất định.** Chúng tôi có thể loại bỏ ngay một loại thuốc khỏi danh mục thuốc nếu thay thế thuốc đó bằng một phiên bản mới nhất định có bậc chia sẻ chi phí tương tự hoặc thấp hơn và có cùng số lượng hoặc ít hạn chế hơn. Khi thêm phiên bản mới của một loại thuốc vào danh mục thuốc, chúng tôi có thể quyết định giữ lại thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc nhưng sẽ ngay lập tức chuyển thuốc/sản phẩm đó sang bậc chia sẻ chi phí khác hoặc thêm hạn chế mới.

Chúng tôi chỉ có thể thực hiện những thay đổi tức thì này trong trường hợp thêm phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới nhất định của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong danh mục thuốc (ví dụ: thêm thuốc sinh học tương tự có thể thay đổi cho nhau mà nhà thuốc có thể dùng để thay cho một sản phẩm sinh học gốc mà không cần toa thuốc mới).

Nếu quý vị đang dùng loại thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc đó, chúng tôi có thể thực hiện một thay đổi tức thì mà không thông báo trước cho quý vị. Nhưng sau đó, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (các) thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện.

Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi như vậy, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xét ngoại lệ và tiếp tục bao trả loại thuốc mà chúng tôi sẽ thay đổi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem phần “Làm cách nào để yêu cầu xét ngoại lệ đối với Danh Mục Thuốc của Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?”

Quý vị có thể chưa biết một vài loại thuốc trong sổ này. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem phần “Sản phẩm sinh học gốc là gì và có liên quan như thế nào đến thuốc sinh học tương tự?” ở bên dưới

- **Các loại thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.** Nếu một loại thuốc bị nhà sản xuất thu hồi khỏi thị trường hoặc Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) quyết định thu hồi vì lý do liên quan đến tính an toàn hoặc hiệu quả, chúng tôi có thể loại bỏ ngay loại thuốc đó khỏi danh mục thuốc, sau đó thông báo cho các thành viên đang dùng loại thuốc đó.
- **Các thay đổi khác.** Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác làm ảnh hưởng đến các thành viên hiện đang dùng một loại thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể loại bỏ một loại thuốc biệt dược khỏi danh mục thuốc khi thêm một loại thuốc gốc tương đương hoặc loại bỏ một sản phẩm sinh học gốc khi thêm thuốc sinh học tương tự. Chúng tôi cũng có thể áp dụng các hạn chế mới đối với thuốc biệt dược/sản phẩm sinh học gốc đó, chuyển thuốc/sản phẩm đó sang bậc chia sẻ chi phí khác hoặc thực hiện cả hai thay đổi này. Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi dựa trên những hướng dẫn lâm sàng mới. Nếu chúng tôi loại bỏ thuốc khỏi danh mục thuốc, thêm yêu cầu về sự cho phép trước, giới hạn số lượng và/hoặc các hạn chế về phương pháp trị liệu theo từng bước đối với thuốc hoặc chuyển thuốc sang một bậc chia sẻ chi phí cao hơn, chúng tôi sẽ phải thông báo cho những thành viên bị ảnh hưởng bởi thay đổi đó ít nhất 30 ngày trước khi thay đổi đó có hiệu lực. Hoặc, khi thành viên yêu cầu mua thêm thuốc, họ có thể nhận được lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ hoặc nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện hoặc lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày tại cơ sở chăm sóc dài hạn (long-term care, LTC) cùng với thông báo về thay đổi.

Nếu chúng tôi thực hiện những thay đổi khác này, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xét ngoại lệ cho quý vị và tiếp tục bao trả loại thuốc quý vị đang dùng. Thông báo mà chúng tôi cung cấp cho quý vị cũng sẽ bao gồm thông tin về cách yêu cầu xét ngoại lệ, quý vị cũng có thể tìm thông tin trong phần “Làm cách nào để yêu cầu xét ngoại lệ đối với Danh Mục Thuốc của Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?” ở bên dưới

Các thay đổi không ảnh hưởng tới quý vị nếu quý vị hiện đang sử dụng thuốc.

Thông thường, nếu quý vị đang sử dụng một loại thuốc trong danh mục thuốc năm 2026 và thuốc đó được bao trả từ đầu năm, chúng tôi sẽ không dừng hoặc giảm mức bảo hiểm cho thuốc đó trong năm 2026 trừ trường hợp được mô tả như trên. Điều này có nghĩa là những loại thuốc đó sẽ vẫn có sẵn với cùng một mức chia sẻ chi phí và không áp dụng các hạn chế mới cho các thành viên sử dụng những loại thuốc đó trong

thời gian còn lại của năm bảo hiểm. Quý vị sẽ không nhận được thông báo trực tiếp trong năm nay về những thay đổi không ảnh hưởng đến quý vị. Tuy nhiên, vào ngày 1 tháng 1 năm sau, những thay đổi đó sẽ ảnh hưởng đến quý vị nên điều quan trọng là quý vị phải kiểm tra Danh Sách Thuốc trong năm quyền lợi mới để nắm được mọi thay đổi đối với các loại thuốc.

Danh mục thuốc kèm theo sẽ được áp dụng kể từ 09/2025. Để nhận thông tin cập nhật về các loại thuốc được Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) bao trả, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi có trên trang bìa trước và sau. Trong trường hợp có những thay đổi về danh mục thuốc không duy trì giữa năm, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị qua Bản Giải Thích Quyền Lợi (Explanation of Benefits, EOB) hoặc bản điều chỉnh về những thay đổi.

Cách sử dụng Danh Mục Thuốc?

Có 2 cách để quý vị tìm thuốc trong danh mục thuốc:

Tình Trạng Y Tế

Danh mục thuốc bắt đầu từ trang 3. Thuốc trong danh mục thuốc được phân chia theo danh mục dựa trên loại tình trạng y tế mà thuốc đó được sử dụng để điều trị. Ví dụ: các loại thuốc được sử dụng để điều trị bệnh tim được liệt kê vào danh mục “Thuốc Tim Mạch”. Nếu quý vị biết công dụng của thuốc, hãy tìm kiếm theo tên danh mục trong danh sách bắt đầu từ trang 1. Sau đó tìm thuốc của quý vị bên dưới tên danh mục.

Liệt Kê Theo Bảng Chữ Cái

Nếu không biết chắc nên tìm trong danh mục nào, quý vị nên tìm thuốc trong phần Mục Lục bắt đầu từ trang 120. Phần Mục Lục cung cấp danh sách tất cả các loại thuốc có trong tài liệu theo bảng chữ cái. Cả thuốc biệt dược và thuốc gốc đều được liệt kê trong Mục Lục. Tìm kiếm trong Mục Lục để tìm loại thuốc của quý vị. Bên cạnh thuốc của quý vị là số trang nơi quý vị có thể tìm thấy thông tin bảo hiểm. Quay lại trang được liệt kê trong Mục Lục và tìm tên thuốc của quý vị ở cột đầu tiên của danh sách.

Thuốc gốc là gì?

Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) bao trả cho cả thuốc biệt dược và thuốc gốc. Thuốc gốc được FDA chấp thuận vì có cùng thành phần hoạt chất với thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc gốc cũng có công hiệu như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn. Có nhiều loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường có thể thay thế cho thuốc biệt dược tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, tùy thuộc vào luật pháp tiểu bang.

Sản phẩm sinh học gốc là gì và có liên quan như thế nào đến thuốc sinh học tương tự?

Khi chúng tôi đề cập đến thuốc trên danh mục thuốc, đó có thể là một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học. Sản phẩm sinh học là những loại thuốc phức tạp hơn các loại thuốc thông thường. Vì sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc thông thường nên thay vì có dạng thuốc gốc, chúng có các chất thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Thông thường, thuốc sinh học tương tự cũng có công hiệu như sản phẩm sinh học gốc và có thể có giá thấp hơn. Có những lựa chọn thay thế bằng thuốc sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể thay đổi cho nhau và, tùy thuộc vào luật pháp tiểu bang, có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể thay thế cho thuốc biệt dược.

- Để biết thông tin thảo luận về các loại thuốc, vui lòng xem Chứng Từ Bảo Hiểm, Chương 5, Phần 3.1, “Danh Sách Thuốc cho biết những loại thuốc Phần D nào được bao trả.”

Có bất kỳ hạn chế nào trong bảo hiểm của tôi không?

Một số loại thuốc được bao trả có thể có các yêu cầu bổ sung hoặc giới hạn về bảo hiểm. Các yêu cầu và giới hạn đó có thể bao gồm:

- **Sự Cho Phép Trước:** Theo quy định của Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), quý vị hoặc người kê toa của quý vị phải nhận được sự cho phép trước đối với một số loại thuốc nhất định. Điều này có nghĩa là quý vị phải được Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) chấp thuận trước khi mua toa thuốc của mình. Nếu quý vị không yêu cầu chấp thuận, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) có thể sẽ không bao trả cho thuốc đó.
- **Giới Hạn Số Lượng:** Đối với một số loại thuốc nhất định, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) giới hạn số lượng thuốc mà Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) sẽ bao trả. Ví dụ: Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) cung cấp 2 viên thuốc mỗi ngày trên mỗi toa thuốc đối với Xtampza ER®. Đây có thể là thuốc bổ sung cho lượng thuốc tiêu chuẩn dùng trong một tháng hoặc ba tháng.
- **Trị Liệu Từng Bước:** Trong một số trường hợp, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) yêu cầu quý vị dùng thử một số loại thuốc nhất định trước để điều trị tình trạng y tế của mình trước khi chúng tôi bao trả cho loại thuốc khác để điều trị tình trạng đó. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B đều điều trị tình trạng y tế của quý vị, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) có thể không bao trả Thuốc B trừ khi quý vị dùng thử Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không phù hợp với quý vị, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) sẽ bao trả cho Thuốc B.

Quý vị có thể tìm hiểu xem liệu thuốc của mình có bất kỳ giới hạn hoặc yêu cầu bổ sung nào không bằng cách tìm kiếm trong danh mục thuốc bắt đầu từ trang 3. Quý vị cũng có thể xem thêm thông tin về những hạn chế áp dụng có một số loại thuốc được bao trả cụ thể bằng cách truy cập trang web của chúng tôi. Chúng tôi đã đăng tải các tài liệu trực tuyến giải thích yêu cầu về sự cho phép trước và các hạn chế đối với trị liệu từng bước. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao. Thông tin liên hệ của chúng tôi kèm theo ngày cập nhật danh mục thuốc gần nhất có trên trang bìa trước và sau.

Quý vị có thể yêu cầu Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) xét ngoại lệ đối với các hạn chế/giới hạn này hoặc cung cấp cho quý vị danh sách các loại thuốc khác tương tự có thể giúp điều trị tình trạng y tế của quý vị. Xem phần “Làm cách nào để yêu cầu xét ngoại lệ đối với danh mục thuốc của Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?” trên trang viii để biết thông tin về cách yêu cầu xét ngoại lệ.

Điều gì xảy ra nếu thuốc của tôi không có trong Danh Mục Thuốc?

Nếu thuốc của quý vị không có trong danh mục thuốc này (danh sách các loại thuốc được bao trả), trước tiên quý vị cần liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng và hỏi xem thuốc đó có được bao trả hay không.

Nếu biết rằng Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) không bao trả cho thuốc của mình, quý vị có 2 lựa chọn:

- Quý vị có thể yêu cầu bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng gửi một danh sách các loại thuốc tương tự được Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) bao trả. Khi quý vị nhận được danh sách, hãy cho bác sĩ của quý vị xem và yêu cầu họ kê toa một loại thuốc tương tự được Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) bao trả.
- Quý vị có thể yêu cầu Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) xét ngoại lệ và bao trả cho thuốc của quý vị. Xem phần bên dưới để biết thông tin về cách yêu cầu xét ngoại lệ.

Làm cách nào để yêu cầu xét ngoại lệ đối với Danh Mục Thuốc của Providence Medicare Advantage Plans Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)?

Quý vị có thể yêu cầu Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) xét ngoại lệ đối với các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi. Có nhiều trường hợp ngoại lệ mà quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xét.

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả một loại thuốc dù thuốc đó không có trong danh mục thuốc của chúng tôi. Nếu được chấp thuận, thuốc đó sẽ được bao trả ở mức chia sẻ chi phí được xác định trước và quý vị sẽ không thể yêu cầu chúng tôi cung cấp thuốc đó với mức chia sẻ chi phí thấp hơn.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi miễn trừ một hạn chế bao trả, bao gồm yêu cầu về sự cho phép trước, trị liệu theo từng bước hoặc giới hạn số lượng đối với thuốc của quý vị. Ví dụ: đối với một số loại thuốc nhất định, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) sẽ giới hạn số lượng thuốc được bao trả. Nếu thuốc của quý vị bị giới hạn số lượng, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi miễn trừ giới hạn và tăng số tiền bao trả.

Thông thường, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) sẽ chỉ chấp thuận yêu cầu xét ngoại lệ nếu các loại thuốc thay thế có trong danh mục thuốc của chương trình hoặc việc áp dụng hạn chế không mang lại hiệu quả tương đương cho quý vị và/hoặc sẽ gây ảnh hưởng bất lợi về mặt y tế đối với quý vị.

Quý vị hoặc người kê toa của quý vị nên liên hệ với chúng tôi để yêu cầu xét ngoại lệ đối với danh mục thuốc, bao gồm cả ngoại lệ đối với hạn chế bao trả. ***Khi quý vị yêu cầu xét ngoại lệ, người kê toa của quý vị sẽ cần giải thích lý do y tế khiến quý vị cần được xét ngoại lệ đó.*** Thông thường, chúng tôi phải đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được văn bản lý giải từ người kê toa của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi quyết định cấp tốc (quyết định nhanh) nếu quý vị cho rằng sức khỏe của mình có thể xấu đi nghiêm trọng nếu phải chờ đợi quyết định đến 72 giờ và chúng tôi cũng đồng ý với điều này. Nếu chúng tôi đồng ý, hoặc nếu người kê toa của quý vị yêu cầu ra quyết định nhanh, chúng tôi sẽ phải ra quyết định muộn nhất là 24 giờ kể từ khi nhận được văn bản lý giải của người kê toa.

Tôi có thể làm gì nếu thuốc của tôi không có trong danh mục thuốc hoặc bị áp dụng quy định hạn chế?

Là thành viên mới hoặc thành viên tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể đang dùng các loại thuốc không có trong danh mục thuốc. Hoặc, quý vị có thể đang dùng một loại thuốc có trong danh mục thuốc nhưng lại đi kèm hạn chế bao trả, chẳng hạn như yêu cầu về sự cho phép trước. Quý vị nên trao đổi với người kê toa về việc yêu cầu quyết định bảo hiểm để chứng minh rằng quý vị đáp ứng các tiêu chí chấp thuận, chuyển sang loại thuốc thay thế mà chúng tôi bao trả hoặc yêu cầu xét ngoại lệ đối với danh mục thuốc để được chúng tôi bao trả cho loại thuốc quý vị đang dùng.

Trong khi quý vị và bác sĩ của quý vị xác định hướng hành động phù hợp, chúng tôi có thể bao trả cho thuốc của quý vị trong một số trường hợp nhất định trong vòng 90 ngày đầu tiên mà quý vị trở thành thành viên chương trình của chúng tôi.

Đối với mỗi loại thuốc không có trong danh mục thuốc hoặc đi kèm hạn chế bao trả, chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc dùng tạm thời trong 30 ngày. Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua thêm để dùng thuốc trong tối đa 30 ngày. Nếu không chấp thuận bao trả thì sau 30 ngày thuốc đầu tiên, chúng tôi sẽ không thanh toán cho những loại thuốc đó ngay cả khi quý vị trở thành thành viên của chương trình chưa đầy 90 ngày.

Nếu quý vị sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn và cần một loại thuốc không có trong danh mục thuốc hoặc nếu quý vị bị giới hạn về khả năng nhận thuốc, nhưng quý vị đã qua giai đoạn 90 ngày đầu là thành viên của chương trình, chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc dùng khẩn cấp trong 31 ngày cho loại thuốc đó trong thời gian quý vị yêu cầu xét ngoại lệ về danh mục thuốc.

Thay đổi mức độ chăm sóc:

Đối với các thành viên chuyển đổi từ SNF sang LTC:

SNF sang Chăm Sóc Tại Gia (Bán Lễ):

LTC-LTC:

Bệnh Viện sang Chăm Sóc Tại Gia (Bán Lễ):

Số Ngày Dùng Thuốc

Lượng thuốc dùng trong 31 ngày

Lượng thuốc dùng trong 30 ngày

Lượng thuốc dùng trong 31 ngày

Lượng thuốc dùng trong 30 ngày

Để biết thêm thông tin

Để biết thêm thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc kê toa Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), vui lòng xem Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị và các tài liệu khác của chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP), vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi kèm theo ngày cập nhật danh mục thuốc gần nhất có trên trang bìa trước và sau.

Nếu quý vị có thắc mắc chung về bảo hiểm thuốc kê toa Medicare, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày/7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048. Hoặc truy cập <http://www.medicare.gov>.

Danh Mục Thuốc của Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP)

Danh mục thuốc bắt đầu từ trang 3 và cung cấp thông tin bảo hiểm về các loại thuốc được Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) bao trả. Nếu quý vị gặp khó khăn khi tìm kiếm thuốc trong danh sách, hãy quay lại Mục Lục bắt đầu từ trang 120.

Cột đầu tiên của bảng liệt kê tên thuốc. Thuốc biệt dược được viết in hoa (ví dụ: JANUVIA®) và thuốc gốc được viết thường in nghiêng (ví dụ: *lisinopril*).

Thông tin tại cột Yêu Cầu/Giới Hạn cho biết liệu Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) có bất kỳ yêu cầu đặc biệt nào đối với bảo hiểm thuốc của quý vị không.

Các từ viết tắt sau có thể xuất hiện trong phần nội dung của tài liệu này

TỪ VIẾT TẮT CẦN LƯU Ý VỀ BẢO HIỂM

TỪ VIẾT TẮT	MÔ TẢ	GIẢI THÍCH
Các Hạn Chế Về Quản Lý Sử Dụng		
PA	Hạn Chế Về Sự Cho Phép Trước (Prior Authorization)	Quý vị (hoặc bác sĩ của quý vị) phải yêu cầu sự cho phép trước từ Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) trước khi quý vị mua toa thuốc cho loại thuốc này. Nếu quý vị không yêu cầu chấp thuận trước, Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) có thể sẽ không bao trả cho thuốc này.
QL	Hạn Chế Về Giới Hạn Số Lượng (Quantity Limit)	Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) giới hạn số lượng được bao trả cho loại thuốc này trong từng toa thuốc hoặc trong một khung thời gian cụ thể.
ST	Hạn Chế Về Trị Liệu Từng Bước (Therapy Restriction)	Trước khi Providence Medicare Dual Plus + Rx (HMO D-SNP) cung cấp bảo hiểm cho loại thuốc này, quý vị phải dùng thử một loại thuốc khác trước để điều trị tình trạng y tế của mình. Loại thuốc này có thể chỉ được bao trả nếu loại thuốc kia không có tác dụng với quý vị.
Các Yêu Cầu Đặc Biệt Khác đối với Bảo Hiểm		
LA	Thuốc Bị Giới Hạn Tiếp Cận (Limited Access)	Loại thuốc kê toa này có thể chỉ có sẵn tại một số nhà thuốc nhất định. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi số 711. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Chúng tôi không làm việc vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. (Giờ Thái Bình Dương). Hoặc truy cập 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		

Sức Khỏe Cho Mọi Người

Chúng tôi cam kết hợp tác với các cộng đồng mà mình phục vụ, tìm hiểu những thách thức đặc biệt liên quan đến vấn đề chăm sóc sức khỏe cũng như tạo ra các giải pháp thực tế để giúp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trở nên công bằng và dễ tiếp cận hơn.

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ.

Danh mục thuốc này được cập nhật vào 09/02/2025. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi số 711. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Chúng tôi không làm việc vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, Hoặc quý vị có thể truy cập **[ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)**.