



2025

Tổng Quan về Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình

Washington



Sức Khỏe Cho Tất Cả Mọi Người

Trong hơn 160 năm, tổ chức chăm sóc sức khỏe phi lợi nhuận của chúng tôi đã đặt ra tiêu chuẩn về sức khỏe về thể chất và tâm thần cho cộng đồng. Cam kết của chúng tôi không chỉ là điều trị bệnh, mà còn là đầu tư vào sức khỏe. Điều này có nghĩa là chúng tôi can thiệp từ sớm, cải thiện kết quả điều trị và nâng cao sức khỏe của toàn cộng đồng.

Là một hệ thống tích hợp, chúng tôi sử dụng sức mạnh từ mạng lưới các phòng khám, bệnh viện và bác sĩ xuất sắc của Providence, kết hợp với sự linh hoạt, giá phải chăng và quyền lợi cũng như dịch vụ xuất sắc của Providence Health Plan – để tạo ra trải nghiệm khác biệt, chân thực cho thành viên.

- 04** Những điều cần biết khi quý vị cân nhắc bảo hiểm
- 06** Các Điểm Nổi Bật về Quyền Lợi
- 07** Lựa Chọn Chăm Sóc
- 08** Tập Hợp Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi
- 10** Đặc Quyền của Thành Viên
- 11** Làm thế nào để lựa chọn một chương trình?
- 12** Tìm Nhà Cung Cấp
- 13** Phòng Khám Y Tế
- 15** Các Chương Trình Columbia

Những điều cần biết khi quý vị cân nhắc bảo hiểm

Tập sách này cung cấp thông tin tổng quan về các chương trình Cá Nhân & Gia Đình của chúng tôi. Những thông tin này có thể thay đổi mỗi năm. Để biết thêm thông tin về giới hạn, ngoại lệ, quyền lợi và yêu cầu ghi danh chương trình, hãy xem hợp đồng chương trình hoặc liên hệ với nhóm bán hàng của chúng tôi hay nhà phát hành bảo hiểm của quý vị. Để xem Tóm Tắt Các Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC), hãy truy cập ProvidenceHealthPlan.com/SBC.



Thời điểm đăng ký

Đăng ký trực tiếp thông qua Providence Health Plan trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở từ ngày 1 tháng 11 năm 2024 đến ngày 15 tháng 12 năm 2024. Với đăng ký trong giai đoạn này, Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm là từ ngày 1 tháng 1 năm 2025. Nếu quý vị đăng ký từ ngày 16 tháng 12 năm 2024 đến hết ngày 15 tháng 1 năm 2025, Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm của quý vị sẽ là ngày 1 tháng 2 năm 2025. Sau khi Giai Đoạn Ghi Danh Mở kết thúc, quý vị phải có sự kiện cuộc sống đủ tiêu chuẩn để ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt. Quý vị có thể đăng ký và được nhận bảo hiểm y tế trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt nếu quý vị vô tình bị mất bảo hiểm thiết yếu tối thiểu, trừ trường hợp quý vị đã không thanh toán phí bảo hiểm hoặc gặp phải những sự kiện nhất định trong cuộc sống, ví dụ như kết hôn hoặc nhận con nuôi. Để biết thêm thông tin và danh sách các Sự Kiện Đủ Tiêu Chuẩn, hãy truy cập ProvidenceHealthPlan.com/QE.



Ngày hiệu lực của sự kiện đủ tiêu chuẩn

Trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt, Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm được xác định bởi Sự Kiện Đủ Tiêu Chuẩn cũng như việc Providence Health Plan nhận được phí bảo hiểm ban đầu. Nếu sự kiện đủ tiêu chuẩn là sinh đẻ, nhận con nuôi, sắp xếp nhận con nuôi hay chăm sóc tạm thời cho một đứa trẻ, hay lệnh của tòa, bảo hiểm sẽ có hiệu lực kể từ ngày xảy ra sự kiện. Nếu quý vị muốn biết ngày hiệu lực dự kiến, vui lòng gọi đến Bộ Phận Hạch Toán Quyền Thành Viên qua số **888-816-1300 (TTY: 711)** để được hướng dẫn thêm. Tất cả các Sự Kiện Đủ Tiêu Chuẩn khác sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau khi Providence Health Plan nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị.



Tư Cách Đủ Điều Kiện

Để mua một trong các chương trình của chúng tôi, quý vị phải sống trong khu vực dịch vụ và là cư dân của tiểu bang Washington. Providence không trùng lặp với Medicare về chương trình Cá Nhân & Gia Đình. Những người được hưởng Medicare Part A và/hoặc đã ghi danh vào Medicare Part B sẽ không đủ điều kiện để ghi danh vào chương trình Cá Nhân & Gia Đình của Providence Health Plan.



Đăng ký và ngày thanh toán phí bảo hiểm

Để đăng ký trực tiếp thông qua Providence Health Plan, hãy truy cập ProvidenceHealthPlan.com/Shop để sử dụng công cụ ghi danh và mua sắm trực tuyến của chúng tôi. Tại thời điểm quý vị gửi đơn đăng ký trực tuyến, quý vị sẽ được chỉ dẫn nộp khoản thanh toán phí bảo hiểm ban đầu.



Thông tin thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng

Sau khi quý vị đã được ghi danh, quý vị cần thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng vào ngày đầu tiên của mỗi tháng.

Providence Health Plan khuyến khích quý vị truy cập Providence.org/PremiumPay để thiết lập phương thức thanh toán định kỳ thông qua hệ thống thanh toán điện tử của Providence Health Plan. **Xin lưu ý:** Providence Health Plan không chấp nhận bất kỳ khoản thanh toán phí bảo hiểm nào do chủ lao động hay bên thứ ba thực hiện, trừ khi được quy định của tiểu bang hoặc liên bang cho phép.



Các thuật ngữ bảo hiểm y tế chính

Hãy xem Bảng thuật ngữ trực tuyến tại ProvidenceHealthPlan.com/Glossary để biết giải thích và định nghĩa của các thuật ngữ bảo hiểm y tế.



Thông báo về thông lệ bảo vệ quyền riêng tư

Hãy truy cập ProvidenceHealthPlan.com để tìm hiểu về các thông lệ bảo vệ quyền riêng tư của Providence Health Plan. Quý vị có thể nhận được bản sao thông báo về thông lệ bảo vệ quyền riêng tư của Providence Health Plan bằng cách truy cập ProvidenceHealthPlan.com/NOPP hoặc bằng cách gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng qua số **800-878-4445 (TTY: 711)**.

Các Điểm Nổi Bật về Quyền Lợi



Không cần giới thiệu

Các chương trình trong Mạng Lưới Providence Choice không yêu cầu giới thiệu để khám với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, giúp quý vị tiếp cận dịch vụ chăm sóc mà mình cần dễ dàng hơn.



Được bao trả với đầy đủ quyền lợi

Các lần thăm khám qua mạng và tại phòng khám Providence ExpressCare đều được bao trả đầy đủ. Được hưởng quyền lợi hẹn khám trực tiếp ngay trong ngày hoặc kết nối với dịch vụ chăm sóc trong vòng vài phút bằng máy tính bảng, điện thoại thông minh hoặc máy vi tính.



Bảo hiểm chăm sóc thay thế

Tất cả chương trình đều cung cấp dịch vụ nắn xương (10 lần khám/năm dương lịch), châm cứu (12 lần khám/năm dương lịch), trị liệu mát-xa (10 lần khám/năm dương lịch) cùng với chăm sóc thay thế. Quý vị có thể khám với chuyên gia liệu pháp tự nhiên hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế khác với các quyền lợi được bao trả, bao gồm khám sức khỏe định kỳ và chăm sóc trẻ khỏe mạnh. Những dịch vụ này được bao trả với cùng mức giá như quý vị khám với bác sĩ chăm sóc chính, với điều kiện là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế có giấy phép thực hiện những dịch vụ đó.



Cổng thông tin bảo mật cho thành viên

myProvidence cho phép quý vị tiếp cận với thông tin chương trình y tế cá nhân hóa theo nhu cầu của mình bằng máy tính bảng, điện thoại thông minh hoặc máy vi tính. Đây cũng là nơi các thành viên có thể truy cập vào những công cụ và tài nguyên để giúp bản thân quản lý và tận dụng hiệu quả quyền lợi cũng như bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của mình.

myProvidence.com là nơi thành viên có thể:

- Xem thông tin về yêu cầu thanh toán bảo hiểm và giải thích quyền lợi (explanation of benefits, EOB)
- Theo dõi tiến độ tới khi đạt mức tối đa về khoản khấu trừ và tự trả
- Tìm kiếm nhà cung cấp trong mạng lưới bằng danh mục nhà cung cấp
- In thẻ ID thay thế



Tiết kiệm chi phí thuốc men

Quý vị đang tìm cách tiết kiệm tiền? Trong những chương trình nhất định, khi yêu cầu lượng thuốc kê toa dùng trong 90 ngày thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện, chi phí sẽ giống như lượng thuốc dùng trong 60 ngày. Chỉ áp dụng cho bậc 1-4.

Lựa Chọn Chăm Sóc

Với một vài tùy chọn để lựa chọn, quý vị có thể tìm được dịch vụ chăm sóc mình cần - ngay tại nhà, hay trực tiếp tại phòng khám - mọi lúc, mọi nơi.



Chăm Sóc Chính

Hãy tìm đến Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) để làm quen và xây dựng hồ sơ về tiền sử sức khỏe cá nhân. Nếu quý vị cần bác sĩ chăm sóc chính, hãy truy cập myProvidence.com và chọn "Find a Provider" (Tìm Nhà Cung Cấp) sau khi đăng nhập. Sau đó chọn Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (Primary Care Providers).



Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa (Thăm Khám Qua Điện Thoại hay Video)*

Sắp xếp thăm khám qua điện thoại để nói chuyện với nhà cung cấp dù quý vị ở bất cứ đâu. Lên lịch khám với PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa bằng nền tảng hội nghị video như Zoom.



Đường Dây Tư Vấn của Điều Dưỡng 24/7 (ProvRN)

Quý vị có thể nói chuyện với điều dưỡng viên đã đăng ký hành nghề bất cứ lúc nào, bất cứ ngày nào khi có mối quan ngại về sức khỏe, con mới sinh bị ốm hay chỉ đơn giản là cần tư vấn - đây là bước đơn giản đầu tiên để xác định liệu quý vị có cần chăm sóc trực tiếp hay không. Hãy chuẩn bị sẵn số ID thành viên và gọi đến số **800-700-0481**.



ExpressCare Qua Mạng

Kết nối với dịch vụ chăm sóc chỉ trong vòng vài phút qua điện thoại hoặc video để điều trị những tình trạng thường gặp như cảm lạnh, cảm cúm và sốt, hoặc nhiễm trùng như đau mắt đỏ, viêm thanh quản hoặc viêm phế quản. Các mối quan ngại về sức khỏe sinh sản và nhi khoa có thể được giải quyết tại những buổi khám qua mạng này, cũng như cấp phát thuốc kê toa mới và lên lịch làm thủ thuật hay xét nghiệm. Để bắt đầu, hãy truy cập Providence.org/Services/ExpressCare-Virtual.



Phòng Khám ExpressCare

Hẹn khám trực tiếp ngay trong ngày hoặc tới khám tại các phòng khám không cần đặt lịch nếu có. Điều trị những tình trạng thường gặp như cảm lạnh, đau họng hoặc dị ứng. Hầu hết các phòng khám làm việc từ 7 a.m. đến 7 p.m. hoặc 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương). Để tìm địa điểm và lên lịch hẹn khám, hãy truy cập Providence.org/ExpressCare.



Chăm Sóc Khẩn Cấp

Chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ mà quý vị cần khi không thể chờ đến buổi hẹn với bác sĩ chăm sóc chính cho các tổn thương nhỏ như vết cắt, vết bồng và đau. Để tìm phòng khám chăm sóc khẩn cấp, hãy đăng nhập vào myProvidence.com và chọn "Find a Provider" (Tìm Nhà Cung Cấp). Sau đó chọn "Find a Service or Place; Urgent Care Clinic" (Tìm Dịch Vụ hoặc Địa Điểm; Phòng Khám Chăm Sóc Khẩn Cấp).



Chăm Sóc Cấp Cứu

Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu gần nhất nếu quý vị cho rằng mạng sống của mình đang gặp nguy hiểm. Sử dụng cho các triệu chứng như đau tim đáng ngờ, đau bụng dữ dội, ngộ độc hoặc mất ý thức.

Để biết thêm thông tin, hãy truy cập

ProvidenceHealthPlan.com/Care-Options.

*Tùy thuộc vào tình trạng sẵn có, hãy gọi cho văn phòng nhà cung cấp của quý vị để hỏi xem tùy chọn này có sẵn không.

Tập Hợp Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi

Giúp quý vị có nhiều cách để tiếp cận dịch vụ chăm sóc mà mình cần hơn.

Tại Providence Health Plan, chúng tôi hiểu rằng không có một giải pháp nào đáp ứng được mọi vấn đề sức khỏe hành vi. Mỗi người sẽ gặp phải những vấn đề khác nhau. Đó là lý do chúng tôi cung cấp nhiều dịch vụ có thể giúp quý vị cảm thấy được hỗ trợ và đạt được những kết quả tích cực.

Sau đây là thông tin nhanh về tập hợp dịch vụ mà chúng tôi cung cấp.



Tài nguyên Cải Thiện Sức Khỏe

Tài Nguyên để Thư Giãn & Tái Tạo Năng Lượng

- Tiết kiệm chi phí cho liệu pháp mát-xa, yoga, thiền định, v.v.
- [ProvidenceHealthPlan.com/LifeBalance](https://www.providencehealthplan.com/lifebalance)



Công Cụ Tự Kiểm Soát & Chánh Niệm

Huấn Luyện Sức Khỏe

- [ProvidenceHealthPlan.com/HealthCoaching](https://www.providencehealthplan.com/healthcoaching)
- Các buổi huấn luyện sức khỏe 1:1
- Đặt mục tiêu cá nhân với các bước có thể thực hiện được
- Chương trình được thiết kế để giúp quý vị đạt được các mục tiêu về sức khỏe

Learn to Live

- [LearnToLive.com/Welcome/ProvidenceHealthPlan](https://www.learnlive.com/welcome/providencehealthplan)
- Biện pháp trị liệu tự tiến hành qua mạng để kiểm soát sức khỏe tâm thần
- Huấn luyện 1:1, các bài tập thiền định và hội thảo trực tuyến trực tiếp cũng như theo yêu cầu
- Luôn có sẵn trong ứng dụng



Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa/Qua Mạng

Dịch Vụ Hướng Dẫn Sức Khỏe Hành Vi

- [Providence.org/BHC](https://www.providence.org/BHC)
- Tiếp cận nhanh dịch vụ chăm sóc trực tiếp của các nhà cung cấp Providence
- Thời gian làm việc kéo dài từ 7 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần
- Giúp đỡ khắc phục những vấn đề gây căng thẳng trong cuộc sống, sức khỏe tâm thần và các vấn đề về lạm dụng chất kích thích
- Có sẵn cho các thành viên đủ điều kiện sống ở OR, WA, ID, CA, MT và TX

Talkspace

- [Talkspace.com/ProvidenceHealthPlan](https://www.talkspace.com/providencehealthplan)
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cung cấp biện pháp tâm lý trị liệu qua mạng cho thanh thiếu niên (13+) và người trưởng thành
- Được ghép nối với nhà cung cấp trong vòng 48 giờ
- Kết nối thông qua tin nhắn, cuộc gọi thoại hoặc video trực tiếp
- Tiếp cận biện pháp trị liệu, tâm thần trị liệu* hoặc cả hai

*Các bác sĩ tâm thần có khả năng kê thuốc.

Để biết thêm thông tin, hãy truy cập

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

Tính hiệu quả của các dịch vụ của chúng tôi



Talkspace

80%

đã thấy Talkspace là công cụ hiệu quả hoặc thậm chí hiệu quả hơn so với biện pháp trị liệu truyền thống



Equip

81%

bệnh nhân nhận thấy sự cải thiện trong các triệu chứng rối loạn ăn uống



Dịch Vụ Hướng Dẫn Sức Khỏe Hành Vi

42%

thành viên sẽ không nhờ sự giúp đỡ nào khác ngoài dịch vụ này



Charlie Health

60%

giảm triệu chứng trầm cảm



Learn to Live

44%

có kết quả đo nghiệm tâm thần cải thiện khi làm việc với huấn luyện viên Learn to Live



Joon Care

87%

phục hồi tích cực sau các triệu chứng nghiêm trọng



Mạng Lưới Lâm Sàng Mở Rộng

Equip

- Điều trị rối loạn ăn uống qua mạng
- Trẻ em và người trẻ từ 6-24 tuổi
- Liệu Pháp Tại Gia Đình (Family-Based Treatment, FBT) kết hợp với nhóm đa ngành

Charlie Health

- Chương Trình Ngoại Trú Tăng Cường Qua Mạng (Virtual Intensive Outpatient Program, vIOP)
- Trẻ em và người trẻ từ 11-30 tuổi
- Các chương trình điều trị cá nhân hóa, bao gồm trị liệu cá nhân/gia đình và theo nhóm

Joon Care

- Hỗ trợ người gặp khủng hoảng và có ý định tự tử
- Các buổi làm việc qua mạng với chuyên gia trị liệu có giấy phép hành nghề
- Thanh thiếu niên và người trẻ từ 13-26 tuổi
- Có sẵn cho các thành viên đủ điều kiện sống ở OR, WA, TX, CA, DE, PA và NY



Mạng Lưới Sức Khỏe Hành Vi

Mạng Lưới Sức Khỏe Hành Vi

- Khả năng tiếp cận tại địa phương và trên toàn quốc
- Các dịch vụ trực tiếp và qua mạng
- Chăm sóc dựa trên độ tuổi (trẻ em, thanh thiếu niên, người lớn)
- Tiếp cận mạng lưới sức khỏe hành vi chuyên biệt

Danh Mục Nhà Cung Cấp

- [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/findaprovider)
- Vào Danh Mục Nhà Cung Cấp và tìm kiếm bằng số ID Thành Viên của quý vị
- Chọn "Find a care provider" (Tìm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc)
- Chọn "Mental Health/Substance Use Disorder" (Sức Khỏe Tâm Thần/Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Kích Thích)



Hỗ Trợ Quản Lý Chăm Sóc & Khủng Hoảng

Trung Tâm Sức Khỏe Hành Vi

- Tiếp cận tức thì 24/7
- Nhóm được đào tạo về chăm sóc ưu tiên khủng hoảng
- Giới thiệu theo thời gian thực
- **800-878-4445 (TTY: 711)**

Các Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp & Cấp Cứu

- Chăm sóc nội trú và tại cơ sở
- Chăm sóc bán trú tại bệnh viện

Hãy gọi hoặc nhắn tin tới **Đường Dây Cứu Hộ Khủng Hoảng và Tự Tử 988** nếu quý vị hoặc người mà quý vị biết cần chăm sóc khủng hoảng tức thì.

Đặc Quyền của Thành Viên

Khám phá các quyền lợi và chương trình bổ sung có sẵn để đáp ứng mọi khía cạnh trong cuộc sống của quý vị.



One Pass Select™

Khám phá sức khỏe tổng thể với một chương trình giá phải chăng. Chọn bậc thành viên phù hợp với lối sống của quý vị và truy cập các ứng dụng sức khỏe số, quyền thành viên phòng tập và dịch vụ giao hàng tạp hóa tại nhà. Hãy bắt đầu hành trình của quý vị chỉ với chưa đến \$1/ngày.



Travel Assistance®

Chúng tôi đã hợp tác với Assist America Travel Assistance® để cung cấp hỗ trợ đưa đón cho những nhu cầu y tế cấp cứu khi quý vị đang không ở nhà. Nhận sự giúp đỡ với quy trình nhập viện nhanh chóng vào bệnh viện chất lượng hoặc thay thế toa thuốc bị bỏ quên, v.v.



LifeBalance

LifeBalance cung cấp chiết khấu cho thành viên và gia đình họ đối với những hoạt động họ thích làm, như đi xem phim hay đi nghỉ mát. Quý vị sẽ tìm được cách duy trì sự năng động, giảm căng thẳng và tiết kiệm tiền cho hàng ngàn giao dịch mua liên quan đến giải trí, văn hóa, sức khỏe và du lịch.



Bảo Vệ Danh Tính

Assist America bảo vệ chống mất cắp dữ liệu cá nhân và giúp khôi phục sự toàn vẹn nếu dữ liệu đó bị sử dụng vào mục đích gian lận. Lưu trữ thông tin quan trọng trong một địa điểm an toàn, và nếu thông tin đó bị mất hoặc đánh cắp, họ sẽ sử dụng quy trình khôi phục nhanh chóng và đơn giản.



Huấn Luyện Sức Khỏe*

Cho dù quý vị muốn tăng mức độ hoạt động của mình, giảm căng thẳng, cải thiện thói quen ăn uống, giảm cân, cai thuốc lá hay chỉ là muốn cảm thấy tốt hơn, Huấn Luyện Viên Sức Khỏe của Providence có thể giúp quý vị. Chúng tôi sẵn sàng loại bỏ rào cản, khích lệ quý vị khi quý vị cần động lực, và là nơi quý vị có thể tìm kiếm sự trợ giúp trong suốt hành trình của mình.

Để biết thêm thông tin về những gói quyền lợi này, hãy truy cập ProvidenceHealthPlan.com/Member-Perks.

*Có áp dụng tiêu chí về tư cách đủ điều kiện và tham gia. Các dịch vụ Huấn Luyện Sức Khỏe không dành cho tất cả thành viên. Để xác định tư cách đủ điều kiện tham gia chương trình, vui lòng liên lạc với chương trình Huấn Luyện Sức Khỏe.

Làm thế nào để lựa chọn một chương trình?

Trước khi chọn chương trình sức khỏe cho bản thân và gia đình, có một vài điều mà quý vị cần cân nhắc - ví dụ: chương trình có chi phí ra sao, quý vị sẽ cần chăm sóc đến mức nào, quý vị có mắc bệnh mạn tính nào không và hiện có dùng loại thuốc điều trị nào không? Đây chỉ là một vài câu hỏi quan trọng mà quý vị cần suy xét khi tìm kiếm một chương trình đảm bảo cho quý vị sự cân bằng phù hợp giữa chi phí tự trả và phí bảo hiểm hàng tháng.

Lựa chọn mạng lưới phù hợp cũng rất quan trọng khi quý vị cân nhắc cách tiếp cận những dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà mình cần. Mạng lưới của quý vị bao gồm các nhà cung cấp và cơ sở mà chương trình y tế của quý vị có ký kết hợp đồng. Hãy chắc chắn kiểm tra xem các bác sĩ của quý vị có nằm trong khu vực dịch vụ hay không.

Cách chọn chương trình phù hợp

Gold, Silver, hay Bronze, chương trình nào là phù hợp với quý vị? Có một vài điều cần suy xét, và tất cả đều bắt đầu từ câu hỏi quý vị và gia đình của quý vị dự kiến cần chăm sóc đến mức độ nào. Phí bảo hiểm và chi phí tự trả của quý vị sẽ thay đổi tùy theo bậc mà quý vị chọn. Nhưng có một điều không bao giờ thay đổi là chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được.

Sau đây là hướng dẫn nhanh về các bậc khác nhau, mức dịch vụ của mỗi bậc và chúng phù hợp nhất với đối tượng nào:



Gold

Nếu quý vị đi khám bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa khác, quý vị thường xuyên hoặc dự kiến sẽ nhận được rất nhiều sự chăm sóc (cao hơn so với chăm sóc phòng ngừa), vậy bậc Gold có khả năng là lựa chọn phù hợp. Phí bảo hiểm cao hơn nhưng chi phí tự trả thấp hơn.



Silver

Bậc Silver cung cấp sự cân bằng tuyệt vời giữa mức chăm sóc mà quý vị sẽ cần trong suốt cả năm cũng như chi phí tự trả và phí bảo hiểm phải chăng. Đây là bậc lý tưởng cho những người khá thường xuyên đi khám bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa, nhưng không nhiều như những người theo bậc Gold.



Bronze

Nếu quý vị hầu như khỏe mạnh và không cần chăm sóc thường xuyên, bậc Bronze là lựa chọn phù hợp. Phí bảo hiểm thuộc loại thấp nhất trong cả ba bậc, trong khi đó chi phí tự trả sẽ cao hơn.

Hỗ trợ bán hàng

Để được bộ phận bán hàng hỗ trợ, vui lòng gọi cho chúng tôi qua số **800-988-0088 (TTY: 711)** hoặc truy cập **[ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://www.providencehealthplan.com/shop)**.



Tìm Nhà Cung Cấp

Tùy chỉnh nội dung tìm kiếm nhà cung cấp của quý vị theo ba bước dễ dàng.

Quý vị có thể dễ dàng tìm kiếm các nhà cung cấp trong mạng lưới bằng danh mục nhà cung cấp trực tuyến. Cho dù quý vị cần bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, phòng khám y tế, nhà thuốc hay cơ sở, quý vị sẽ tìm được kết quả mà mình mong muốn chỉ bằng vài lần nhấp chuột.

Sau đây là cách tìm kiếm nhà cung cấp:

01 **Tim kiếm**
Hãy truy cập [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/FindAProvider) để tìm danh sách đầy đủ bao gồm nhà cung cấp, nhà thuốc và cơ sở trong mạng lưới

02 **Tùy chỉnh tìm kiếm của quý vị**
Chọn “Find a care provider” (Tìm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc), sau đó tìm kiếm theo loại nhà cung cấp, dịch vụ hoặc địa điểm

03 **Tùy chỉnh kết quả**
Sử dụng menu bên trái để tùy chỉnh thêm tìm kiếm của quý vị với các thông tin nhận dạng cá nhân

Lọc kết quả tìm kiếm theo:

- Loại/Chuyên ngành
- Địa điểm
- Bệnh viện liên kết
- Giới tính
- Ngôn ngữ được sử dụng
- Chủng tộc và dân tộc
- (Các) cộng đồng tôn giáo
- Danh tính cá nhân
- Năng lực văn hóa
- LGBTQ+
- Các cộng đồng quan tâm

Để được hỗ trợ, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số **800-878-4445 (TTY: 711)**, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 a.m. đến 5 p.m. (Giờ Thái Bình Dương).

Phòng Khám Y Tế

Các thành viên có vô vàn lựa chọn khi muốn tìm dịch vụ chăm sóc phù hợp. Phòng khám y tế luôn coi nhu cầu của các thành viên là trọng tâm trong mỗi trải nghiệm chăm sóc sức khỏe.

Phòng khám y tế là mô hình chăm sóc sức khỏe theo nhóm, đứng đầu là bác sĩ chăm sóc chính của quý vị. Họ làm việc với những chuyên gia y tế khác để điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị – ví dụ như y tá, bác sĩ chuyên khoa và dược sĩ – đây được gọi là “nhóm chăm sóc sức khỏe” của quý vị. Các thành viên trong nhóm của quý vị sẽ phối hợp để bảo đảm sự thống nhất khi chăm sóc sức khỏe cho quý vị.



Bác sĩ chăm sóc chính của quý vị, bác sĩ hoặc y tá phụ trách nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ lắng nghe nhu cầu của quý vị, sau đó hướng dẫn điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị.



Các chuyên gia y tế khác, ví dụ như nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị, sẽ tìm hiểu về quý vị cũng như tình hình sức khỏe cá nhân của quý vị.



Một chương trình chăm sóc điều phối, vậy nên quý vị, nhóm chăm sóc và chương trình y tế của quý vị đều thống nhất về mọi khía cạnh. Vì mọi người đều làm việc cùng nhau, quý vị sẽ không phải lặp lại thông tin của mình mỗi lần phải gặp ai đó.



Quyền lợi của việc có phòng khám y tế

Với phòng khám y tế Providence, quý vị sẽ dễ dàng tiếp cận được với dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mình.

- Quý vị sẽ được hưởng trải nghiệm cá nhân hóa với nhóm y tế hiểu rõ về tiền sử y tế chi tiết của mình.
- Tiếp cận các nhà cung cấp ưa thích ở những địa điểm thuận tiện, vậy nên quý vị không cần phải tự tìm nhà cung cấp.
- Một nhóm toàn diện cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị, bao gồm điều phối các buổi hẹn khám và thuốc kê toa nếu cần.



Các Chương Trình Columbia

Những điểm nhấn của chương trình:

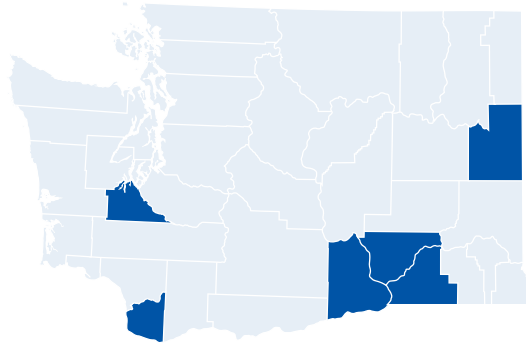
- ✔ Nắn xương, châm cứu và trị liệu mát-xa được bao trả trong mạng lưới.
- ✔ Các chương trình Columbia không yêu cầu sự giới thiệu của bác sĩ chuyên khoa.
- ✔ Chương trình này không kèm theo quyền lợi ngoài mạng lưới. Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các quyền lợi, trừ các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cấp cứu.
- ✔ Quý vị có thể khám với chuyên gia liệu pháp tự nhiên trong mạng lưới với các quyền lợi được bao trả, bao gồm khám sức khỏe định kỳ và chăm sóc sức khỏe trẻ nhỏ. Những dịch vụ này được bao trả với cùng mức giá như quý vị khám với bác sĩ chăm sóc chính, với điều kiện là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế có giấy phép thực hiện những dịch vụ đó.

Vui lòng truy cập ProvidenceHealthPlan.com/Shop để so sánh các chương trình, xem mức giá và ghi danh.

Providence Choice Mạng Lưới

Mạng lưới gồm các phòng khám chăm sóc chính được chỉ định làm phòng khám y tế ở những quận này:

- Benton
- Clark
- Franklin
- Spokane
- Thurston
- Walla Walla



Các chương trình Columbia	Columbia 1500 Gold Trong mạng lưới (Không có quyền lợi ngoài mạng lưới)	Columbia 5000 Silver Trong mạng lưới (Không có quyền lợi ngoài mạng lưới)	Columbia 8900 Bronze Trong mạng lưới (Không có quyền lợi ngoài mạng lưới)
Khoản khấu trừ			
Khoản khấu trừ hàng năm Cá Nhân (1 người)	\$1,500	\$5,000	\$8,900
Khoản khấu trừ hàng năm Gia Đình (2 người trở lên)	\$3,000	\$10,000	\$17,800
Khoản tự trả tối đa hàng năm Cá Nhân (1 người)	\$8,200	\$8,900	\$8,900
Khoản tự trả tối đa hàng năm Gia Đình (2 người trở lên)	\$16,400	\$17,800	\$17,800

Sau khi đạt mức khoản khấu trừ, quý vị sẽ trả những khoản tiền sau đây cho các dịch vụ được bao trả. Khoản khấu trừ không áp dụng cho các dịch vụ được đánh dấu ✓.

Chăm Sóc Phòng Ngừa			
Kiểm tra sức khỏe định kỳ và chăm sóc sức khỏe trẻ nhỏ (từ bất kỳ nhà cung cấp nào được cấp giấy phép hành nghề để thực hiện những dịch vụ đó)	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓
Thăm khám tại phòng khám thai sản	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓
Khám phụ khoa hàng năm và xét nghiệm Pap	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓
Chụp quang tuyến vú	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓
Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng (tuổi phòng ngừa từ 45 trở lên)	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓

Các Lần Khám Tại Văn Phòng cho các Dịch Vụ Y Tế			
Bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	\$30 ✓	\$45 ✓	\$70 ✓
Các lần thăm khám ExpressCare Virtual	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓	Được bao trả đầy đủ ✓
Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế	\$30 ✓	\$45 ✓	\$70 ✓
Bác sĩ chuyên khoa	\$50 ✓	\$65 ✓	\$100 ✓

Dịch Vụ Bệnh Viện			
Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện và chăm sóc thai sản	20%	35%	Được bao trả đầy đủ

Chăm Sóc Khẩn Cấp và Cấp Cứu			
Các dịch vụ cấp cứu (tất cả các dịch vụ đều được coi là trong mạng lưới)	\$250 sau đó là 20%	\$250 sau đó là 35%	Được bao trả đầy đủ
Các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp (Khoản khấu trừ áp dụng cho dịch vụ ngoài mạng lưới)	\$50 ✓	\$65 ✓	\$100 ✓

Bảng tiếp tục ở trang kế tiếp

Các chương trình Columbia	Columbia 1500 Gold Trong mạng lưới (Không có quyền lợi ngoài mạng lưới)	Columbia 5000 Silver Trong mạng lưới (Không có quyền lợi ngoài mạng lưới)	Columbia 8900 Bronze Trong mạng lưới (Không có quyền lợi ngoài mạng lưới)
Dịch Vụ Chẩn Đoán Ngoại Trú			
Các dịch vụ phòng xét nghiệm và chụp X-quang	20%✓	35%✓	Được bao trả đầy đủ
Các dịch vụ chụp hình công nghệ cao (như PET, CT, MRI)	20%	35%	Được bao trả đầy đủ
Sức Khỏe Tâm Thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện			
Các dịch vụ nội trú và tại cơ sở	20%	35%	Được bao trả đầy đủ
Các lần thăm khám ngoại trú với nhà cung cấp	\$30✓	\$45✓	\$70✓
Các Dịch Vụ Được Bao Trả Khác			
Phẫu thuật ngoại trú tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú	10%	25%	Được bao trả đầy đủ
Dịch vụ nắn xương (giới hạn 10 lần khám/năm dương lịch)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Châm cứu (giới hạn 12 lần khám/năm dương lịch)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Trị liệu mát-xa (giới hạn 10 lần khám/năm dương lịch)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Thuốc Kê Toa			
Bậc 1	Được bao trả đầy đủ✓	Được bao trả đầy đủ✓	Được bao trả đầy đủ✓
Bậc 2	\$10✓	\$25✓	\$35✓
Bậc 3	\$50✓	\$70✓	Được bao trả đầy đủ
Bậc 4	50%	50%	Được bao trả đầy đủ
Bậc 5	50% với tối đa \$200 mỗi toa thuốc	50% với tối đa \$200 mỗi toa thuốc	Được bao trả đầy đủ
Bậc 6	50%	50%	Được bao trả đầy đủ
Insulin Tối Đa			
Lượng thuốc dùng trong 30 ngày	\$35✓	\$35✓	\$35✓
Dịch Vụ Nhân Khoa Trẻ Em (trẻ từ 18 tuổi trở xuống)			
Khám mắt định kỳ	Được bao trả đầy đủ✓	Được bao trả đầy đủ✓	Được bao trả đầy đủ✓
Dụng cụ nhãn khoa (gọng, tròng kính, kính áp tròng); có áp dụng các giới hạn	Được bao trả đầy đủ✓	Được bao trả đầy đủ✓	Được bao trả đầy đủ✓

Quý vị có thể mua chương trình Columbia tại ProvidenceHealthPlan.com/Shop hoặc thông qua nhà phát hành bảo hiểm địa phương của mình.

✓Khoản khấu trừ được miễn cho những dịch vụ này.

Không bao gồm việc chấm dứt thai kỳ, trừ khi có mối đe dọa nghiêm trọng đến người mẹ hoặc nếu không thể duy trì sự sống của thai nhi. Providence có lý do tôn giáo phản đối việc cung cấp dịch vụ này trong những hoàn cảnh khác. Tuy nhiên, người ghi danh trong Chương Trình này có bảo hiểm cho dịch vụ chấm dứt thai kỳ không được bao trả theo Chương Trình này thông qua Chương Trình Kế Hoạch Hóa Gia Đình (Family Planning Program) của Sở Y Tế Washington (Washington Department of Health). Để biết thông tin về cách nhận các dịch vụ này, vui lòng liên hệ với đường dây dịch vụ khách hàng của Sở Y Tế qua số 1-877-501-2233. Quý vị không bắt buộc phải thông báo hay tương tác với Providence Health Plan theo bất kỳ cách nào về những dịch vụ không được bao trả đó.

Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử

Providence Health Plan và Providence Health Assurance tuân thủ các luật dân quyền Liên Bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, khuynh hướng tình dục, tôn giáo, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân hay giới tính. Providence Health Plan và Providence Health Assurance không loại trừ bất kỳ ai hay phân biệt đối xử vì chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, khuynh hướng tình dục, tôn giáo, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân hay giới tính.

Providence Health Plan và Providence Health Assurance:

Cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ miễn phí cho người khuyết tật, giúp họ giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, ví dụ như:

- Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
- Văn bản thông tin ở định dạng khác (bản in chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập được, các định dạng khác)

Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, ví dụ như:

- Phiên dịch viên đủ trình độ
- Văn bản thông tin được dịch ra những ngôn ngữ khác

Nếu cần những dịch vụ này, quý vị có thể gọi cho chúng tôi qua số **503-574-7500** hoặc **800-878-4445 (TTY: 711)**.

Nếu quý vị tin rằng Providence Health Plan và Providence Health Assurance không cung cấp những dịch vụ này hoặc có hành vi phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, khuynh hướng tình dục, tôn giáo, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân hay giới tính, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị với Điều Phối Viên Chống Phân Biệt Đối Xử qua thư:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance

Attn: Ronni Nichuals, Non-discrimination Coordinator

P.O. Box 4158

Portland, OR 97208-4158

Số điện thoại: **503-574-6236**

Fax: **503-574-8757**

Email: **Ronni.Nichuals@Providence.org**

Nếu cần hỗ trợ nộp đơn kháng nghị, hãy gọi cho chúng tôi qua số **503-574-7500** hoặc **800-878-4445 (TTY: 711)** để được hỗ trợ.

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services), Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights) bằng thư điện tử thông qua Cổng Khiếu Nại của Văn Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/orc/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư hay điện thoại tại:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Số điện thoại: **800-368-1019** hoặc **800-537-7697 (TTY)**

Các biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại <https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Các thành viên của Chương Trình Oregon có thể nộp đơn khiếu nại với Phòng Quản Lý Tài Chính (Division of Financial Regulation) qua số **888-877-4894** hoặc truy cập <https://dfr.oregon.gov/pages/index.aspx>.

Các thành viên của Chương Trình Washington có thể nộp đơn khiếu nại với Văn Phòng Ủy Viên Bảo Hiểm Washington (Washington Office of the Insurance Commissioner) bằng thư điện tử thông qua cổng Khiếu Nại của Văn Phòng Ủy Viên Bảo Hiểm tại địa chỉ <https://insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, hoặc qua số điện thoại **800-562-6900** hoặc **800-537-7697 (TTY: 711)** hoặc truy cập www.insurance.wa.gov. Các biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Thông Tin Tiếp Cận Ngôn Ngữ

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, то Вам доступны услуги бесплатной языковой поддержки. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Traditional Chinese: 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言支援服務。請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711)。

Kushite: XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. با 1-800-878-4445 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Ukrainian: УВАГА! Якщо Ви розмовляєте українською мовою, для Вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

Japanese: お知らせ：日本語での通話をご希望の場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-878-4445 (TTY: 711)まで、お電話ください。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-878-4445 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंले निम्न भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन् । 1-800-878-4445 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् ।

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunați 1-800-878-4445 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txhais lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Cambodian: កំណត់សម្គាល់: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចមានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីលោកអ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

Laotian: ເຂົນສົ່ງ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-878-4445 (TTY: 711).



Sức Khỏe Cho Tất Cả Mọi Người

Chúng tôi cam kết hợp tác chặt chẽ với các cộng đồng mà chúng tôi phục vụ, tìm hiểu về những thách thức riêng về chăm sóc sức khỏe và xây dựng những giải pháp hữu hiệu để giúp dịch vụ chăm sóc y tế dễ tiếp cận hơn và công bằng hơn.

Hỗ trợ bán hàng

800-988-0088 (TTY: 711)

8 a.m. đến 5 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), thứ Hai đến thứ Sáu.

ProvidenceHealthPlan.com/Shop



2025 Washington Application for Individual & Family Insurance

Thank you for choosing Providence Health Plan for your individual health insurance coverage.

THIS FORM IS FOR NEW ENROLLMENT ONLY. DO NOT USE THIS FORM IF:

- **You currently have an active Providence Health Plan Individual & Family insurance plan in the state of Washington. To learn how to make changes to your existing plan, please see the attached Additional Information page.**
- **You're entitled to Medicare Part A and/or enrolled in Medicare Part B. For information about Providence Medicare plans, please visit ProvidenceHealthPlan.com/Medicare.**

For assistance completing your application, please contact the Providence Health Plan Sales team at 503-574-5000 or 800-988-0088 (TTY: 711), 8 a.m. to 5 p.m. (Pacific Time), Monday through Friday. You may also contact your insurance agent/producer for assistance.

Before You Begin

Here's some important information about this form.

Everyone listed on this form will be enrolled in the same single plan. A separate application is required for any family members who want coverage on different plans.

All plans purchased using this application will expire December 31, 2025. All plans under the Affordable Care Act (ACA) are considered to be guaranteed renewable. Providence Health Plan will send you information at the end of the plan year regarding your eligibility for coverage in 2026.

Learn about different plans, compare coverage and check rates at ProvidenceHealthPlan.com.

This form does NOT cancel any active coverage you might already have. To avoid paying two premiums or having overlapping coverage, you need to cancel any currently active coverage you might have on a plan from either the Health Benefit Exchange or an employer, even if the policy is with Providence Health Plan.

Once you've completed this form, submit pages 1-8 to Providence Health Plan. If the form isn't signed, dated, fully completed, or if we need additional information, the date your coverage starts may be delayed. Your application will expire 60 days after the signature date, and we will not accept any postdated applications.

Step 1 of 5: Select Enrollment Period

Select one of the following enrollment options:

Option 1:

- I'm enrolling for new coverage during the **Open Enrollment Period (11/1/2024 - 1/15/2025)**.

Open Enrollment is your opportunity to enroll for coverage without requiring a qualifying event. For your coverage to be effective January 1, 2025, Providence Health Plan must receive your completed application no later than 12/15/2024.

Applications received between 12/16/2024 - 1/15/2025 will have coverage effective February 1, 2025. To effectuate coverage, you must submit your initial premium payment by the due date listed in Providence Health Plan's offer of coverage.

Option 2:

- I'm enrolling for new coverage during a **Special Enrollment Period (1/1/2025 - 12/31/2025)**.

You must have experienced one of the qualifying events listed below and submit your application and required documentation. Providence Health Plan must receive this completed application and required documentation **within 60 days** of the qualifying event.

Your effective date will be determined based on the type of qualifying event and the date Providence Health Plan receives your completed application, conditioned on timely receipt of your initial premium payment. Your effective date cannot be prior to the qualifying event. Please see the attached **Additional Information page** to learn more.

____ / ____ / ____
DATE OF QUALIFYING EVENT

If you're applying outside of the Open Enrollment Period you must select a qualifying event:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Involuntary loss of individual or group coverage except for failure to pay the premium | <input type="checkbox"/> Loss of coverage due to end of marriage or state registered domestic partnership |
| <input type="checkbox"/> Marriage or state registered domestic partnership* | <input type="checkbox"/> Involuntary loss of Medicaid or CHIP coverage |
| <input type="checkbox"/> Birth, adoption, placement for adoption or foster care of a child | <input type="checkbox"/> Newly eligible for a state- or federally-sponsored premium assistance program |
| <input type="checkbox"/> Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) or acquisition of legal guardianship | <input type="checkbox"/> Loss of Advance Premium Tax Credit (APTC), Cost Sharing Reductions (CSR), or cessation of employer contribution to COBRA |
| <input type="checkbox"/> Permanent move to a new Providence Health Plan service area that offers different health plan options | <input type="checkbox"/> Newly gains access to an individual coverage HRA (ICHRA) or is newly provided a qualified small employer health reimbursement arrangement (QSEHRA) |
| <input type="checkbox"/> Loss of coverage as a dependent due to age | <input type="checkbox"/> Survivor of domestic abuse/violence or spousal abandonment and wants to enroll in a health plan separate from the abuser or abandoner |

*"State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.

Step 2 of 5: Provide Member Information

Who is this application for? (Select one)

- Myself only:** You must be at least 18 years old and reside in our service area.
- Myself and my spouse/state registered domestic partner:*** Includes you and your spouse or state registered domestic partner. Both must reside in our service area.
- Myself and my children:** Includes you, your dependent children age 25 or younger, and disabled dependents. You, the Policyholder, must reside in our service area.
- Myself and my family:** Includes you, your spouse or state registered domestic partner, your dependent children age 25 or younger, and disabled dependents. Both you and your spouse/domestic partner must reside in our service area.
- My dependent(s) only:** Includes your spouse or state registered domestic partner, your dependent children age 25 or younger, and disabled dependents. The responsible parent or legal guardian is the Policyholder. All enrolled dependents must reside in our service area.

*"State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.

Applicant/Policyholder Information

The policyholder must be at least 18 years old, is financially responsible for the policy and is the person authorized to make changes to the plan.

_____	_____	_____	_____/_____/_____ DATE OF BIRTH	_____/_____/_____ MM/DD/YYYY
LAST NAME	FIRST NAME	MI	DATE OF BIRTH	MM/DD/YYYY
_____	_____	_____	_____	_____
SOCIAL SECURITY #	EMAIL ADDRESS	PHONE #		

Gender (check one) Male Female Other

How do you identify? (These fields are optional. Your response will help us to better serve all communities.)

Male Female Non-binary Transgender Male Transgender Female Decline to answer

Have you used any tobacco products in the last six months? Yes No

(Tobacco use is defined as an average of at least four times per week in the last six months, except for religious or ceremonial purposes.)

_____	_____		
PHYSICAL ADDRESS (NO P.O. BOX OR RETAIL/BUSINESS ADDRESSES)	APARTMENT/UNIT NUMBER		
_____	_____		
CITY	STATE	ZIP	COUNTY

_____	_____		
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM HOME ADDRESS)	APARTMENT/UNIT NUMBER		
_____	_____		
CITY	STATE	ZIP	COUNTY

Step 3 of 5: List Dependents

Dependent Information

Please include full, legal names. For all plans, dependent children must be age 25 or younger as of their effective date.

1 _____ /_____/_____
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

 RELATIONSHIP* SOCIAL SECURITY #

GENDER: M F Other

HOW DO YOU IDENTIFY?*** Male Female Non-binary
 Transgender Male Transgender Female Decline to answer

USES TOBACCO?** Yes No

LIVES WITH POLICYHOLDER? Yes No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

 DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

 CITY STATE ZIP COUNTY

2 _____ /_____/_____
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

 RELATIONSHIP* SOCIAL SECURITY #

GENDER: M F Other

HOW DO YOU IDENTIFY?*** Male Female Non-binary
 Transgender Male Transgender Female Decline to answer

USES TOBACCO?** Yes No

LIVES WITH POLICYHOLDER? Yes No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

 DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

 CITY STATE ZIP COUNTY

3 _____ /_____/_____
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

 RELATIONSHIP* SOCIAL SECURITY #

GENDER: M F Other

HOW DO YOU IDENTIFY?*** Male Female Non-binary
 Transgender Male Transgender Female Decline to answer

USES TOBACCO?** Yes No

LIVES WITH POLICYHOLDER? Yes No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

 DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

 CITY STATE ZIP COUNTY

*"State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.

**Tobacco use is defined as an average of a least four times per week, except for religious or ceremonial purposes.

***These fields are optional. Your response will help us to better serve all communities.

PIC-WA 0125 IND ENROLL APP PAGE 3 OF 8

Step 3 of 5: List Dependents

Dependent Information (Continued)

Please include full, legal names. For all plans, dependent children must be age 25 or younger as of their effective date. If you have additional dependents to be enrolled, please include them on a separate sheet with this enrollment application.

4 _____ /_____/_____
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

 - -

RELATIONSHIP* SOCIAL SECURITY # GENDER: M F Other

HOW DO YOU IDENTIFY?*** Male Female Non-binary
 Transgender Male Transgender Female Decline to answer

LIVES WITH POLICYHOLDER? Yes No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

 CITY STATE ZIP COUNTY

5 _____ /_____/_____
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

 - -

RELATIONSHIP* SOCIAL SECURITY # GENDER: M F Other

HOW DO YOU IDENTIFY?*** Male Female Non-binary
 Transgender Male Transgender Female Decline to answer

LIVES WITH POLICYHOLDER? Yes No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

 CITY STATE ZIP COUNTY

6 _____ /_____/_____
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

 - -

RELATIONSHIP* SOCIAL SECURITY # GENDER: M F Other

HOW DO YOU IDENTIFY?*** Male Female Non-binary
 Transgender Male Transgender Female Decline to answer

LIVES WITH POLICYHOLDER? Yes No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

 CITY STATE ZIP COUNTY

***State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.

**Tobacco use is defined as an average of a least four times per week, except for religious or ceremonial purposes.

***These fields are optional. Your response will help us to better serve all communities.

Step 4 of 5: Select a Plan

You can learn more about each of the medical plans listed below by reading their corresponding Summary of Benefits and Coverage (SBC) at [ProvidenceHealthPlan.com/SBC](https://www.providencehealthplan.com/SBC).

APPLICABLE COUNTIES	NETWORK	MEDICAL PLAN (CHECK ONE)
Benton, Clark, Franklin, Spokane, Thurston, Walla Walla	Choice	<input type="checkbox"/> Columbia 1500 Gold <input type="checkbox"/> Columbia 5000 Silver <input type="checkbox"/> Columbia 8900 Bronze

You will need to choose a Medical Home and a Primary Care Provider (PCP) after you enroll. Find a participating Providence Health Plan provider at [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/FindAProvider). To learn about Medical Homes, please see the attached [Additional Information page](#).

Step 5 of 5: Read, Sign & Submit Certification of Completion and Correctness

I affirm that the answers given in this Application for Coverage are complete and correct. I am providing these answers as part of the application procedure required by Providence Health Plan to enroll for insurance coverage.

I understand that if this application contains any intentional material misstatements or omissions, other than misstatements or omissions related to the use of tobacco products, Providence Health Plan may rescind, modify or cancel the contract, and/or take any other legal action available to it by law. I understand that misstatements or omissions related to tobacco use may result in rate modification, to the extent permissible under state and federal law. I will promptly inform Providence Health Plan in writing if anything changes before my coverage takes effect that makes this application incomplete or incorrect.

I understand and agree that no coverage shall be in force until the effective date determined by Providence Health Plan and that Providence Health Plan may contact me to clarify answers on this application.

As the applicant, I understand I have the right to inspect the information in my file. I understand that I can visit [ProvidenceHealthPlan.com](https://www.providencehealthplan.com) to educate myself about Providence Health Plan's privacy practices. I understand that I can get a copy of Providence Health Plan's Notice of Privacy Practices by going to [ProvidenceHealthPlan.com/NOPP](https://www.providencehealthplan.com/NOPP) or by calling Customer Service at 503-574-7500 or 800-878-4445 (TTY: 711).

Sign on next page →

Signature

1. I understand that this is an individual health insurance contract and I verify that neither my employer nor any third party will be paying the premium on this policy except as permitted by state or federal regulation.
2. I understand that it is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.
3. I understand that I must update my information with Providence Health Plan anytime there are changes from what I wrote on this application.
4. I verify that neither I nor any of my enrolled dependents are entitled to Medicare Part A and/or enrolled in Medicare Part B. (The federal government does not allow health plans to issue Individual coverage that duplicates coverage available through Medicare.)
5. I am the parent or legal guardian of all dependent children listed on this application.
6. I verify that the physical address I provided on this application for myself is accurate, as well as any other address provided by me for any dependents included on this application.
7. Providence Columbia plans DO NOT include pediatric dental coverage. I affirm that I will obtain pediatric dental coverage; for dependents under age 19 through a separate Marketplace-certified pediatric dental plan, and that I will notify Providence Health Plan if I do not obtain coverage. I understand that if I do not obtain pediatric dental coverage, Providence Health Plan will discontinue my or any of my enrolled dependents health benefits until reasonable assurance is obtained.
8. I understand that:
 - Providence Health Plan will send me an offer of coverage containing the terms for initial premium payment.
 - I need to pay my initial premium payment by the due date specified on my offer of coverage to effectuate my policy.
 - After my policy has been effectuated, Providence Health Plan will send me a legal contract.
9. I understand that this application does not terminate other coverage through the Health Benefit Exchange, Providence Health Plan or other carriers.

By signing, I agree to the above conditions. Policyholder signature and date required.

Signature is considered valid only if it is hand written ("wet") or e-signed.

A copy of legal guardianship or power of attorney must accompany this form if not signed by the Policyholder.

SIGNATURE OF POLICYHOLDER, LEGAL GUARDIAN OR POWER OF ATTORNEY

_____/_____/_____
DATE MM/DD/YYYY

PRINT NAME

Signed by Policyholder
Applicant for Spouse or
Domestic Partner

SIGNATURE OF SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER (IF APPLICABLE)

For Producer Use Only

I, (the producer) certify I have explained the eligibility provisions to the applicant. I have not made any statements about benefits, conditions or limitations of the contract except through written material furnished by Providence Health Plan.

I have informed the applicant that the effective date of coverage is assigned only by Providence Health Plan and provided the Washington Disclosure Information required. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded here. **All fields are required.**

PRODUCER NAME

AGENCY NAME

PRODUCER NPN

EMAIL ADDRESS

_____/_____/_____
DATE

MM/DD/YYYY

PRODUCER SIGNATURE

Submission Instructions

01 Review your completed application to make sure you didn't miss anything.

Important reminder: if your application is incomplete, lacks a signature or signature date, or if additional information is required, your effective date may be delayed. Your application will expire 60 days after the signature date, and we do not accept any postdated applications.

02 Mail pages 1-8 to: or Fax pages 1-8 to:

Providence Health Plan 503-574-8131
P.O. Box 4649
Portland, OR 97208-4649

03 What happens now?

- Providence Health Plan will send you an offer of coverage that will include the amount of your initial premium payment and when it's due.
- In order for your coverage to take effect, Providence Health Plan must receive your initial premium payment by the due date listed in our offer of coverage.
- Please save a copy of this completed application for your records.

Race/Ethnicity Questionnaire

The following questions are optional. Your responses will help us to better serve all communities.

Which of the following describes your racial or ethnic identity? Please check all that apply.

Hispanic and Latino/a/x

- Hispanic or Latino/a/x Central American
- Hispanic or Latino/a/x Mexican
- Hispanic or Latino/a/x South American
- Other Hispanic or Latino/a/x

Native Hawaiian or Pacific Islander

- Guamanian or Chamorro
- Marshallese
- Communities of the Micronesian Region
- Native Hawaiian
- Samoan
- Tongan
- Other Pacific Islander

Other

- Other
- I don't know.
- I don't want to answer.

American Indian or Alaska Native

- American Indian
- Alaska Native
- Canadian Inuit, Metis, or First Nation
- Indigenous Mexican, Central American, or South American

White

- Caucasian/White (no national affiliation)
- Eastern European/Slavic
- Western European
- Other White (African, Australian, New Zealand descent)

Middle Eastern or North African

- Middle Eastern
- North African

Black or African American

- African American
- Afro-Caribbean
- Ethiopian
- Somali
- Other African (Black)
- Afro-Latinx/Bi-racial/Other
- Other Black

Asian

- Asian Indian
- Cambodian
- Chinese
- Communities of Myanmar
- Filipino/a
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Laotian
- South Asian
- Vietnamese
- Other Asian

If you checked more than one category above, is there one you think of as your primary racial or ethnic identity?

Yes (please specify): _____

No: I do not have just one primary racial or ethnic identity.

No: I identify as Biracial or Multiracial.

N/A: I only checked one category above.

N/A: I don't know.

N/A: I don't want to answer.

What is your preferred spoken language?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Cantonese | <input type="checkbox"/> French | <input type="checkbox"/> Arabic |
| <input type="checkbox"/> Spanish | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Decline/Unknown |
| <input type="checkbox"/> Chinese - Other | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Mandarin | <input type="checkbox"/> German | <input type="checkbox"/> Korean | |

What is your preferred written language?

- | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> N/A: I don't know. |
| <input type="checkbox"/> Spanish | <input type="checkbox"/> Simplified Chinese | <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> N/A: I don't want to answer. |

Additional Information

What is a Medical Home?

When you enroll in a Columbia plan, you are required to choose a Medical Home (also known as a Primary Care Home). A Medical Home is a cooperative, patient-centered clinic made up of providers and staff who work with you to address your physical and behavioral health needs and goals. The Medical Home you choose coordinates all elements of your care across hospitals, specialists, pharmacies, home health services, and community resources to ensure greater accessibility, shorter wait times, and an integrative approach to your health.

I'm signing up during a Special Enrollment Period due to a qualifying event. When will my coverage take effect?

If the qualifying event is birth, adoption, placement for adoption or foster care of a child, or a court order, coverage will be effective from the date of the event. If you would prefer a prospective effective date, please call Membership Accounting at 503-574-5791 or 888-816-1300 (TTY: 711) for further instructions. All other qualifying events will be effective on the first day of the month following Providence Health Plan's receipt of your completed application. For further instructions and details related to a Special Enrollment Period, visit [ProvidenceHealthPlan.com/QE](https://www.providencehealthplan.com/QE).

How do I make changes to an existing plan?

If you are an active Individual & Family Plan policyholder in the state of Washington and would like to make changes to your current plan, visit [ProvidenceHealthPlan.com/Forms](https://www.providencehealthplan.com/Forms) to complete an Individual & Family Plan Change Form.

This application form is only for new enrollment in an Individual & Family plan purchased directly from Providence Health Plan. That means if you are an active member and submit this application for new enrollment, you will be enrolled in a new policy which will result in duplicate coverage and two premium payments.



Hỗ trợ bán hàng



800-988-0088 (TTY: 711)

8 a.m. đến 5 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), thứ Hai đến thứ Sáu



ProvidenceHealthPlan.com/Shop

