



 Providence  
Medicare Advantage Plans

**2025년**  
**주요**  
**혜택 내용**

**Providence Medicare Reverence (HMO-POS)**  
**Providence Medicare Focus Medical (HMO)**

Oregon주 Clackamas, Columbia, Crook, Deschutes, Hood River, Jefferson, Lane, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Wheeler, Yamhill 카운티 및 Washington주 Clark 카운티

# Providence Medicare Advantage Plans

## — 파트 C

	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)
월 보험료	\$25		\$140
	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내
의료 공제액	\$0	\$0	\$0
최대 본인 부담금	\$5,000	최대 금액 없음	\$3,800
혜택	납부 금액		납부 금액
진료실 방문 (PCP)	\$15	\$25	\$0
전문의 방문	\$30	\$50	\$20
예방 진료	\$0	30%	\$0
입원	1-6일: \$300 7-90일: \$0	30%	1-5일: \$250 6-90일: \$0
전문 간호 시설	1-20일: \$0 21-100일: \$214	30%	1-20일: \$0 21-100일: \$214
외래 환자 수술 - 외래	\$250	30%	\$200
외래 환자 수술 - 병원	\$250	30%	\$250
당뇨 관련 용품	\$0	30%	\$0
검사실	\$0	30%	\$0
X-ray	\$15	30%	\$0
진단 영상 의학	20%	30%	15%
외래 환자 진단 검사 & 시술	20%	30%	20%
카이로프랙틱	\$20/18회 방문	비보장	\$20/18회 방문
침술	\$20/18회 방문	비보장	\$20/18회 방문
자연요법	\$20/6회 방문	비보장	\$20/6회 방문
요법: PT, OT, ST	\$30	30%	\$20
가정용 의료 장비	20%	30%	20%
가정 의료	\$0	30%	\$0
원격 진료 - 1차**	\$0	해당 없음	\$0
원격 진료 - 전문의**	\$30	해당 없음	\$20
전 세계 보장	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내
긴급 진료	\$25	해당 없음	\$25
응급실*	\$125	해당 없음	\$125
구급차 - 지상 운송 없음	\$50	\$50	\$50
구급차 - 응급 지상 수송	\$275	\$275	\$275
구급차 - 항공	\$275	\$275	\$275

\*동일한 질환으로 24시간 이내에 해당 병원에 입원하는 경우 공동 부담금이 면제됩니다.

\*\*서비스에 적용되는 비용 부담금은 가입자가 지불합니다.

기타 요금 및 제한이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오. 네트워크 외/미계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고는 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 외 서비스에 적용되는 비용 부담금 등 자세한 내용은 고객 서비스 센터 번호로 전화하거나 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오.

# 2025년 선택적 추가 치과 혜택

	네트워크 내	네트워크 외*	네트워크 내	네트워크 외*
<b>혜택 포함 내용: 예방 (EOC 챕터 4 참조) 및 종합 치과 치료</b>	<b>기본</b>		<b>심화</b>	
월 보험료	\$37.50		\$53.50	
연간 공제액 <sup>1</sup>	\$50	\$150	\$50	\$150
연간 최대 금액	\$1,000/매년		\$1,500/매년	
대기 기간	없음		없음	
의료 제공자 네트워크	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
네트워크 외 환급	없음		없음	
	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내	네트워크 외
교익 X-ray <sup>2</sup>	\$0	20%	\$0	20%
파노라마 및 기타 진단용 X-ray <sup>3</sup>	\$0	20%	\$0	20%
단순 발치	50%	60%	50%	60%
기본 충전	30%	60%	30%	60%
의치	50%	60%	50%	60%
크라운 및 브릿지	50%	60%	50%	60%
구강 수술	비보장	비보장	50%	60%
근관 치료	비보장	비보장	50%	60%
치주 (딥 스케일링)	비보장	비보장	50%	60%

**\*중요 참고 사항:** 제한 및 예외 사항이 적용됩니다. 보장되는 치과 서비스의 전체 목록은 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오. 가입자는 네트워크 내 치과 서비스 제공자를 이용하는 것이 좋습니다. 네트워크 외 치과 의사는 Providence Medicare Advantage Plans 에서 허용하는 금액보다 더 많은 금액을 청구할 수 있습니다.

<sup>1</sup> 진단 및 예방 서비스에 대해 공제액 면제

<sup>2</sup> 교익 또는 치근단 X-ray - 역년당 교익 시리즈 1회 또는 필요에 따라 교익 시리즈 1회 및 치근단 (최대 10회)

<sup>3</sup> 전체 구강 및 파노라마 X-ray - 5년에 1회로 제한

네트워크 외/미계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고는 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다.

네트워크 외 서비스에 적용되는 비용 부담금 등 자세한 내용은 고객 서비스 센터 번호로 전화하거나 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오.

# 치과, 청력, 안과 진료 등

	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	Providence Medicare Focus Medical (HMO)
플렉서블 베네핏 카드 일반 의약품	\$75/3개월마다	\$75/3개월마다
예방 치과 진료	네트워크 내 \$0, 네트워크 외 20%	\$0
정기 눈 검진 (연 1회)	\$0	\$0
처방 안경 또는 콘택트렌즈*	\$250/매년	\$250/매년
정기 청력 검진 (연 1회)**	\$0	\$0
보청기 (연 2개)**	\$399-\$699	\$399-\$699
입원 환자 퇴원 후 식사 배달	14일/28회 식사	14일/28회 식사
개인 응급 대응 시스템	\$0	\$0
피트니스 센터 멤버십	\$0	\$0
화학 요법 관련 탈모용 가발	\$0	\$0

\*처방 안경 또는 콘택트렌즈의 허용 금액을 초과하는 비용은 가입자 본인이 부담해야 합니다.

\*\*반드시 TruHearing 제공자에게 서비스를 받아야 합니다. 기타 요금 및 제한이 적용될 수 있습니다.

Providence Health Assurance는 Medicare 및 Oregon Health Plan 계약을 맺은 HMO, HMO-POS 및 HMO SNP입니다.  
Providence Health Assurance 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.

## 더 자세히 알고 싶으신가요?

당사에 연락하실 방법을 알려드립니다.



정보가 필요하시거나 가입 또는 개인 예약을 원하신다면

**1-888-804-5927 (TTY: 711)**로

월요일 - 금요일 8 a.m.에서 5 p.m.까지 (태평양 표준시) 전화해 주시기를 바랍니다



더 자세한 정보 또는 가입 절차는 아래 온라인 주소에서 확인하실 수 있습니다

**TheProvidenceAdvantage.com/EnrollGuide25**