



Providence

Medicare Advantage Plans

**2025**

# Основная информация о льготах

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

**Providence Medicare Focus Medical (HMO)**

Округи Clackamas, Columbia, Crook, Deschutes, Hood River, Jefferson, Lane, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Wheeler, Yamhill в штате Oregon и округ Clark в штате Washington

# Providence Medicare Advantage Plans

## — Часть С

	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)
Ежемесячный страховой взнос	\$25		\$140
	В сети	Вне сети	В сети
Медицинская франшиза	\$0	\$0	\$0
Максимум собственных средств	\$5000	Нет максимума	\$3,800
Льготы	Вы платите		Вы платите
Посещение врача-терапевта (PCP)	\$15	\$25	\$0
Посещение специалиста	\$30	\$50	\$20
Профилактическое медицинское обслуживание	\$0	30%	\$0
Стационарное лечение	1–6 дней: \$300 7–90 дней: \$0	30%	1–5 дней: \$250 6–90 дней: \$0
Учреждение квалифицированного сестринского ухода	1–20 дней: \$0 21–100 дней: \$214	30%	1–20 дней: \$0 21–100 дней: \$214
Амбулаторные операции — Амбулатория	\$250	30%	\$200
Амбулаторные операции — Больница	\$250	30%	\$250
Диабетические препараты и товары	\$0	30%	\$0
Лабораторные исследования	\$0	30%	\$0
Рентгеновские снимки	\$15	30%	\$0
Диагностическая радиология	20%	30%	15%
Амбулаторные диагностические тесты и процедуры	20%	30%	20%
Хирургия	\$20/18 посещений	Не покрывается	\$20/18 посещений
Иглоукальвание	\$20/18 посещений	Не покрывается	\$20/18 посещений
Натуропатия	\$20/6 посещений	Не покрывается	\$20/6 посещений
Терапия: физиотерапия, реабилитационная терапия, логотерапия	\$30	30%	\$20
Медицинское оборудование длительного пользования	20%	30%	20%
Уход на дому	\$0	30%	\$0
Телемедицина — терапевт**	\$0	Неприменимо	\$0
Телемедицина — специалист**	\$30	Неприменимо	\$20
Страховое покрытие за границей	В сети	Вне сети	В сети
Неотложная помощь	\$25	Неприменимо	\$25
Отделение экстренной помощи*	\$125	Неприменимо	\$125
Услуги скорой помощи — без наземной транспортировки	\$50	\$50	\$50
Услуги скорой помощи — срочная наземная транспортировка	\$275	\$275	\$275
Услуги скорой помощи — транспортировка по воздуху	\$275	\$275	\$275

\*Доплата не взимается, если вы поступили в больницу в течение 24 часов с тем же заболеванием.

\*\*Вы будете оплачивать распределение расходов, применимых к услугам.

Могут действовать другие сборы и ограничения. Дополнительную информацию см. в Справочнике страхователя. Поставщики, не входящие в сеть или не имеющие договора, не обязаны лечить участников Плана, за исключением экстренных ситуаций. Обратитесь в нашу службу поддержки клиентов или см. Справочник страхователя для получения дополнительной информации, в том числе информации о распределении расходов на услуги, предоставляемые вне сети.

# Дополнительные варианты стоматологического покрытия в 2025 году

	В сети	Вне сети*	В сети	Вне сети*
<b>Льготы включают:</b> <b>профилактическую (см. главу 4</b> <b>Справочника страхователя</b> <b>(ЕОС)) и комплексную</b> <b>стоматологию</b>				
	<b>Базовые</b>		<b>Расширенные</b>	
Ежемесячный страховой взнос	\$37.50		\$53.50	
Ежегодная франшиза <sup>1</sup>	\$50	\$150	\$50	\$150
Годовой максимум	\$1,000/каждый год		\$1,500/каждый год	
Периоды ожидания	Нет		Нет	
Сеть поставщиков услуг	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
Компенсация за услуги вне сети	Нет		Нет	
	В сети	Вне сети	В сети	Вне сети
Прикусная рентгенограмма зубов <sup>2</sup>	\$0	20%	\$0	20%
Панорамные и другие диагностические рентгеновские снимки <sup>3</sup>	\$0	20%	\$0	20%
Простые удаления зубов	50%	60%	50%	60%
Базовые пломбы	30%	60%	30%	60%
Зубные протезы	50%	60%	50%	60%
Коронки и мосты	50%	60%	50%	60%
Челюстно-лицевая хирургия	Не покрывается	Не покрывается	50%	60%
Эндодонтия (корневые каналы)	Не покрывается	Не покрывается	50%	60%
Пародонтология (глубокая чистка)	Не покрывается	Не покрывается	50%	60%

**\*Важные примечания:** Действуют ограничения и исключения. Полный список стоматологических услуг, которые мы покрываем, см. в Справочнике страхователя (Evidence of Coverage). Участникам рекомендуется пользоваться услугами поставщика стоматологических услуг, входящего в сеть. Стоматологи, не входящие в сеть, могут брать плату больше, чем предусмотрено Providence Medicare Advantage Plans.

<sup>1</sup> На диагностические и профилактические услуги франшиза не распространяется

<sup>2</sup> Прикусная рентгенограмма или периапикальные снимки – одна серия прикуса или одна серия прикуса плюс периапикальные снимки по мере необходимости (до 10) в течение календарного года

<sup>3</sup> Панорамный рентген всего рта – не чаще одного раза в 5 лет

Поставщики услуг, не входящие в сеть/не имеющие договора, не обязаны лечить участников Плана, за исключением экстренных ситуаций.

Для получения дополнительной информации, в том числе о распределении расходов, которое применяется к услугам, не входящим в сеть, позвоните в нашу службу поддержки или обратитесь к своему Справочнику страхователя.

# Стоматология, слух, зрение и другие услуги

	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	Providence Medicare Focus Medical (HMO)
Карта гибких льгот (Flexible benefit card)		
Безрецептурные товары	\$75/каждые три месяца	\$75/каждые три месяца
Профилактические стоматологические услуги	\$0 в сети, 20% вне сети	\$0
Плановый офтальмологический осмотр (один в год)	\$0	\$0
Очки или контактные линзы* по рецепту	\$250/каждый год	\$250/каждый год
Плановая проверка слуха (один раз в год)**	\$0	\$0
Слуховые аппараты (два в год)**	\$399–\$699	\$399–\$699
Доставка питания после пребывания в стационаре	14 дней/28 порций	14 дней/28 порций
Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации	\$0	\$0
Членство в фитнес-центре	\$0	\$0
Парики при выпадении волос из-за химиотерапии	\$0	\$0

\*Вы несете ответственность за все расходы, превышающие сумму, предусмотренную для очков или контактных линз по рецепту.

\*\*Вы должны обратиться к поставщику услуг TruHearing. Могут действовать другие сборы и ограничения.

Providence Health Assurance предлагает различные виды планов медицинского страхования, включая план в рамках системы управления медицинским обслуживанием (Health Maintenance Organization, HMO), план с возможностью выбора пункта обслуживания вне сети (Health Maintenance Organization - Point of Service, HMO-POS), и план управления медицинским обслуживанием для лиц с особыми потребностями (Health Maintenance Organization - Special Needs Plan, HMO-SNP), с контрактами на предоставление услуг по программам Medicare и Oregon Health Plan.

Регистрация в плане Providence Health Assurance зависит от продления контракта.

## Хотите узнать больше?

Вот как можно с нами связаться.



Чтобы получить информацию, зарегистрироваться или назначить личную встречу, позвоните нам по номеру

**1-888-804-5927 (TTY: 711)**

с 8 а.м. до 5 р.м. (Тихоокеанское время), с понедельника по пятницу.



Если вы хотите узнать детали или зарегистрироваться онлайн, зайдите на наш сайт

**[TheProvidenceAdvantage.com/EnrollGuide25](https://TheProvidenceAdvantage.com/EnrollGuide25)**