



 **Providence**
Medicare Advantage Plans

2025 年 主要 福利

Providence Medicare Prime + Rx (HMO)
Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)
Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)
Providence Medicare Extra + Rx (HMO)

适用于 Oregon 下辖各郡: Clackamas、Multnomah、Washington、Yamhill

Providence Medicare Advantage Plans

— Part C

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	
月度保费 (含处方药保险)	\$0	\$29	
	网络内	网络内	网络外
医疗保险免赔额	\$0	\$0	\$0
自付额上限	\$5,000	\$6,500	无上限
福利	费用自付	费用自付	
问诊 (初级保健医生 (Primary Care Physician, PCP))	\$0	\$0	\$25
专家问诊	\$35	\$30	\$50
预防性护理	\$0	\$0	30%
住院治疗	1-4 天:\$450 5-90 天:\$0	1-6 天:\$325 7-90 天:\$0	30%
专业护理机构	1-20 天:\$0 21-100 天:\$214	1-20 天:\$0 21-100 天:\$214	30%
门诊手术 - 门诊	\$250	\$250	30%
门诊手术 - 医院	\$450	\$375	30%
糖尿病用品	\$0	\$0	30%
实验室	\$0	\$0	30%
X 光	\$15	\$10	30%
放射诊断	20%	20%	30%
门诊诊断检查和程序	20%	20%	30%
脊椎按摩	\$20/18 次	\$20/18 次	未承保
针灸	\$20/18 次	\$20/18 次	未承保
自然疗法	\$20/6 次	\$20/6 次	未承保
治疗: 物理治疗 (Physical Therapy, PT)、职业治疗 (Occupational Therapy, OT)、语言治疗 (Speech Therapy, ST)	\$35	\$30	30%
耐用医疗设备	20%	20%	30%
居家护理	\$0	\$0	30%
远程医疗 - 初级护理**	\$0	\$0	不适用
远程医疗 - 专业护理**	\$35	\$30	不适用
全球承保	网络内	网络内	网络外
紧急护理	\$25	\$30	不适用
急诊室*	\$125	\$125	不适用
救护车 - 地面 (未运送至医疗设施)	\$50	\$50	\$50
救护车 - 地面紧急运送	\$275	\$275	\$275
救护车 - 空中运送	\$275	\$275	\$275

*如果您因相同病情在 24 小时内住院, 则免除共付额。

**您需支付相应服务的分摊费用。

可能适用其他费用和限制。有关详细信息, 请参阅承保范围说明书。网络外/未签约的提供者没有义务为本保险计划的会员提供治疗, 紧急情况除外。请致电客户服务热线或查看承保范围说明书, 以获取更多信息, 包括适用于网络外服务的费用分摊政策。

Providence Medicare Advantage Plans

— Part C

	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
月度保费 (含处方药保险)	\$82		\$161
	网络内	网络外	网络内
医疗保险免赔额	\$0	\$0	\$0
自付额上限	\$5,000	无上限	\$4,000
福利	费用自付		费用自付
问诊 (初级保健医生 (Primary Care Physician, PCP))	\$15	\$25	\$0
专家问诊	\$30	\$50	\$20
预防性护理	\$0	20%	\$0
住院治疗	1-6 天:\$300 7-90 天:\$0	20%	1-5 天:\$250 6-90 天:\$0
专业护理机构	1-20 天:\$0 21-100 天:\$214	20%	1-20 天:\$0 21-100 天:\$214
门诊手术 - 门诊	\$250	20%	\$100
门诊手术 - 医院	\$350	20%	\$150
糖尿病用品	\$0	20%	\$0
实验室	\$0	20%	\$0
X 光	\$15	20%	\$0
放射诊断	20%	20%	15%
门诊诊断检查和程序	20%	20%	20%
脊椎按摩	未承保	未承保	未承保
针灸	未承保	未承保	未承保
自然疗法	未承保	未承保	未承保
治疗: 物理治疗 (Physical Therapy, PT)、职业治疗 (Occupational Therapy, OT)、语言治疗 (Speech Therapy, ST)	\$30	20%	\$20
耐用医疗设备	20%	20%	20%
居家护理	\$0	20%	\$0
远程医疗 - 初级护理**	\$0	不适用	\$0
远程医疗 - 专业护理**	\$30	不适用	\$20
全球承保	网络内	网络外	网络内
紧急护理	\$25	不适用	\$25
急诊室*	\$125	不适用	\$125
救护车 - 地面 (未运送至医疗设施)	\$50	\$50	\$50
救护车 - 地面紧急运送	\$275	\$275	\$275
救护车 - 空中运送	\$275	\$275	\$275

*如果您因相同病情在 24 小时内住院, 则免除共付额。

**您需支付相应服务的分摊费用。

可能适用其他费用和限制。有关详细信息, 请参阅承保范围说明书。网络外/未签约的提供者没有义务为本保险计划的会员提供治疗, 紧急情况除外。请致电客户服务热线或查看承保范围说明书, 以获取更多信息, 包括适用于网络外服务的费用分摊政策。

药店承保范围 – Part D

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)		Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	
年度免赔额	\$250 (免除第 1 和第 2 级)		\$0		\$0		\$0	
Part D 胰岛素	\$35		\$35		\$35		\$35	
	30 天	100 天	30 天	100 天	30 天	100 天	30 天	100 天
首选仿制药	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购
仿制药	\$10 \$0 邮购	\$30 \$0 邮购	\$10 \$0 邮购	\$30 \$0 邮购	\$10 \$0 邮购	\$30 \$0 邮购	\$10 \$0 邮购	\$30 \$0 邮购
首选品牌药	\$40	\$120	\$40	\$120	\$40	\$120	\$40	\$120
非首选药物	\$100	\$300	\$100	\$300	\$100	\$240	\$90	\$180
特药	30%	不适用	33%	不适用	33%	不适用	33%	不适用

可通过邮购从网络内的药房获得长达 100 天的维持药物供应, 直接邮寄到家。所列共付额仅适用于网络内的首选药房; 其他药房的共付额可能更高。

对于所有 Part D 胰岛素制品, 月费用不超过 \$35。对于免疫接种实践咨询委员会 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 推荐的所有 Part D 疫苗, 您无需承担分摊费用。药品目录和药房网络可能随时更改。必要时您将收到通知。

第 1 阶段:处方药免赔额	第 2 阶段:初始保障	第 3 阶段:灾难性保障
此阶段仅适用于含有 Part D 免赔额的计划。您将停留在此阶段, 直到您达到 Part D 针对第 3、4 和 5 级药物规定的免赔额。	您将停留在此阶段, 自费用达到 \$2,000 之后, 您将进入第 3 阶段。	在此阶段, 您不需要支付任何 Part D 承保药物的费用。

牙科、听力、视力等

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
灵活福利卡 (Flexible Benefit Card)				
非处方药品	\$110/三个月	\$65/三个月	\$30/三个月	\$160/三个月
预防性牙科服务	\$0	网络内 \$0， 网络外 20%	网络内 \$0， 网络外 20%	\$0
常规眼科检查 (每年一次)	\$0	\$0	\$0	\$0
处方眼镜或 隐形眼镜*	\$250/年	\$250/年	\$250/年	\$250/年
常规听力检查(每年一 次)**	\$0	\$0	\$0	\$0
助听器 (每年两只)**	\$699-\$999	\$699-\$999	\$699-\$999	\$699-\$999
出院后的餐食配送	14 天/28 餐	14 天/28 餐	14 天/28 餐	14 天/28 餐
个人应急系统	\$0	\$0	\$0	\$0
健身中心会员资格	\$0	\$0	\$0	\$0
假发(适用于因化疗导 致脱发的情况)	\$0	\$0	\$0	\$0
非紧急医疗交通 (单程)	不适用	不适用	不适用	24 次/年

*在购买处方眼镜或隐形眼镜时,超出津贴的费用须自行承担。

**须前往 TruHearing 提供者处接受服务。可能适用其他费用和限制。

Providence Health Assurance 与 Medicare 和 Oregon Health Plan 签订合约,提供 HMO、HMO - POS 和 HMO SNP 保险计划。

Providence Health Assurance 保险计划的可用性取决于合约是否续签。

2025 年附加牙科福利(可选)

	网络内	网络外*	网络内	网络外*
福利包括:预防服务(参见承保范围说明书第 4 章)和综合牙科	基础版		增强版	
月度保费	\$37.50		\$53.50	
年度免赔额 ¹	\$50	\$150	\$50	\$150
年度最高限额	\$1,000/年		\$1,500/年	
等待期	无		无	
提供者网络	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
网络外报销	无		无	
	网络内	网络外	网络内	网络外
咬翼 X 光片 ²	\$0	20%	\$0	20%
全景及其他诊断性 X 光片 ³	\$0	20%	\$0	20%
简单拔牙	50%	60%	50%	60%
基础填充	30%	60%	30%	60%
假牙	50%	60%	50%	60%
牙冠和牙桥	50%	60%	50%	60%
口腔外科	未承保	未承保	50%	60%
牙髓治疗(根管治疗)	未承保	未承保	50%	60%
牙周治疗(深度清洁)	未承保	未承保	50%	60%

***重要说明:**适用限制和排除条款。请参考承保范围说明书以获取完整的牙科服务承保清单。鼓励会员前往网络内的牙科服务提供者处使用保险。网络外牙医收取的费用可能超过 Providence Medicare Advantage Plans 的保赔上限。

¹ 诊断性和预防性服务无免赔额
² 咬翼或根尖 X 光片——每年一次咬翼或咬翼加根尖 X 光(最多 10 张)
³ 全口和全景X光片——限每 5 年一次

网络外/未签约的提供者没有义务为本保险计划的会员提供治疗,紧急情况除外。
请致电客户服务热线或查看承保范围说明书,以获取更多信息,包括适用网络外服务的费用分摊政策。





想了解更多信息吗？

以下是我们的联系方式。



如需获取信息、办理保险计划或预约个人会面，请致电

1-833-874-0782 (听障用户：711)

8 a.m. 至 5 p.m., 星期一至星期五 (太平洋时间)



请访问下方网站，获取更多信息或办理保险计划

TheProvidenceAdvantage.com/SA1EnrollGuide

