



 **Providence**
Medicare Advantage Plans

2025년
주요
혜택 내용

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

Oregon주 Clackamas, Multnomah, Washington, Yamhill 카운티

Providence Medicare Advantage Plans

— 파트 C

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	
처방 의약품 보장 포함 월 보험료	\$0	\$29	
	네트워크 내	네트워크 내	네트워크 외
의료 공제액	\$0	\$0	\$0
최대 본인 부담금	\$5,000	\$6,500	최대 금액 없음
혜택	납부 금액	납부 금액	
진료실 방문 (PCP)	\$0	\$0	\$25
전문의 방문	\$35	\$30	\$50
예방 진료	\$0	\$0	30%
입원	1-4일: \$450 5-90일: \$0	1-6일: \$325 7-90일: \$0	30%
전문 간호 시설	1-20일: \$0 21-100일: \$214	1-20일: \$0 21-100일: \$214	30%
외래 환자 수술 - 외래	\$250	\$250	30%
외래 환자 수술 - 병원	\$450	\$375	30%
당뇨 관련 용품	\$0	\$0	30%
검사실	\$0	\$0	30%
X-ray	\$15	\$10	30%
진단 영상 의학	20%	20%	30%
외래 환자 진단 검사 & 시술	20%	20%	30%
카이로프랙틱	\$20/18회 방문	\$20/18회 방문	비보장
침술	\$20/18회 방문	\$20/18회 방문	비보장
자연요법	\$20/6회 방문	\$20/6회 방문	비보장
요법: PT, OT, ST	\$35	\$30	30%
가정용 의료 장비	20%	20%	30%
가정 의료	\$0	\$0	30%
원격 진료 - 1차**	\$0	\$0	해당 없음
원격 진료 - 전문의**	\$35	\$30	해당 없음
전 세계 보장	네트워크 내	네트워크 내	네트워크 외
긴급 진료	\$25	\$30	해당 없음
응급실*	\$125	\$125	해당 없음
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 분담금은 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 분담금 등 자세한 내용은 고객 서비스 센터 번호로 전화하거나 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오.

Providence Medicare Advantage Plans

— 파트 C

	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
처방 의약품 보장 포함 월 보험료	\$82		\$161
	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내
의료 공제액	\$0	\$0	\$0
최대 본인 부담금	\$5,000	최대 금액 없음	\$4,000
혜택	납부 금액		납부 금액
진료실 방문 (PCP)	\$15	\$25	\$0
전문의 방문	\$30	\$50	\$20
예방 진료	\$0	20%	\$0
입원	1-6일: \$300 7-90일: \$0	20%	1-5일: \$250 6-90일: \$0
전문 간호 시설	1-20일: \$0 21-100일: \$214	20%	1-20일: \$0 21-100일: \$214
외래 환자 수술 - 외래	\$250	20%	\$100
외래 환자 수술 - 병원	\$350	20%	\$150
당뇨 관련 용품	\$0	20%	\$0
검사실	\$0	20%	\$0
X-ray	\$15	20%	\$0
진단 영상 의학	20%	20%	15%
외래 환자 진단 검사 & 시술	20%	20%	20%
카이로프랙틱	비보장	비보장	비보장
침술	비보장	비보장	비보장
자연요법	비보장	비보장	비보장
요법: PT, OT, ST	\$30	20%	\$20
가정용 의료 장비	20%	20%	20%
가정 의료	\$0	20%	\$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.

약국 보장 – 파트 D

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)		Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	
연간 공제액	\$250 (1단계 및 2단계는 면제)		\$0		\$0		\$0	
파트 D 인슐린	\$35		\$35		\$35		\$35	
	30일	100일	30일	100일	30일	100일	30일	100일
선호 제네릭	\$0 \$0 통신 판매	\$0 \$0 통신 판매	\$0 \$0 통신 판매	\$0 \$0 통신 판매	\$0 \$0 통신 판매	\$0 \$0 통신 판매	\$0 \$0 통신 판매	\$0 \$0 통신 판매
제네릭	\$10 \$0 통신 판매	\$30 \$0 통신 판매	\$10 \$0 통신 판매	\$30 \$0 통신 판매	\$10 \$0 통신 판매	\$30 \$0 통신 판매	\$10 \$0 통신 판매	\$30 \$0 통신 판매
선호 브랜드	\$40	\$120	\$40	\$120	\$40	\$120	\$40	\$120
비선호 의약품	\$100	\$300	\$100	\$300	\$100	\$240	\$90	\$180
전문 의약품	30%	해당 없음	33%	해당 없음	33%	해당 없음	33%	해당 없음

유지 의약품을 통신 판매로 주문하면 네트워크 내 통신 판매 약국에서 최대 100일 분량을 바로 배송받을 수 있습니다. 나열된 공동 부담금은 선호 네트워크 약국에만 해당되며 다른 약국의 공동 부담금은 더 비쌀 수 있습니다.

모든 파트 D 인슐린 제품에 대해 월 \$35 이하의 금액을 지불하게 됩니다. ACIP 권장 파트 D 백신은 모두 비용 부담금이 없습니다. 처방집 및 약국 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요에 따라 알림을 보내드립니다.

1단계: 처방 의약품 공제액	2단계: 초기 보장	3단계: 재해 보장
이 단계는 파트 D 공제액이 있는 플랜에만 적용됩니다. 3단계, 4단계 및 5단계 의약품에 대한 파트 D 공제액을 충족할 때까지 이 단계를 유지합니다.	본인 부담금이 \$2,000에 도달할 때까지 이 단계를 유지한 다음 3단계로 이동합니다.	이 단계에서는 보장되는 파트 D 의약품에 대해 가입자 본인이 지불하는 금액이 없습니다.

치과, 청력, 안과 진료 등

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
플렉서블 베네핏 카드				
일반 의약품	\$110/3개월마다	\$65/3개월마다	\$30/3개월마다	\$160/3개월마다
예방 치과 진료	\$0	네트워크 내 \$0, 네트워크 외 20%	네트워크 내 \$0, 네트워크 외 20%	\$0
정기 눈 검진 (연 1회)	\$0	\$0	\$0	\$0
처방 안경 또는 콘택트렌즈*	\$250/매년	\$250/매년	\$250/매년	\$250/매년
정기 청력 검진 (연 1회)**	\$0	\$0	\$0	\$0
보청기 (연 2개)**	\$699-\$999	\$699-\$999	\$699-\$999	\$699-\$999
입원 환자 퇴원 후 식사 배달	14일/28회 식사	14일/28회 식사	14일/28회 식사	14일/28회 식사
개인 응급 대응 시스템	\$0	\$0	\$0	\$0
피트니스 센터 멤버십	\$0	\$0	\$0	\$0
화학 요법 관련 탈모용 가발	\$0	\$0	\$0	\$0
비용급 의료용 교통수단 (편도)	해당 없음	해당 없음	해당 없음	24/매년

*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.

2025년 선택적 추가 치과 혜택

	네트워크 내		네트워크 외*	
혜택 포함 내용: 예방 (EOC 챕터 4 참조) 및 종합 치과 치료	기본		심화	
월 보험료	\$37.50		\$53.50	
연간 공제액 ¹	\$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 ²	\$0	20%	\$0	20%
파노라마 및 기타 진단용 X-ray ³	\$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.

¹ 진단 및 예방 서비스에 대해 공제액 면제
² 교익 또는 치근단 X-ray - 역년당 교익 시리즈 1회 또는 필요에 따라 교익 시리즈 1회 및 치근단 (최대 10회)
³ 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.





더 자세히 알고 싶으신가요?

당사에 연락하실 방법을 알려드립니다.



정보가 필요하시거나 가입 또는 개인 예약을 원하신다면

1-833-874-0782 (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/SA1EnrollGuide

