



 **Providence**
Medicare Advantage Plans

2025

Основная информация о льготах

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

Округи Clackamas, Multnomah, Washington, Yamhill в штате Oregon

Providence Medicare Advantage Plans

— Часть C

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	
Ежемесячный страховой взнос с покрытием рецептурных лекарств	\$0	\$29	
	В сети	В сети	Вне сети
Медицинская франшиза	\$0	\$0	\$0
Максимум собственных средств	\$5,000	\$6,500	Нет максимума
Льготы	Вы платите	Вы платите	
Посещение врача-терапевта (PCP)	\$0	\$0	\$25
Посещение специалиста	\$35	\$30	\$50
Профилактическое медицинское обслуживание	\$0	\$0	30%
Стационарное лечение	1–4 дня: \$450 5–90 дней: \$0	1–6 дней: \$325 7–90 дней: \$0	30%
Учреждение квалифицированного сестринского ухода	1–20 дней: \$0 21–100 дней: \$214	1–20 дней: \$0 21–100 дней: \$214	30%
Амбулаторные операции — Амбулатория	\$250	\$250	30%
Амбулаторные операции — Больница	\$450	\$375	30%
Диабетические препараты и товары	\$0	\$0	30%
Лабораторные исследования	\$0	\$0	30%
Рентгеновские снимки	\$15	\$10	30%
Диагностическая радиология	20%	20%	30%
Амбулаторные диагностические тесты и процедуры	20%	20%	30%
Хирургия	\$20/18 посещений	\$20/18 посещений	Не покрывается
Иглоукалывание	\$20/18 посещений	\$20/18 посещений	Не покрывается
Натуропатия	\$20/6 посещений	\$20/6 посещений	Не покрывается
Терапия: физиотерапия, реабилитационная терапия, логотерапия	\$35	\$30	30%
Медицинское оборудование длительного пользования	20%	20%	30%
Уход на дому	\$0	\$0	30%
Телемедицина — терапевт**	\$0	\$0	Неприменимо
Телемедицина — специалист**	\$35	\$30	Неприменимо
Страховое покрытие за границей	В сети	В сети	Вне сети
Неотложная помощь	\$25	\$30	Неприменимо
Отделение экстренной помощи*	\$125	\$125	Неприменимо
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.

Providence Medicare Advantage Plans

— Часть C

	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
Ежемесячный страховой взнос с покрытием рецептурных лекарств	\$82		\$161
	В сети	Вне сети	В сети
Медицинская франшиза	\$0	\$0	\$0
Максимум собственных средств	\$5,000	Нет максимума	\$4,000
Льготы	Вы платите		Вы платите
Посещение врача-терапевта (PCP)	\$15	\$25	\$0
Посещение специалиста	\$30	\$50	\$20
Профилактическое медицинское обслуживание	\$0	20%	\$0
Стационарное лечение	1–6 дней: \$300 7–90 дней: \$0	20%	1–5 дней: \$250 6–90 дней: \$0
Учреждение квалифицированного сестринского ухода	1–20 дней: \$0 21–100 дней: \$214	20%	1–20 дней: \$0 21–100 дней: \$214
Амбулаторные операции — Амбулатория	\$250	20%	\$100
Амбулаторные операции — Больница	\$350	20%	\$150
Диабетические препараты и товары	\$0	20%	\$0
Лабораторные исследования	\$0	20%	\$0
Рентгеновские снимки	\$15	20%	\$0
Диагностическая радиология	20%	20%	15%
Амбулаторные диагностические тесты и процедуры	20%	20%	20%
Хирургия	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается
Иглоукалывание	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается
Натуропатия	Не покрывается	Не покрывается	Не покрывается
Терапия: физиотерапия, реабилитационная терапия, логотерапия	\$30	20%	\$20
Медицинское оборудование длительного пользования	20%	20%	20%
Уход на дому	\$0	20%	\$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.

Покрытие лекарств – Часть D

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)		Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	
Ежегодная франшиза	\$250 (отменяется для уровней 1 и 2)		\$0		\$0		\$0	
Часть D Инсулин	\$35		\$35		\$35		\$35	
	30 дней	100 дней	30 дней	100 дней	30 дней	100 дней	30 дней	100 дней
Приоритетный дженерик	\$0 \$0 заказ по почте	\$0 \$0 заказ по почте	\$0 \$0 заказ по почте	\$0 \$0 заказ по почте	\$0 \$0 заказ по почте	\$0 \$0 заказ по почте	\$0 \$0 заказ по почте	\$0 \$0 заказ по почте
Дженерик	\$10 \$0 заказ по почте	\$30 \$0 заказ по почте	\$10 \$0 заказ по почте	\$30 \$0 заказ по почте	\$10 \$0 заказ по почте	\$30 \$0 заказ по почте	\$10 \$0 заказ по почте	\$30 \$0 заказ по почте
Приоритетный оригинальный препарат	\$40	\$120	\$40	\$120	\$40	\$120	\$40	\$120
Не приоритетные препараты	\$100	\$300	\$100	\$300	\$100	\$240	\$90	\$180
Специальные лекарства	30%	Неприменимо	33%	Неприменимо	33%	Неприменимо	33%	Неприменимо

Заказывайте по почте поддерживающие препараты, получайте запас на период до 100 дней прямо к себе домой из нашей сети аптек с доставкой по почте. Указанные доплаты относятся только к аптекам Приоритетной сети; в других аптеках доплаты могут быть больше.

За все препараты инсулина, входящие в Часть D, вы будете платить не более \$35 в месяц. Вы не будете нести распределенные расходы за все рекомендованные Консультативным комитетом по иммунизации (ACIP) вакцины по Части D. Формулярный список и аптечная сеть могут быть изменены в любое время. При необходимости вы получите уведомление.

Этап 1: Франшиза на рецептурные препараты	Этап 2: Первоначальное покрытие	Этап 3: Катастрофическое покрытие
Этот этап относится только к планам с франшизой Части D. Вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока не выплатите франшизу Части D за ваши лекарства Уровней 3, 4 и 5.	Вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока ваши собственные расходы не достигнут \$2000, после чего вы переходите на Этап 3.	На этом этапе вы ничего не платите за лекарства, покрываемые Частью D.

Стоматология, слух, зрение и другие услуги

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
Карта гибких льгот (Flexible benefit card)				
Безрецептурные товары	\$110/каждые три месяца	\$65/каждые три месяца	\$30/каждые три месяца	\$160/каждые три месяца
Профилактические стоматологические услуги	\$0	\$0 в сети, 20% вне сети	\$0 в сети, 20% вне сети	\$0
Плановый офтальмологический осмотр (один в год)	\$0	\$0	\$0	\$0
Очки или контактные линзы* по рецепту	\$250/каждый год	\$250/каждый год	\$250/каждый год	\$250/каждый год
Плановая проверка слуха (одна в год)**	\$0	\$0	\$0	\$0
Слуховые аппараты (два в год)**	\$699–\$999	\$699–\$999	\$699–\$999	\$699–\$999
Доставка питания после пребывания в стационаре	14 дней/28 порций	14 дней/28 порций	14 дней/28 порций	14 дней/28 порций
Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации	\$0	\$0	\$0	\$0
Членство в фитнес-центре	\$0	\$0	\$0	\$0
Парики при выпадении волос из-за химиотерапии	\$0	\$0	\$0	\$0
Несрочная медицинская транспортировка (в одну сторону)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	24/каждый год

*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 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 Providence Health Assurance зависит от продления контракта.

Дополнительные варианты стоматологического покрытия в 2025 году

	В сети		Вне сети*	
Льготы включают: профилактическую (см. главу 4 Справочника страхователя (ЕОС)) и комплексную стоматологию	Базовые		Расширенные	
	Ежемесячный страховой взнос		\$37.50	
	Ежегодная франшиза ¹		\$50 \$150	
	Годовой максимум		\$1,000/каждый год	
	Периоды ожидания		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 ²	\$0	20%	\$0	20%
Панорамные и другие диагностические рентгеновские снимки ³	\$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.

¹ На диагностические и профилактические услуги франшиза не распространяется

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

³ 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.





Хотите узнать больше?

Вот как можно с нами связаться.



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

1-833-874-0782 (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/SA1EnrollGuide

