Providence
Medicare Advantage Plans

# 2025년 주요 혜택 내용

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

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

# Providence Medicare Advantage Plans

## — 파트 C

| | Providence Medicare Timber + 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 | $6,000 | $6,500 | 최대 금액 없음 |
| **혜택** | **납부 금액** | **납부 금액** | |
| 진료실 방문 (PCP) | $0 | $0 | $25 |
| 전문의 방문 | $40 | $30 | $50 |
| 예방 진료 | $0 | $0 | 30% |
| 입원 | 1-4일: $450<br>5-90일: $0 | 1-6일: $325<br>7-90일: $0 | 30% |
| 전문 간호 시설 | 1-20일: $0<br>21-100일: $214 | 1-20일: $0<br>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 | $40 | $30 | 30% |
| 가정용 의료 장비 | 20% | 20% | 30% |
| 가정 의료 | $0 | $0 | 30% |
| 원격 진료 - 1차** | $0 | $0 | 해당 없음 |
| 원격 진료 - 전문의** | $40 | $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<br>7-90일: $0 | 20% | 1-5일: $250<br>6-90일: $0 |
| 전문 간호 시설 | 1-20일: $0<br>21-100일: $214 | 20% | 1-20일: $0<br>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 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.

# 약국 보장 – 파트 D

| | Providence Medicare Timber + 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 분담금이 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 Timber + Rx (HMO) | Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS) | Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS) | Providence Medicare Extra + Rx (HMO) |
|---|---|---|---|---|
| 플렉서블 베네핏 카드<br>플렉스 덴탈<br>일반 의약품 | $225/매년<br>$80/3개월마다 | 해당 없음<br>$65/3개월마다 | 해당 없음<br>$30/3개월마다 | 해당 없음<br>$160/3개월마다 |
| 예방 치과 진료 | $0 | 네트워크 내 $0,<br>네트워크 외 20% | 네트워크 내 $0,<br>네트워크 외 20% | $0 |
| 정기 눈 검진<br>(연 1회) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| 처방 안경 또는<br>콘택트렌즈* | $250/매년 | $250/매년 | $250/매년 | $250/매년 |
| 정기 청력 검진<br>(연 1회)** | $0 | $0 | $0 | $0 |
| 보청기<br>(연 2개)** | $699-$999 | $699-$999 | $699-$999 | $699-$999 |
| 입원 환자 퇴원 후 식사<br>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<br>가발 | $0 | $0 | $0 | $0 |
| 비응급 의료용 교통수단<br>(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* | 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 분담금 등 자세한 내용은 고객 서비스 센터 번호로 전화하거나 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오.

Providence
Medicare Advantage Plans

# 더 자세히 알고 싶으신가요?

## 당사에 연락하실 방법을 알려드립니다.

정보가 필요하시거나 가입 또는 개인 예약을 원하신다면

**1-855-210-1586 (TTY: 711)**으로

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/SA2EnrollGuide**

H9047_2025MK_PHA1284_M MDC-165V_KO