



 Providence
Medicare Advantage Plans

2025 年
主要福利

Providence Medicare Extra + Rx (HMO)

适用于 Oregon 下辖各郡: Benton 和 Linn

Medicare 内容不易理解。

但请别担心，我们会为您提供帮助。

无论您的医疗需求是什么，Providence 都能提供适合您的 Medicare Advantage 计划，为您提供全面保障。请浏览您所在地区的计划方案，如有任何疑问，请随时联系我们。Providence Medicare Advantage 专家随时可以为您提供帮助。

是否有疑问？

我们将随时为您提供支持。

如有需要，请拨打 **1-833-513-2122 (听障用户：711)**，营业时间为 8 a.m. 至 5 p.m.，星期一至星期五（太平洋时间）



Providence Medicare Advantage Plans

— Part C

	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
月度保费 (含处方药保险)	\$161
	网络内
医疗保险免赔额	\$0
自付额上限	\$4,000
福利	费用自付
问诊 (初级保健医生 (Primary Care Physician, PCP))	\$0
专家问诊	\$20
预防性护理	\$0
住院治疗	1-5 天: \$250 6-90 天: \$0
专业护理机构	1-20 天: \$0 21-100 天: \$214
门诊手术 - 门诊	\$100
门诊手术 - 医院	\$150
糖尿病用品	\$0
实验室	\$0
X 光	\$0
放射诊断	15%
门诊诊断检查和程序	20%
治疗: 物理治疗 (Physical Therapy, PT)、职业治疗 (Occupational Therapy, OT)、语言治疗 (Speech Therapy, ST)	\$20
耐用医疗设备	20%
居家护理	\$0
远程医疗 - 初级护理**	\$0
远程医疗 - 专业护理**	\$20
全球承保	网络内
紧急护理	\$25
急诊室*	\$125
救护车 - 地面 (未运送至医疗设施)	\$50
救护车 - 地面紧急运送	\$275
救护车 - 空中运送	\$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 Extra + Rx (HMO)		
年度免赔额	\$0	
Part D 胰岛素	\$35	
	30 天	100 天
首选仿制药	\$0 \$0 邮购	\$0 \$0 邮购
仿制药	\$10 \$0 邮购	\$30 \$0 邮购
首选品牌药	\$40	\$120
非首选药物	\$90	\$180
特药	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, 月付费用不超过 \$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。处方药目录和药房网络可能随时变更。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, 自付费用达到 \$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 Extra + Rx (HMO)
灵活福利卡 (Flexible Benefit Card)	
非处方药品	\$160/三个月
预防性牙科服务	\$0
常规眼科检查 (每年一次)	\$0
处方眼镜或隐形眼镜*	\$250/年
常规听力检查 (每年一次) **	\$0
助听器 (每年两只) **	\$699-\$999
出院后的餐食配送	14 天/28 餐
个人应急系统	\$0
健身中心会员资格	\$0
假发 (适用于因化疗导致脱发的情况)	\$0
非紧急医疗运输 (单程)	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*	
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

1-833-513-2122 (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/SA3EnrollGuide

