



 **Providence**
Medicare Advantage Plans

2025년 주요 혜택 내용

Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Washington주 Benton, Franklin, Snohomish, Spokane, Walla Walla 카운티

신뢰할 수 있는 의료 제공자와 치료 협력사

 Providence

|  KADLEC

|  SWEDISH

Medicare는 복잡할 수 있습니다.

곁에서 혼란이 없도록 도와드리겠습니다.

필요한 의료 서비스가 무엇이든, Providence는 Medicare Advantage 플랜으로 보장을 제공합니다. 거주 지역의 플랜 옵션을 살펴보고 궁금한 점이 있으면 언제든지 전화로 문의하시기 바랍니다. Providence Medicare Advantage 전문가가 언제든지 도움을 드리겠습니다.

질문이 있으신가요?

항상 저희가 옆에서 지원하겠습니다.

1-888-804-5193 (TTY: 711)으로
전화해 주시기를 바랍니다. 운영 시간은 월요일 - 금요일
8 a.m.에서 5 p.m.까지 (태평양 표준시)입니다.



Providence Medicare Advantage Plans

— 파트 C

	Providence Medicare Pine + Rx (HMO)	Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)	
처방 의약품 보장 포함	\$0	\$37	
월 보험료	\$16	해당 없음	
파트 B 바이다운***			
	네트워크 내	네트워크 내	네트워크 외
의료 공제액	\$0	\$0	\$0
최대 본인 부담금	\$6,000	\$5,500	최대 금액 없음
혜택	납부 금액	납부 금액	
진료실 방문 (PCP)	\$0	\$0	\$25
전문의 방문	\$45	\$35	\$50
예방 진료	\$0	\$0	30%
입원	1-4일: \$395 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	\$310	\$290	30%
당뇨 관련 용품	\$0	\$0	30%
검사실	\$0	\$0	30%
X-ray	\$0	\$0	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	\$35	30%
가정용 의료 장비	20%	20%	30%
가정 의료	\$0	\$0	30%
원격 진료 - 1차**	\$0	\$0	해당 없음
원격 진료 - 전문의**	\$45	\$35	해당 없음
전 세계 보장	네트워크 내	네트워크 내	네트워크 외
긴급 진료	\$25	\$25	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 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.

***Medicare 파트 B 보험료 감면이라고도 하는 Medicare 파트 B 바이다운은 파트 B 월 보험료를 \$16 할인해 주는 혜택입니다. Providence Medicare Advantage Plans 은 사회보장국 (Social Security Administration, SSA)에 직접 지불합니다. 사회 보장 급여를 통해 파트 B 의료 보험료를 납부하는 경우, 월 사회 보장 수당이 \$16 증가합니다. 파트 B 보험료를 Medicare에 직접 납부하는 경우 월 보험료 납부액이 \$16 감소합니다.

약국 보장

— 파트 D

	Providence Medicare Pine + Rx (HMO)		Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)	
연간 공제액	\$195 (1단계 및 2단계는 면제)		\$0	
파트 D 인슐린	\$35		\$35	
	30일	100일	30일	100일
선호 제네릭	\$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
선호 브랜드	\$40	\$120	\$40	\$120
비선호 의약품	\$100	\$300	\$100	\$300
전문 의약품	30%	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	2단계	3단계
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 Pine + Rx (HMO)	Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)
플렉서블 베네핏 카드 일반 의약품 플렉스 덴탈	\$105/3개월마다 \$400/매년	\$70/3개월마다 \$875/매년
예방 치과 진료	\$0	네트워크 내 \$0, 네트워크 외 20%
정기 눈 검진 (연 1회)	\$0	\$0
처방 안경 또는 콘택트렌즈*	\$250/매년	\$250/매년
정기 청력 검진 (연 1회)**	\$0	\$0
보청기 (연 2개)**	\$699-\$999	\$699-\$999
입원 환자 퇴원 후 식사 배달	14일/28회 식사	14일/28회 식사
개인 응급 대응 시스템	\$0	\$0
피트니스 센터 멤버십	\$0	\$0
화학 요법 관련 탈모용 가발	\$0	\$0

*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. 당사 네트워크의 다른 의료 제공자도 이용할 수 있습니다.

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%
크라उन 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

1-888-804-5193 (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/SA4EnrollGuide

