Providence
Medicare Advantage Plans

2025

Основная информация о льготах

Providence Medicare Pine + Rx (HMO)
Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Округи Benton, Franklin, Snohomish, Spokane, Walla Walla в штате Washington

Партнеры с поставщиками медицинских услуг, которым вы доверяете

Providence | KADLEC | SWEDISH

Система Medicare может показаться сложной и запутанной.

Мы постараемся помочь вам во всем разобраться.

Какими бы ни были ваши потребности в медицинском обслуживании, Providence предлагает план Medicare Advantage, который обеспечит вас всем необходимым. Изучите варианты планов в вашем регионе и свяжитесь с нами, если у вас возникнут вопросы. Специалисты Providence Medicare Advantage с радостью проконсультируют вас.

Есть вопросы?

Мы всегда готовы помочь.

Позвоните нам по номеру 1-888-804-5193 (TTY: 711), с 8 a.m. до 5 p.m. (Тихоокеанское время), с понедельника по пятницу.

Providence Medicare Advantage Plans

— Часть C

	Providence Medicare Pine + Rx (HMO)	Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)	
Ежемесячный страховой взнос с покрытием рецептурных лекарств	$0	$37	
Выкуп Часть B* **	$16	Неприменимо	
	В сети	**В сети**	**Вне сети**
Медицинская франшиза	$0	$0	$0
Максимум собственных средств	$6,000	$5,500	Нет максимума
Льготы	**Вы платите**	**Вы платите**	
Посещение врача-терапевта (PCP)	$0	$0	$25
Посещение специалиста	$45	$35	$50
Профилактическое медицинское обслуживание	$0	$0	30%
Стационарное лечение	1–4 дня: $395 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	$310	$290	30%
Диабетические препараты и товары	$0	$0	30%
Лабораторные исследования	$0	$0	30%
Рентгеновские снимки	$0	$0	30%
Диагностическая радиология	20%	20%	30%
Амбулаторные диагностические тесты и процедуры	20%	20%	30%
Хиропрактика	$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	$40	$35	30%
Медицинское оборудование длительного пользования	20%	20%	30%
Уход на дому	$0	$0	30%
Телемедицина — терапевт**	$0	$0	Неприменимо
Телемедицина — специалист**	$45	$35	Неприменимо
Страховое покрытие за границей	**В сети**	**В сети**	**Вне сети**
Неотложная помощь	$25	$25	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.

***Выкуп Части B Medicare, также известный как снижение страхового взноса за Часть B, – это льгота, которая снизит ваш ежемесячный страховой взнос за Часть B на $16. Providence Medicare Advantage Plans будет напрямую платить Службе социального обеспечения (SSA). Если вы оплачиваете медицинский страховой взнос за Часть B из своего пособия от Службы социального обеспечения, ваш ежемесячный чек от Службы социального обеспечения увеличится на $16. Если вы платите страховой взнос за Часть B напрямую в Medicare, ваш ежемесячный платеж по страховому взносу будет уменьшен на $16.

Покрытие лекарств

— Часть D

	Providence Medicare Pine + Rx (HMO)		Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)	
Ежегодная франшиза	$195 (отменяется для уровней 1 и 2)		$0	
Часть D Инсулин	$35		$35	
	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
Дженерик	$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
Не приоритетные препараты	$100	$300	$100	$300
Специальные лекарства	30%	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 Части D. Формулярный список и аптечная сеть могут быть изменены в любое время. При необходимости вы получите уведомление.

Этап 1	Этап 2	Этап 3
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 Pine + Rx (HMO)	Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)
Карта гибких льгот (Flexible benefit card) **Безрецептурные товары** **Flex Dental**	 $105/каждые три месяца $400/каждый год	 $70/каждые три месяца $875/каждый год
Профилактические стоматологические услуги	$0	$0 в сети, 20% вне сети
Плановый офтальмологический осмотр (один в год)	$0	$0
Очки **или контактные линзы* по рецепту**	$250/каждый год	$250/каждый год
Плановая проверка слуха (одна в год)**	$0	$0
Слуховые аппараты (два в год)**	$699–$999	$699–$999
Доставка питания после пребывания в стационаре	14 дней/28 порций	14 дней/28 порций
Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации	$0	$0
Членство в фитнес-центре	$0	$0
Парики при выпадении волос из-за химиотерапии	$0	$0

*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 системы 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 плане Providence Health Assurance зависит от продления контракта. В нашей сети есть и другие поставщики медицинских услуг.

Дополнительные варианты стоматологического покрытия в 2025 году

	В сети	Вне сети*	В сети	Вне сети*
Льготы включают: профилактическую (см. главу 4 Справочника страхователя (EOC)) и комплексную стоматологию	**Базовые**		**Расширенные**	
Ежемесячный страховой взнос	$37.50		$53.50	
Ежегодная франшиза[1]	$50	$150	$50	$150
Годовой максимум	$1,000/каждый год		$1,500/каждый год	
Периоды ожидания	Нет		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.

Providence
Medicare Advantage Plans

Хотите узнать больше?

Вот как можно с нами связаться.

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

1-888-804-5193 (TTY: 711)

с 8 a.m. до 5 p.m. (Тихоокеанское время), с понедельника по пятницу.

Если вы хотите узнать детали или зарегистрироваться онлайн, зайдите на наш сайт

TheProvidenceAdvantage.com/SA4EnrollGuide

В нашей сети есть и другие поставщики медицинских услуг.

H9047_2025MK_PHA955_M MDC-254M_RU