

A photograph of an elderly couple walking on a sandy beach. The man, on the left, is wearing a red button-down shirt and has his arm around the woman. The woman, on the right, has grey hair and is wearing a blue and white striped shirt. They are both smiling and looking towards the camera. In the background, there are cliffs and some buildings on a hillside.

 Providence
Medicare Advantage Plans

2025 年
主要
福利

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

California 州 Orange 郡

我们将与您信赖的提供者合作，提供高质量的护理服务

 Providence
Mission | St. Joseph | St. Jude

Providence Medicare Advantage Plans

— Part C

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)
月度保费 (含处方药保险)	\$0
	网络内
医疗保险免赔额	\$0
自付额上限	\$400
福利	费用自付
问诊 (初级保健医生 (Primary Care Physician, PCP))	\$0
专家问诊	\$0
预防性护理	\$0
住院治疗	\$0
专业护理机构	1-20 天:\$0 21-100 天:\$50
门诊手术 - 门诊	\$0
门诊手术 - 医院	\$0
糖尿病用品	\$0
实验室	\$0
X 光	\$0
放射诊断	\$0
门诊诊断检查和程序	\$0
脊椎按摩	\$0/24 次
针灸	\$0/24 次
自然疗法	\$0/20 次
治疗:物理治疗 (Physical Therapy, PT)、职业治疗 (Occupational Therapy, OT)、语言治疗 (Speech Therapy, ST)	\$0
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**	\$0
全球承保	费用自付
紧急护理	\$0
急诊室*	\$125
救护车 - 地面 (未运送至医疗设施)	\$100
救护车 - 地面紧急运送	\$100
救护车 - 空中运送	\$100

*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 Sycamore + 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
仿制药	\$0	\$0
首选品牌药	\$40	\$120
非首选药物	\$100	\$300
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 Sycamore + Rx (HMO)
灵活福利卡 (Flexible Benefit Card)	
非处方药品	\$190/三个月
灵活牙科福利卡 (Flex Dental)	\$2,700/年
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) **	\$399-\$699
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)	60 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。



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

1-888-804-5194 (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/OC

