



 **Providence**  
Medicare Advantage Plans

**2026**

# 福利亮点

**Providence Medicare Prime + Rx (HMO)**  
**Providence Medicare Extra + Rx (HMO)**  
**Providence Medicare Focus Medical (HMO)**  
**Providence Medicare Reverence (HMO-POS)**

俄勒冈州的 Multnomah 县、Washington 县、Yamhill 县

# Providence Medicare Advantage Plans

## - C 部分

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
含处方药承保的月保费	\$0	\$161
	<b>网络内</b>	<b>网络内</b>
医疗免赔额	\$0	\$0
最高自付额	\$6,750	\$4,200
<b>福利</b>	<b>您支付</b>	<b>您支付</b>
医生门诊 (初级保健医生)	\$0	\$0
专科医生	\$35	\$20
预防性保健	\$0	\$0
住院治疗	1-4 天:\$450 5-90 天:\$0	1-5 天:\$250 6-90 天:\$0
专业护理设施	1-20 天:\$0 21-100 天:\$218	1-20 天:\$0 21-100 天:\$218
门诊手术 - 非住院	\$250	\$100
门诊手术 - 住院	\$450	\$150
糖尿病用品	\$0	\$0
实验室	\$0	\$0
X 光	\$15	\$0
诊断性放射检查	20%, 最高 \$250	15%, 最高 \$250
门诊诊断检测及程序	20%	20%
治疗: 物理治疗 (PT)、职能治疗 (OT)、言语治疗 (ST)	\$35	\$20
耐用医疗设备	20%	20%
家庭保健	\$0	\$0
远程保健 - 初级**	\$0	\$0
远程保健 - 专科医生**	\$35	\$20
<b>全球范围承保</b>	<b>网络内</b>	<b>网络内</b>
紧急护理	\$25	\$25
急诊室*	\$130	\$130
地面救护车 - 未转运	\$50	\$50
地面救护车 - 紧急转运	\$275	\$275
空中救护车	\$275	\$275

\*如果您在 24 小时内因同一病症入院, 则可免交个人付费。

\*\*您需支付适用于这些服务的费用分担部分。

可能还存在其他费用及限制。更多信息请参阅《承保范围说明书》。除紧急情况外, 网络外/非签约提供者没有义务为计划会员提供治疗。请致电我们的客户服务部或参阅您的《承保范围说明书》, 了解更多信息, 包括适用于网络外服务的费用分摊。

# Providence Medicare Advantage Plans

## - C 部分

	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)
月保费	\$25		\$120
	网络内	网络外	网络内
医疗免赔额	\$0	\$0	\$0
最高自付额	\$6,750	无最高限额	\$4,200
福利	您支付		您支付
医生门诊 (初级保健医生)	\$15	50%	\$0
专科医生	\$30	50%	\$20
预防性保健	\$0	50%	\$0
住院治疗	1-6 天: \$300 7-90 天: \$0	50%	1-5 天: \$250 6-90 天: \$0
专业护理设施	1-20 天: \$0 21-100 天: \$218	50%	1-20 天: \$0 21-100 天: \$218
门诊手术 - 非住院	\$250	50%	\$200
门诊手术 - 住院	\$250	50%	\$250
糖尿病用品	\$0	50%	\$0
实验室	\$0	50%	\$0
X 光	\$15	50%	\$0
诊断性放射检查	20%, 最高 \$250	50%	15%, 最高 \$250
门诊诊断检测及程序	20%	50%	20%
治疗: 物理治疗 (PT)、职能治疗 (OT)、言语治疗 (ST)	\$30	50%	\$20
耐用医疗设备	20%	50%	20%
家庭保健	\$0	50%	\$0
远程保健 - 初级**	\$15	50%	\$0
远程保健 - 专科医生**	\$30	50%	\$20
全球范围承保	网络内	网络外	网络内
紧急护理	\$25		\$25
急诊室*	\$130		\$130
地面救护车 - 未转运	\$50	\$50	\$50
地面救护车 - 紧急转运	\$275	\$275	\$275
空中救护车	\$275	\$275	\$275

\*如果您在 24 小时内因同一病症入院, 则可免交个人付费。

\*\*您需支付适用于这些服务的费用分担部分。

可能还存在其他费用及限制。更多信息请参阅《承保范围说明书》。除紧急情况外, 网络外/非签约提供者没有义务为计划会员提供治疗。请致电我们的客户服务部或参阅您的《承保范围说明书》, 了解更多信息, 包括适用于网络外服务的费用分摊。

# 处方药承保 - D 部分

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)		Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)	
年度免赔额	\$250 (第 1 级和第 2 级豁免)		\$0		不适用		不适用	
D 部分胰岛素	\$35		\$35		不适用		不适用	
	30 天	100 天	30 天	100 天	30 天	100 天	30 天	100 天
首选非专利药	\$0	\$0	\$0	\$0	不适用	不适用	不适用	不适用
非专利药	\$10 \$0 邮购	\$30 \$0 邮购	\$10 \$0 邮购	\$30 \$0 邮购	不适用	不适用	不适用	不适用
首选品牌药物	\$47 \$40 邮购	\$141 \$120 邮购	\$40	\$120	不适用	不适用	不适用	不适用
非首选药物	\$100	\$300	\$90	\$270	不适用	不适用	不适用	不适用
特殊药物	30%	不适用	33%	不适用	不适用	不适用	不适用	不适用

通过邮购获得维持用药,我们的网络内邮购药房可直接为您提供长达 100 天的用药量。所列的共付额仅适用于首选网络药房;其他药房的共付额可能更高。

对于所有 D 部分胰岛素产品,您每月支付的费用不超过 35 美元。对于 ACIP 推荐的所有 D 部分成人疫苗,您无需分担费用。处方集和药房网络可随时变更。必要时,您将收到通知。

Reverence 和 Focus 计划不包括 D 部分处方药保险。如果您没有可抵扣的处方药保险(如退伍军人保险),且延迟加入 D 部分,则最终加入时可能会产生延迟加入罚款。

阶段 1: 处方药免赔额	阶段 2: 初始承保	阶段 3: 重大疾病保险
此阶段仅适用于有 D 部分自付额的计划。在您达到 D 部分品牌、非首选和专科第 3、4 和 5,您一直处于此阶段。	在您的自付费用达到 2,100 美元之前,您一直处于此阶段,然后您将进入第 3 阶段。	在此阶段,您无需支付承保的 D 部分药物费用。

# 牙科、听力、视力及更多福利

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	Providence Medicare Reversion (HMO-POS)	Providence Medicare Focus Medical (HMO)
	您支付	您支付	您支付	您支付
牙科预防	\$0	\$0	网络内 \$0, 网络外 20%	\$0
常规眼科检查 (每年一次)	\$0	\$0	\$0	\$0
常规听力检查 (每年一次)**	\$0	\$0	\$0	\$0
助听器 (每年两次)**	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999
个人紧急呼叫系统	\$0	\$0	\$0	\$0
健身中心会员资格	不包括	\$0	\$0	\$0
因化疗导致脱发所需的假发	\$0	\$0	\$0	\$0
	您能够获得	您能够获得	您能够获得	您能够获得
灵活福利卡 非处方项目	不适用	\$240/每六个月	\$100/每六个月	\$100/每六个月
处方眼镜或 隐形眼镜*	\$100/每年	\$150/每年	\$250/每年	\$250/每年
住院后餐食配送服务	不适用	14 天/28 餐	14 天/28 餐	14 天/28 餐

\*超过处方眼镜或隐形眼镜津贴的费用由您承担。

\*\*您必须向 TruHearing 提供者咨询。可能还存在其他费用及限制。每年最多两个助听器 (每只耳朵一个), 标准型每个助听器共付额为 \$499, 高级型每个助听器共付额为 \$699, 特级型每个助听器共付额为 \$999。

Providence Health Assurance 是一家健康维护组织 (HMO)、有服务点选项的健康维护组织 (HMO-POS) 和健康维护组织特殊需求计划 (HMO SNP) 机构, 与 Medicare 和俄勒冈健康计划 (Oregon Health Plan) 签有合约。Providence Health Assurance 的投保取决于合约续约情况。

# 2026 可选补充牙科福利

	网络内	网络外*	网络内	网络外*
<b>福利包括 预防性牙科(参见 EOC 第 4 章)及全面牙科</b>	<b>基本型</b>		<b>增强型</b>	
月保费	\$39		\$56	
每年免赔额 <sup>1</sup>	\$50	\$150	\$50	\$150
年度最高限额	\$1,000/每年		\$1,500/每年	
等待期	无		无	
医疗服务提供者网络	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
咬翼片 X 光 <sup>2</sup>	\$0	20%	\$0	20%
全景及其他 诊断性 X 光 <sup>3</sup>	\$0	20%	\$0	20%
简单拔牙	50%	60%	50%	60%
基础补牙	30%	60%	30%	60%
义齿	50%	60%	50%	60%
牙冠和牙桥	50%	60%	50%	60%
口腔手术	不包括	不包括	50%	60%
牙髓治疗(根管治疗)	不包括	不包括	50%	60%
牙周病(深度清洁)	不包括	不包括	50%	60%

**\*重要说明:**存在限制条件及除外责任。有关承保牙科服务的完整清单,请参阅您的《承保范围说明书》。我们鼓励会员使用网络内的牙科提供者。网络外牙医的收费可能高于 Providence Medicare Advantage Plans 允许的金额。

<sup>1</sup> 诊断和预防服务可免除自付额。

<sup>2</sup> 咬翼或根尖 X 光检查 - 每个日历年一次咬翼系列或一次根尖系列,必要时加上根尖 X 光(最多 10 次)。

<sup>3</sup> 全口和全景 X 光 - 限每 5 年一次。

除紧急情况外,网络外/非签约提供者没有义务为计划会员提供治疗。

请致电我们的客户服务部或参阅您的《承保范围说明书》,了解更多信息,包括适用于网络外服务的费用分摊。





## 想了解更多信息？ 以下是我们的联系方式。



获取更多信息、注册新账号或进行个人预约，请拨打我们的电话：

**1-833-874-0782 (TTY: 711)**

上午 8 点到下午 5 点（太平洋时间）周一至周五



了解更多信息或注册新账号，请访问我们的网站：

**[TheProvidenceAdvantage.com/EnrollGuide26](https://TheProvidenceAdvantage.com/EnrollGuide26)**

