



 **Providence**  
Medicare Advantage Plans

**2026 г.**

# Основные преимущества

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

Округа Клакамас, Малтнома, Вашингтон и Ямхилл штата Орегон

# Планы Providence Medicare Advantage

## — Часть С

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
Ежемесячный страховой взнос с покрытием расходов на рецептурные препараты	0 долл.	161 долл.
	<b>Внутри сети</b>	<b>Внутри сети</b>
Медицинская франшиза	0 долл.	0 долл.
Максимальная сумма расходов, покрываемых за свой счет	6 750 долл.	4 200 долл.
<b>Льготы</b>	<b>Вы оплачиваете</b>	<b>Вы оплачиваете</b>
Визит к врачу (ППМУ)	0 долл.	0 долл.
Визит к специалисту	35 долл.	20 долл.
Профилактическая медицинская помощь	0 долл.	0 долл.
Стационарная больница	1—4 дня: 450 долл. 5—90 дней: 0 долл.	1—5 дней: 250 долл. 6—90 дней: 0 долл.
Учреждение квалифицированного сестринского ухода	1—20 дней: 0 долл. 21—100 дней: 218 долл.	1—20 дней: 0 долл. 21—100 дней: 218 долл.
Амбулаторная хирургия — в амбулатории	250 долл.	100 долл.
Амбулаторная хирургия — в больнице	450 долл.	150 долл.
Товары для диабетиков	0 долл.	0 долл.
Лабораторные исследования	0 долл.	0 долл.
Рентген-обследования	15 долл.	0 долл.
Диагностическая радиология	20 % до 250 долл.	15 % до 250 долл.
Амбулаторные диагностические тесты и процедуры	20 %	20 %
Терапия: физиотерапия, реабилитационная терапия, логопедия	35 долл.	20 долл.
Медицинское оборудование длительного пользования	20 %	20 %
Медицинское обслуживание на дому	0 долл.	0 долл.
Телемедицина — первичная**	0 долл.	0 долл.
Телемедицина — визит к специалисту**	35 долл.	20 долл.
<b>Покрытие по всему миру</b>	<b>Внутри сети</b>	<b>Внутри сети</b>
Неотложная помощь	25 долл.	25 долл.
Отделение неотложной помощи*	130 долл.	130 долл.
Скорая помощь — без наземной транспортировки	50 долл.	50 долл.
Скорая помощь — наземный транспорт для экстренных случаев	275 долл.	275 долл.
Скорая помощь — воздушная транспортировка	275 долл.	275 долл.

\*Доплата не взимается, если вы поступаете в больницу в течение 24 часов с тем же заболеванием.

\*\*Вы будете оплачивать долю расходов, применимую к данным услугам.

Могут применяться другие платежи и ограничения. Дополнительная информация содержится в «Подтверждении страхового покрытия». Поставщики, не входящие в сеть / не заключившие контракт, не обязаны предоставлять участникам плана медицинские услуги, за исключением неотложной помощи. Для получения дополнительной информации, в частности, о распределении затрат на услуги внесетевых поставщиков, позвоните в нашу службу поддержки клиентов или обратитесь к своему справочнику страхователя.

# Планы Providence Medicare Advantage

## — Часть С

	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)
Ежемесячный страховой взнос	25 долл.		120 долл.
	Внутри сети	Вне сети	Внутри сети
Медицинская франшиза	0 долл.	0 долл.	0 долл.
Максимальная сумма расходов, покрываемых за свой счет	6 750 долл.	Без максимума	4 200 долл.
Льготы	Вы оплачиваете		Вы оплачиваете
Визит к врачу (ППМУ)	15 долл.	50 %	0 долл.
Визит к специалисту	30 долл.	50 %	20 долл.
Профилактическая медицинская помощь	0 долл.	50 %	0 долл.
Стационарная больница	1—6 дней: 300 долл. 7—90 дней: 0 долл.	50 %	1—5 дней: 250 долл. 6—90 дней: 0 долл.
Учреждение квалифицированного сестринского ухода	1—20 дней: 0 долл. 21—100 дней: 218 долл.	50 %	1—20 дней: 0 долл. 21—100 дней: 218 долл.
Амбулаторная хирургия — в амбулатории	250 долл.	50 %	200 долл.
Амбулаторная хирургия — в больнице	250 долл.	50 %	250 долл.
Товары для диабетиков	0 долл.	50 %	0 долл.
Лабораторные исследования	0 долл.	50 %	0 долл.
Рентген-обследования	15 долл.	50 %	0 долл.
Диагностическая радиология	20 % до 250 долл.	50 %	15 % до 250 долл.
Амбулаторные диагностические тесты и процедуры	20 %	50 %	20 %
Терапия: физиотерапия, реабилитационная терапия, логопедия	30 долл.	50 %	20 долл.
Медицинское оборудование длительного пользования	20 %	50 %	20 %
Медицинское обслуживание на дому	0 долл.	50 %	0 долл.
Телемедицина — первичная**	15 долл.	50 %	0 долл.
Телемедицина — визит к специалисту**	30 долл.	50 %	20 долл.
Покрытие по всему миру	Внутри сети	Вне сети	Внутри сети
Неотложная помощь	25 долл.		25 долл.
Отделение неотложной помощи*	130 долл.		130 долл.
Скорая помощь — без наземной транспортировки	50 долл.	50 долл.	50 долл.
Скорая помощь — наземный транспорт для экстренных случаев	275 долл.	275 долл.	275 долл.
Скорая помощь — воздушная транспортировка	275 долл.	275 долл.	275 долл.

\*Доплата не взимается, если вы поступаете в больницу в течение 24 часов с тем же заболеванием.

\*\*Вы будете оплачивать долю расходов, применимую к данным услугам.

Могут применяться другие платежи и ограничения. Дополнительная информация содержится в «Подтверждении страхового покрытия». Поставщики, не входящие в сеть / не заключившие контракт, не обязаны предоставлять участникам плана медицинские услуги, за исключением неотложной помощи. Для получения дополнительной информации, в частности, о распределении затрат на услуги внесетевых поставщиков, позвоните в нашу службу поддержки клиентов или обратитесь к своему справочнику страхователя.

# Покрытие расходов на лекарства – Часть D

	Providence Medicare Prime + Rx (HMO)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)		Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)	
Ежегодная франшиза	250 долл. (не взимается на уровнях 1 и 2)		0 долл.		Н/П		Н/П	
Часть D, инсулин	35 долл.		35 долл.		Н/П		Н/П	
	30 дней	100 дней	30 дней	100 дней	30 дней	100 дней	30 дней	100 дней
Предпочтительный дженерик	0 долл.	0 долл.	0 долл.	0 долл.	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Дженерики	10 долл. 0 долл., заказ по почте	30 долл. 0 долл., заказ по почте	10 долл. 0 долл., заказ по почте	30 долл. 0 долл., заказ по почте	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Предпочтительная торговая марка	47 долл. 40 долл., заказ по почте	141 долл. 120 долл., заказ по почте	40 долл.	120 долл.	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Непредпочтительные препараты	100 долл.	300 долл.	90 долл.	270 долл.	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П
Специальные препараты	30 %	Н/П	33 %	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П	Н/П

Заказывайте лекарства для постоянного лечения по почте, и вы получите запас на 100 дней с доставкой прямо к вам из наших сетевых аптек, работающих по почте. Перечисленные доплаты относятся только к аптекам предпочтительной сети; доплаты в других аптеках могут быть выше.

За все инсулиновые препараты Части D вы будете платить не более 35 долл. в месяц. За все рекомендованные ACIP вакцины для взрослых, включенные в Часть D, вы не будете нести никаких расходов. Формуляр лекарственных средств и аптечная сеть могут быть изменены в любое время. При необходимости вы получите уведомление.

Планы Reverence и Focus не включают покрытие рецептурных препаратов Части D. Если у вас нет надежного страхового покрытия рецептурных препаратов, например VA, и вы задерживаете регистрацию в Части D, вы можете подвергнуться штрафу за регистрацию с опозданием, когда в конечном итоге регистрируетесь.

Этап 1. Франшиза на рецептурные препараты	Этап 2. Первоначальное покрытие	Этап 3. Покрытие на случай катастрофы
Этот этап применим только к планам с франшизой Части D. Вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока не достигнете суммы франшизы по Части D для вашей торговой марки, непредпочтительных и специальных препаратов уровней 3, 4 и 5.	Вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока ваши расходы не достигнут 2 100 долларов, после чего переходите к этапу 3.	На этом этапе вы ничего не платите за покрываемые Частью D препараты.

# Стоматологические услуги, слух, зрение и многое другое

	<b>Providence Medicare Prime + Rx (HMO)</b>	<b>Providence Medicare Extra + Rx (HMO)</b>	<b>Providence Medicare Reverence (HMO-POS)</b>	<b>Providence Medicare Focus Medical (HMO)</b>
	<b>Вы оплачиваете</b>	<b>Вы оплачиваете</b>	<b>Вы оплачиваете</b>	<b>Вы оплачиваете</b>
Профилактические стоматологические услуги	0 долл.	0 долл.	0 долл. в сети, 20 % вне сети	0 долл.
Плановый осмотр глаз (один раз в год)	0 долл.	0 долл.	0 долл.	0 долл.
Плановая проверка слуха (один раз в год)**	0 долл.	0 долл.	0 долл.	0 долл.
Слуховые аппараты (два на год)**	499 долл. / 699 долл. / 999 долл.	499 долл. / 699 долл. / 999 долл.	499 долл. / 699 долл. / 999 долл.	499 долл. / 699 долл. / 999 долл.
Персональная система экстренных вызовов	0 долл.	0 долл.	0 долл.	0 долл.
Членство в фитнес-центре	Не покрывается	0 долл.	0 долл.	0 долл.
Парики при выпадении волос в результате химиотерапии	0 долл.	0 долл.	0 долл.	0 долл.
	<b>Вы получаете</b>	<b>Вы получаете</b>	<b>Вы получаете</b>	<b>Вы получаете</b>
Карта Flexible Benefit Card Безрецептурные средства	Н/П	240 долл. / каждые шесть месяцев	100 долл. / каждые шесть месяцев	100 долл. / каждые шесть месяцев
Очки или контактные линзы по рецепту*	100 долл. / ежегодно	150 долл. / ежегодно	250 долл. / ежегодно	250 долл. / ежегодно
Доставка еды после пребывания в стационаре	Н/П	14 дней / 28 приемов пищи	14 дней / 28 приемов пищи	14 дней / 28 приемов пищи

\*Вы несете расходы, превышающие размер компенсации за рецептурные очки или контактные линзы.

\*\*Вам необходимо обратиться к поставщику услуг TruHearing. Могут применяться другие платежи и ограничения. До двух слуховых аппаратов в год (по одному на каждое ухо) с доплатой в размере 499 долл. за аппарат для плана Standard, 699 долл. за аппарат для плана Advanced или 999 долл. за аппарат для плана Premium.

Программа страхования Providence Health Assurance — это сочетание планов HMO, HMO-POS и HMO SNP со страховыми контрактами Medicare и Oregon Health Plan. Регистрация в плане Providence Health Assurance возможна только после продления договора.

# Дополнительные стоматологические льготы по выбору на 2026 год

	Внутри сети	Вне сети*	Внутри сети	Вне сети*
<b>К льготам относятся: профилактические (см. главу 4 «Подтверждения страхового покрытия») и комплексные стоматологические услуги</b>	<b>Базовые</b>		<b>Улучшенные</b>	
Ежемесячный страховой взнос	39 долл.		56 долл.	
Ежегодная франшиза <sup>1</sup>	50 долл.	150 долл.	50 долл.	150 долл.
Ежегодный максимум	1 000 долл. / ежегодно		1 500 долл. / ежегодно	
Периоды ожидания	Нет		Нет	
Сеть поставщика	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
Компенсация вне сети	Нет		Нет	
	Внутри сети	Вне сети	Внутри сети	Вне сети
Прикусная рентгенограмма зубов <sup>2</sup>	0 долл.	20 %	0 долл.	20 %
Панорамные и другие диагностические рентгенограммы <sup>3</sup>	0 долл.	20 %	0 долл.	20 %
Простые удаления	50 %	60 %	50 %	60 %
Базовые пломбы	30 %	60 %	30 %	60 %
Зубные протезы	50 %	60 %	50 %	60 %
Коронки и мосты	50 %	60 %	50 %	60 %
Хирургия ротовой полости	Не покрывается	Не покрывается	50 %	60 %
Эндодонтия (корневые каналы)	Не покрывается	Не покрывается	50 %	60 %
Периодонтия (глубокая чистка)	Не покрывается	Не покрывается	50 %	60 %

\* **Важные примечания.** Действуют исключения и ограничения. Полный список стоматологических услуг, покрываемых страховкой, см. в документе «Подтверждение страхового покрытия». Участникам рекомендуется обращаться к стоматологам, входящим в сеть. Стоматологи вне сети могут взимать плату, которая превышает разрешенную в планах Providence Medicare Advantage.

<sup>1</sup> Франшизы не применяются к диагностическим и профилактическим услугам.

<sup>2</sup> Прикусные или периапикальные рентгенограммы зубов — одна серия прикусных или одна серия прикусных плюс периапикальных, если необходимо (до 10), в течение календарного года.

<sup>3</sup> Полноротовые и панорамные рентгенограммы — не чаще одного раза в 5 лет.

Поставщики, не входящие в сеть / не заключившие контракт, не обязаны предоставлять участникам плана медицинские услуги, за исключением неотложной помощи. Для получения дополнительной информации, в частности, о распределении затрат на услуги внесетевых поставщиков, позвоните в нашу службу поддержки клиентов или обратитесь к своему справочнику страхователя.





## Хотите узнать больше? Вот наша контактная информация.



Чтобы проконсультироваться, зарегистрироваться или назначить встречу,  
звоните по номеру

**1-833-874-0782 (телетайп: 711)**

с 08:00 до 17:00 (по тихоокеанскому времени), с понедельника по пятницу



Чтобы узнать больше или подать заявку на регистрацию, посетите веб-страницу

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

