

A photograph of a middle-aged couple smiling and laughing together in a vineyard. The woman is in the foreground, wearing a light blue denim jacket with embroidery and a necklace with a butterfly pendant. The man is behind her, wearing a blue and white plaid shirt over a white t-shirt. They are both looking towards the right. The background shows green grapevines and a bright, sunny sky.

 Providence  
Medicare Advantage Plans

2026

# 혜택 하이라이트

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

Oregon의 Lane and Hood River 카운티와 Washington주의 Clark 카운티

# Providence Medicare Advantage Plans

## – 파트 C

	Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)
월 보험료 처방약 보장 포함	\$0	\$161
	<b>네트워크 내</b>	<b>네트워크 내</b>
의료 공제	\$0	\$0
본인 부담 최대치	\$6,750	\$4,200
<b>혜택사항</b>	<b>지불금액:</b>	<b>지불금액:</b>
병원 방문 (PCP)	\$0	\$0
전문가 방문	\$40	\$20
예방 관리	\$0	\$0
입원 병원	1-4일: \$450 5-90일: \$0	1-5일: \$250 6-90일: \$0
숙련된 요양 시설	1-20일: \$0 21-100일: \$218	1-20일: \$0 21-100일: \$218
외래 수술 - 이동성	\$250	\$100
외래 수술 - 병원	\$450	\$150
당뇨병 응급 실험실	\$0	\$0
엑스레이	\$15	\$0
진단 방사선학	20% 최대 \$250	최대 \$250까지 15% 할인
외래 진단 검사 및 절차	20%	20%
치료: 직업, 신체 및 언어 치료	\$40	\$20
내구성이 뛰어난 의료 장비	20%	20%
가정 보건	\$0	\$0
원격 의료 - 기본**	\$0	\$0
원격 의료 - 전문가**	\$40	\$20
<b>전 세계 보장범위</b>	<b>네트워크 내</b>	<b>네트워크 내</b>
긴급 치료	\$25	\$25
응급실*	\$130	\$130
구급차 - 지상 교통 금지	\$50	\$50
구급차 - 지상 응급 운송	\$275	\$275
구급차 - 항공편	\$275	\$275

\*동일한 상태로 24시간 이내에 병원에 입원하는 경우 본인 부담금이 면제됩니다.

\*\* 귀하는 서비스에 적용되는 공유비용을 지불해야 합니다.

다른 요금 및 한도가 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 증빙 자료를 참조하시기 바랍니다. 네트워크 외/비계약 제공자는 비상 상황을 제외하고 플랜 회원을 대우할 의무가 없습니다. 네트워크 외부 서비스에 적용되는 비용 분담을 포함한 자세한 정보는 고객 서비스 번호로 전화하시거나 보장 증빙 자료를 참조하시기 바랍니다.

# Providence Medicare Advantage Plans

## – 파트 C

	Providence Medicare Revereence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)
월 보험료	\$25		\$120
	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내
의료 공제	\$0	\$0	\$0
본인 부담 최대치	\$6,750	최대치 없음	\$4,200
혜택사항	지불금액:		지불금액:
병원 방문 (PCP)	\$15	50%	\$0
전문가 방문	\$30	50%	\$20
예방 관리	\$0	50%	\$0
입원 병원	1-6일: \$300 7-90일: \$0	50%	1-5일: \$250 6-90일: \$0
숙련된 요양 시설	1-20일: \$0 21-100일: \$218	50%	1-20일: \$0 21-100일: \$218
외래 수술 - 이동성	\$250	50%	\$200
외래 수술 - 병원	\$250	50%	\$250
당뇨병 용품	\$0	50%	\$0
실험실	\$0	50%	\$0
엑스레이	\$15	50%	\$0
진단 방사선학	20% 최대 \$250	50%	최대 \$250까지 15% 할인
외래 진단 검사 및 절차	20%	50%	20%
치료: 직업, 신체 및 언어 치료	\$30	50%	\$20
내구성이 뛰어난 의료 장비	20%	50%	20%
가정 보건	\$0	50%	\$0
원격 의료 - 기본**	\$15	50%	\$0
원격 의료 - 전문가**	\$30	50%	\$20
전 세계 보장범위	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내
긴급 치료	\$25		\$25
응급실*	\$130		\$130
구급차 - 지상 교통 금지	\$50	\$50	\$50
구급차 - 지상 응급 운송	\$275	\$275	\$275
구급차 - 항공편	\$275	\$275	\$275

\*동일한 상태로 24시간 이내에 병원에 입원하는 경우 본인 부담금이 면제됩니다.

\*\* 귀하는 서비스에 적용되는 공유비용을 지불해야 합니다.

다른 요금 및 한도가 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 증빙 자료를 참조하시기 바랍니다. 네트워크 외/비계약 제공자는 비상 상황을 제외하고 플랜 회원을 대우할 의무가 없습니다. 네트워크 외부 서비스에 적용되는 비용 분담을 포함한 자세한 정보는 고객 서비스 번호로 전화하시거나 보장 증빙 자료를 참조하시기 바랍니다.

# 1차 보장 - 파트 D

	Providence Medicare Timber + Rx (HMO)		Providence Medicare Extra + Rx (HMO)		Providence Medicare Reverence (HMO-POS)		Providence Medicare Focus Medical (HMO)	
	30일	100일	30일	100일	30일	100일	30일	100일
연간 공제액	250달러 (면제 티어 1& 2)		\$0		해당 사항 없음		해당 사항 없음	
파트 D 인슐린	\$35		\$35		해당 사항 없음		해당 사항 없음	
선호 제네릭	\$0	\$0	\$0	\$0	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음
제네릭	\$10 \$0 우편 주문	\$30 \$0 우편 주문	\$10 \$0 우편 주문	\$30 \$0 우편 주문	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음
선호 브랜드	\$47 \$40 우편 주문	\$141 \$120 우편 주문	\$40	\$120	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음
비료 약물	\$100	\$300	\$90	\$270	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음
전문 약물	30%	해당 사항 없음	33%	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음

유지 관리 약품의 우편 주문은 네트워크 내 우편 주문 약국에서 최대 100일 분량의 물품을 바로 배송해 드립니다. 등록된 본인 부담금은 선호 네트워크 약국 전용이며, 다른 약국 본인 부담금은 더 비쌀 수 있습니다.

모든 파트 D 인슐린 제품에 대해 월 \$35 이하의 비용을 지불해야 합니다. ACIP가 권장하는 모든 성인용 파트 D 백신에 대해서는 비용 부담이 없습니다. 조제분유 및 약국 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요할 때 알림을 받으실 수 있습니다.

리비어런스 및 포커스 플랜에는 파트 D 처방약 보장이 포함되어 있지 않습니다. VA 보장과 같은 신용 가능한 처방약이 없고 파트 D 등록을 지연하는 경우, 결국 등록할 때 늦은 등록 벌금이 부과될 수 있습니다.

1단계: Rx 공제 가능	2단계: 초기 보장 범위	3단계: 재난 보장
---------------	---------------	------------

이 단계는 파트 D 공제 가능한 경우에만 적용됩니다. 브랜드에 대한 파트 D 공제액, 비선호 등급, 전문 등급 3, 4, 5를 충족할 때까지 이 단계에 머무릅니다.

본인 부담금이 2,100달러에 도달할 때까지 이 단계에 머무른 다음 3단계로 이동합니다.

이 단계에서는 보장된 파트 D 약물에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

# 치과, 청각, 시력 등

	Providence Medicare Timber + Rx (HMO)	Providence Medicare Extra + Rx (HMO)	Providence Medicare Reverence (HMO-POS)	Providence Medicare Focus Medical (HMO)
	지불금액:	지불금액:	지불금액:	지불금액:
예방 치과	\$0	\$0	\$0 네트워크 내, 20% 네트워크 외	\$0
정기안과검진 (연간 1회)	\$0	\$0	\$0	\$0
정기 청력 검사(연간 1회)**	\$0	\$0	\$0	\$0
청력보조 (연간 2개)**	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999	\$499/\$699/\$999
개인 비상 대응 시스템	\$0	\$0	\$0	\$0
피트니스 센터 멤버십	\$0	\$0	\$0	\$0
화학 요법과 관련된 탈모용 가발	\$0	\$0	\$0	\$0
	다음을 받으실 수 있습니다.	다음을 받으실 수 있습니다.	다음을 받으실 수 있습니다.	다음을 받으실 수 있습니다.
유연 혜택 카드 일반의약품	해당 사항 없음	매 6개월마다 \$240	매 6개월마다 \$100	매 6개월마다 \$100
처방 안경 콘택트렌즈*	매년 \$100	매년 \$150	매년 \$250	매년 \$250
입원 후 식사 배달	해당 사항 없음	14일/28식	14일/28식	14일/28식

\*처방 안경이나 콘택트렌즈의 사용 한도를 초과하는 모든 비용은 귀하에게 책임이 있습니다.

\*\*트루히어링 제공업체를 방문해야 합니다. 다른 요금 및 한도가 적용될 수 있습니다. 연간 최대 2개의 보청기(귀당 1개)를 사용할 수 있으며, 본인 부담금은 스탠다드 보조기 1개당 499달러, 어드밴스드 보조기 1개당 699달러, 프리미엄 보조기 1개당 999달러입니다.

Providence Health Assurance는 메디케어 및 오리건 건강 플랜 계약을 맺은 HMO, HMO-POS 및 HMO SNP입니다.

Providence 건강 보험 가입 여부는 계약 갱신에 따라 달라집니다.

# 2026년 선택적 추가 치과 혜택

	네트워크 내		네트워크 외*	
<b>혜택에는 다음이 포함됩니다: 예방 (EOC 4장 참조) 및 종합 치과</b>	<b>베이직</b>		<b>항상버전</b>	
월 보험료	\$39		\$56	
연간 공제액 <sup>1</sup>	\$50	\$150	\$50	\$150
연간 최대액	매년 \$1,000		매년 \$1,500	
대기 기간	없음		없음	
공급자 네트워크	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
네트워크 외부 환급	없음		없음	
	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내	네트워크 외
바이트wing 엑스레이 <sup>2</sup>	\$0	20%	\$0	20%
파노라마 및 기타 진단 엑스레이 <sup>3</sup>	\$0	20%	\$0	20%
간단한 추출	50%	60%	50%	60%
기본 충전재	30%	60%	30%	60%
의치	50%	60%	50%	60%
크라운 및 브리지	50%	60%	50%	60%
구강 수술	비급여	비급여	50%	60%
치근관(근관)	비급여	비급여	50%	60%
치주(심층 청소)	비급여	비급여	50%	60%

**\*중요 노트:** 제한 사항과 제외 사항이 적용됩니다. 보장된 치과 서비스의 전체 목록은 보장 증빙 자료를 참조하시기 바랍니다. 회원들은 네트워크 치과 공급자에 사용할 수 있도록 장려된다. 네트워크 외부 치과의사는 Providence Medicare Advantage Plans에서 허용하는 금액보다 더 많은 비용을 청구할 수 있습니다.

<sup>1</sup> 진단 및 예방 서비스에 대해서는 공제 혜택이 면제됩니다.

<sup>2</sup> 바이트wing 또는 근위부 X-선 - 한 바이트wing 시리즈 또는 한 바이트wing 시리즈와 필요에 따라 근위부 X-선(연간 최대 10회).

<sup>3</sup> 완전 구강 및 파노라마 엑스레이 - 5년에 한 번만 제공됩니다.

네트워크 외/비계약 제공자는 비상 상황을 제외하고 플랜 회원을 대우할 의무가 없습니다. 네트워크 외부 서비스에 적용되는 비용 부담을 포함한 자세한 정보는 고객 서비스 번호로 전화하시거나 보장 증빙 자료를 참조하시기 바랍니다.





## 더 알아보고 싶으신가요? 다음은 저희와 연결하는 방법입니다.



정보를 요청하시거나 등록하시거나 개인 예약을 원하시면 저희에게 다음번호로 전화해 주세요

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

오전 8시 - 오후 5시 (태평양 표준시) 월요일 - 금요일



자세한 내용은 온라인에서 확인하거나 다음 사이트에 등록하세요

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

