

A photograph of two women walking on a beach carrying surfboards. The woman in the foreground is wearing a black wetsuit and has a white surfboard under her arm. The woman in the background is wearing a pink wetsuit and also has a white surfboard. They are both smiling and looking towards the ocean. The background shows waves breaking on the shore under a clear blue sky.

 Providence
Medicare Advantage Plans

2026

福利亮点

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

加利福尼亚州 Orange 县

与您信任的医疗服务提供者共同护理您的健康

 Providence
Mission | St. Joseph | St. Jude

Providence Medicare Advantage Plans

- C 部分

	Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)
含处方药承保的月保费	\$0
B 部分买断***	\$10
	网络内
医疗免赔额	\$0
最高自付额	\$400
	您支付
医生门诊 (初级保健医生)	\$0
专科医生	\$0
预防性保健	\$0
住院治疗	\$0
专业护理设施	1-20 天:\$0 21-100 天:\$100
门诊手术 - 非住院	\$0
门诊手术 - 住院	\$0
糖尿病用品	\$0
实验室	\$0
X 光	\$0
诊断性放射检查	\$0
门诊诊断检测及程序	\$0
治疗:物理治疗 (PT)、职能治疗 (OT)、言语治疗 (ST)	\$0
耐用医疗设备	20%
家庭保健	\$0
远程保健 - 初级**	\$0
远程保健 - 专科医生**	\$0
	网络内
急诊服务	网络内
紧急护理	\$0
急诊室*	\$150
地面救护车 - 未转运	\$100
地面救护车 - 紧急转运	\$100
空中救护车	\$100

*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电话或参阅您的承保凭证以了解更多信息, 包括适用于网络外服务的费用分担。

***Medicare B 部分补贴计划, 也称为 B 部分保费减免, 是一项福利可为您每月的 B 部分 保费减少 10 美元。Providence Medicare Advantage 将直接向社会保障局 (SSA) 付款。如果您通过社会保障福利支付 您的 B 部分 医疗保费, 您的社会保障支 票每月将增加 10 美元。如果您直接向 Medicare 支付 B 部分 保费, 您每月的 保费将减少 10 美元。

处方药承保

- D 部分

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)		
年度免赔额	\$0	
D 部分胰岛素	\$35	
	30 天	100 天
首选非专利药	\$0	\$0
非专利药	\$0	\$0
首选品牌药物	\$40	\$120
非首选药物	\$100	\$300
特殊药物	33%	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。

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 级的自付额之前,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 Sycamore + Rx (HMO)	
	您支付
常规眼科检查(每年一次)	\$0
常规听力检查(每年一次)**	\$0
助听器(每年两个)**	\$499/\$699/\$999
健身中心会员资格	\$0
因化疗导致脱发所需的假发	\$0
	您能够获得
灵活福利卡	
灵活牙科福利	\$350/每六个月
住院后餐食配送服务	14 天/28 餐

**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。



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：

1-888-804-5194 (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/OCEnrollGuide26

