

A photograph of two women walking on a beach carrying surfboards. The woman in the foreground is wearing a black wetsuit and is smiling. The woman in the background is wearing a pink wetsuit. The ocean waves are visible in the background.

 Providence
Medicare Advantage Plans

2026

혜택 하이라이트

Providence Medicare Sycamore + Rx(HMO)

California주 Orange 카운티

신뢰할 수 있는 공급업체와 협력하는 파트너

 Providence
Mission | St. Joseph | St. Jude

Providence Medicare Advantage Plans

– 파트 C

	Providence Medicare Sycamore + Rx(HMO)
처방약 보장을 포함한 월 보험료	\$0
파트 B 바이다운***	\$10
네트워크 내	
의료 공제	\$0
본인 부담 최대치	\$400
지불금액:	
병원 방문(PCP)	\$0
전문가 방문	\$0
예방 관리	\$0
입원 병원	\$0
숙련된 요양 시설	1-20일: \$0 21-100일: \$100
외래 수술 - 이동성	\$0
외래 수술 - 병원	\$0
당뇨병 용품	\$0
실험실	\$0
엑스레이	\$0
진단 방사선학	\$0
외래 진단 검사 및 절차	\$0
치료: 직업, 신체 및 언어 치료	\$0
내구성이 뛰어난 의료 장비	20%
가정 보건	\$0
원격 의료 - 기본**	\$0
원격 의료 - 전문가**	\$0
네트워크 내	
응급치료 서비스	
긴급 치료	\$0
응급실*	\$150
구급차 - 지상 교통 금지	\$100
구급차 - 지상 응급 운송	\$100
구급차 - 항공편	\$100

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

**서비스에 적용되는 비용 분담금을 지불하게 됩니다.

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.

***메디케어 파트 B 할인, 일명 파트 B 보험료 감면은 월 파트 B 보험료를 10달러까지 감면해주는 혜택입니다. Providence Medicare Advantage Plans은 사회보장국(Social Security Administration, SSA)에 직접 비용을 지불합니다. 사회보장 혜택을 통해 파트 B 의료 보험료를 납부하면 월 사회보장액이 10달러 증가합니다. 파트 B 보험료를 Medicare에 직접 납부하면 월 보험료 납부액이 10달러 감소합니다.

약국 커버리지

- 파트 D

		Providence Medicare Sycamore + Rx(HMO)	
연간 공제액		\$0	
파트 D 인슐린		\$35	
		30일	100일
선호 제네릭		\$0	\$0
제네릭		\$0	\$0
선호 브랜드		\$40	\$120
비선호 약물		\$100	\$300
전문약품		33%	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.

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 Sycamore + Rx(HMO)
		지불금액:
정기 시력 검사(연간 1회)		\$0
정기 청력 검사(연간 1회)**		\$0
보청기(연간 2회)**		\$499/\$699/\$999
피트니스 센터 멤버십		\$0
화학 요법과 관련된 탈모용 가발		\$0
		다음은 받으실 수 있습니다.
유연 혜택 카드 Flex Dental		매 6개월마다 \$350
입원 후 식사 배달		14일/28식

**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.



더 알아보고 싶으신가요? 다음은 저희와 연결하는 방법입니다.



정보를 요청하시거나 등록하시거나 개인 예약을 원하시면 저희에게 다음번호로 전화해 주세요

1-888-804-5194 (TTY: 711)

오전 8시 - 오후 5시 (태평양 표준시) 월요일 - 금요일



자세한 내용은 온라인에서 확인하거나 다음 사이트에 등록하세요

TheProvidenceAdvantage.com/OCEnrollGuide26

