



 Providence
Medicare Advantage Plans

2025 年 主要 福利

Providence Medicare Reverence (HMO-POS)

适用于 Washington 下辖各郡：Benton、Franklin、Snohomish、Spokane、Walla Walla

我们将与您信赖的提供者合作，提供高质量的护理服务

 Providence |  KADLEC |  SWEDISH

Providence Medicare Advantage Plans

— Part C

	Providence Medicare Reversion (HMO-POS)	
月度保费	\$25	
	网络内	网络外
医疗保险免赔额	\$0	\$0
自付额上限	\$5,000	无上限
福利	费用自付	
问诊 (初级保健医生 (Primary Care Physician, PCP))	\$15	\$25
专家问诊	\$30	\$50
预防性护理	\$0	30%
住院治疗	1-6 天: \$300 7-90 天: \$0	30%
专业护理机构	1-20 天: \$0 21-100 天: \$214	30%
门诊手术 - 门诊	\$250	30%
门诊手术 - 医院	\$250	30%
糖尿病用品	\$0	30%
实验室	\$0	30%
X 光	\$15	30%
放射诊断	20%	30%
门诊诊断检查和程序	20%	30%
脊椎按摩	\$20/18 次	未承保
针灸	\$20/18 次	未承保
自然疗法	\$20/6 次	未承保
治疗: 物理治疗 (Physical Therapy, PT)、职业治疗 (Occupational Therapy, OT)、语言治疗 (Speech Therapy, ST)	\$30	30%
耐用医疗设备	20%	30%
居家护理	\$0	30%
远程医疗 - 初级护理**	\$0	不适用
远程医疗 - 专业护理**	\$30	不适用
全球承保	网络内	网络外
紧急护理	\$25	不适用
急诊室*	\$125	不适用
救护车 - 地面 (未运送至医疗设施)	\$50	\$50
救护车 - 地面紧急运送	\$275	\$275
救护车 - 空中运送	\$275	\$275

*如果您因相同病情在 24 小时内住院, 则免除共付额。

**您需支付相应服务的分摊费用。

可能适用其他费用和限制。有关详细信息, 请参阅承保范围说明书。网络外/未签约的提供者没有义务为本保险计划的会员提供治疗, 紧急情况除外。请致电客户服务热线或查看承保范围说明书, 以获取更多信息, 包括适用于网络外服务的费用分摊政策。

2025 年附加牙科福利(可选)

	网络内	网络外*	网络内	网络外*
福利包括:预防服务(参见承保范围说明书第 4 章)和综合牙科	基础版		增强版	
月度保费	\$37.50		\$53.50	
年度免赔额 ¹	\$50	\$150	\$50	\$150
年度最高限额	\$1,000/年		\$1,500/年	
等待期	无		无	
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 X 光片 ²	\$0	20%	\$0	20%
全景及其他诊断性 X 光片 ³	\$0	20%	\$0	20%
简单拔牙	50%	60%	50%	60%
基础填充	30%	60%	30%	60%
假牙	50%	60%	50%	60%
牙冠和牙桥	50%	60%	50%	60%
口腔外科	未承保	未承保	50%	60%
牙髓治疗(根管治疗)	未承保	未承保	50%	60%
牙周治疗(深度清洁)	未承保	未承保	50%	60%

***重要说明:**适用限制和排除条款。请参考承保范围说明书以获取完整的牙科服务承保清单。鼓励会员前往网络内的牙科服务提供者处使用保险。网络外牙医收取的费用可能超过 Providence Medicare Advantage Plans 的保赔上限。

¹ 诊断性和预防性服务无免赔额

² 咬翼或根尖 X 光片——每年一次咬翼或咬翼加根尖 X 光(最多 10 张)

³ 全口和全景 X 光片——限每 5 年一次

网络外/未签约的提供者没有义务为本保险计划的会员提供治疗,紧急情况除外。

请致电客户服务热线或查看承保范围说明书,以获取更多信息,包括适用网络外服务的费用分摊政策。

牙科、听力、视力等

Providence Medicare Revereance (HMO-POS)

灵活福利卡 (Flexible Benefit Card) 非处方药品	\$75/三个月
预防性牙科服务	网络内 \$0, 网络外 20%
常规眼科检查 (每年一次)	\$0
处方眼镜或隐形眼镜*	\$250/年
常规听力检查 (每年一次)**	\$0
助听器 (每年两只)**	\$399-\$699
出院后的餐食配送	14 天/28 餐
个人应急系统	\$0
健身中心会员资格	\$0
假发 (适用于因化疗导致脱发的情况)	\$0

*在购买处方眼镜或隐形眼镜时,超出津贴的费用须自行承担。

**须前往 TruHearing 提供者处接受服务。可能适用其他费用和限制。

Providence Health Assurance 与 Medicare 和 Oregon Health Plan 签订合约,提供 HMO、HMO - POS 和 HMO SNP 保险计划。

Providence Health Assurance 保险计划的可用性取决于合约是否续签。我们的资源网络中还有其他服务提供者可供选择。

想了解更多信息吗？

以下是我们的联系方式。



如需获取信息、办理保险计划或预约个人会面,请致电

1-888-804-5876 (听障用户: 711)

8 a.m. 至 5 p.m., 星期一至星期五 (太平洋时间)



请访问下方网站,获取更多信息或办理保险计划

TheProvidenceAdvantage.com/ReverenceGuide