



 Providence
Medicare Advantage Plans

2025년

주요 혜택 내용

Providence Medicare Reverence (HMO-POS)

Washington주 Benton, Franklin, Snohomish, Spokane, Walla Walla 카운티

신뢰할 수 있는 의료 제공자와 치료 협력사

 Providence

|  KADLEC

|  SWEDISH

Providence Medicare Advantage Plans

— 파트 C

		Providence Medicare Reversion (HMO-POS)	
월 보험료		\$25	
		네트워크 내	네트워크 외
의료 공제액		\$0	\$0
최대 본인 부담금		\$5,000	최대 금액 없음
혜택		납부 금액	
진료실 방문 (PCP)		\$15	\$25
전문의 방문		\$30	\$50
예방 진료		\$0	30%
입원		1-6일: \$300 7-90일: \$0	30%
전문 간호 시설		1-20일: \$0 21-100일: \$214	30%
외래 환자 수술 - 외래		\$250	30%
외래 환자 수술 - 병원		\$250	30%
당뇨 관련 용품		\$0	30%
검사실		\$0	30%
X-ray		\$15	30%
진단 영상 의학		20%	30%
외래 환자 진단 검사 & 시술		20%	30%
카이로프랙틱		\$20/18회 방문	비보장
침술		\$20/18회 방문	비보장
자연요법		\$20/6회 방문	비보장
요법: PT, OT, ST		\$30	30%
가정용 의료 장비		20%	30%
가정 의료		\$0	30%
원격 진료 - 1차**		\$0	해당 없음
원격 진료 - 전문의**		\$30	해당 없음
전 세계 보장		네트워크 내	네트워크 외
긴급 진료		\$25	해당 없음
응급실*		\$125	해당 없음
구급차 - 지상 운송 없음		\$50	\$50
구급차 - 응급 지상 수송		\$275	\$275
구급차 - 항공		\$275	\$275

*동일한 질환으로 24시간 이내에 해당 병원에 입원하는 경우 공동 부담금이 면제됩니다.

**서비스에 적용되는 비용 부담금은 가입자가 지불합니다.

기타 요금 및 제한이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오. 네트워크 외/미계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고는 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 외 서비스에 적용되는 비용 부담금 등 자세한 내용은 고객 서비스 센터 번호로 전화하거나 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오.

2025년 선택적 추가 치과 혜택

	네트워크 내	네트워크 외*	네트워크 내	네트워크 외*
혜택 포함 내용: 예방 (EOC 챕터 4 참조) 및 종합 치과 치료	기본		심화	
월 보험료	\$37.50		\$53.50	
연간 공제액 ¹	\$50	\$150	\$50	\$150
연간 최대 금액	\$1,000/매년		\$1,500/매년	
대기 기간	없음		없음	
의료 제공자 네트워크	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
네트워크 외 환급	없음		없음	
	네트워크 내	네트워크 외	네트워크 내	네트워크 외
교익 X-ray ²	\$0	20%	\$0	20%
파노라마 및 기타 진단용 X-ray ³	\$0	20%	\$0	20%
단순 발치	50%	60%	50%	60%
기본 충전	30%	60%	30%	60%
의치	50%	60%	50%	60%
크라उन 및 브릿지	50%	60%	50%	60%
구강 수술	비보장	비보장	50%	60%
근관 치료	비보장	비보장	50%	60%
치주 (딥 스케일링)	비보장	비보장	50%	60%

***중요 참고 사항:** 제한 및 예외 사항이 적용됩니다. 보장되는 치과 서비스의 전체 목록은 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오. 가입자는 네트워크 내 치과 서비스 제공자를 이용하는 것이 좋습니다. 네트워크 외 치과 의사는 Providence Medicare Advantage Plans 에서 허용하는 금액보다 더 많은 금액을 청구할 수 있습니다.

¹ 진단 및 예방 서비스에 대해 공제액 면제

² 교익 또는 치근단 X-ray - 역년당 교익 시리즈 1회 또는 필요에 따라 교익 시리즈 1회 및 치근단 (최대 10회)

³ 전체 구강 및 파노라마 X-ray - 5년에 1회로 제한

네트워크 외/미계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고는 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다.

네트워크 외 서비스에 적용되는 비용 부담금 등 자세한 내용은 고객 서비스 센터 번호로 전화하거나 Evidence of Coverage (보장 범위 증명서)를 참조하십시오.

치과, 청력, 안과 진료 등

Providence Medicare Reverece (HMO-POS)

플렉서블 베네핏 카드 일반 의약품	\$75/3개월마다
예방 치과 진료	네트워크 내 \$0, 네트워크 외 20%
정기 눈 검진 (연 1회)	\$0
처방 안경 또는 콘택트렌즈*	\$250/매년
정기 청력 검진 (연 1회)**	\$0
보청기 (연 2개)**	\$399-\$699
입원 환자 퇴원 후 식사 배달	14일/28회 식사
개인 응급 대응 시스템	\$0
피트니스 센터 멤버십	\$0
화학 요법 관련 탈모용 가발	\$0

*처방 안경 또는 콘택트렌즈의 허용 금액을 초과하는 비용은 가입자 본인이 부담해야 합니다.

**반드시 TruHearing 제공자에게 서비스를 받아야 합니다. 기타 요금 및 제한이 적용될 수 있습니다.

Providence Health Assurance는 Medicare 및 Oregon Health Plan 계약을 맺은 HMO, HMO-POS 및 HMO SNP입니다.
Providence Health Assurance 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다. 당사 네트워크의 다른 의료 제공자도 이용할 수 있습니다.

더 자세히 알고 싶으신가요?

당사에 연락하실 방법을 알려드립니다.



정보가 필요하시거나 가입 또는 개인 예약을 원하신다면

1-888-804-5876 (TTY: 711)으로

월요일 - 금요일 8 a.m.에서 5 p.m.까지 (태평양 표준시) 전화해 주시기를 바랍니다



더 자세한 정보 또는 가입 절차는 아래 온라인 주소에서 확인하실 수 있습니다

TheProvidenceAdvantage.com/ReverenceGuide