



 **Providence**  
Medicare Advantage Plans

**2025**

# Các Điểm Nổi Bật về Quyền Lợi

**Providence Medicare Reverence (HMO-POS)**

Các quận Benton, Franklin, Snohomish, Spokane, Walla Walla ở Washington

Các đối tác chăm sóc hợp tác với những nhà cung cấp mà quý vị tin tưởng

 Providence |  KADLEC |  SWEDISH

# Providence Medicare Advantage Plans

## – Part C

	Providence Medicare Revereence (HMO-POS)	
Phí bảo hiểm hàng tháng	\$25	
	Trong mạng lưới	Ngoài mạng lưới
Khoản khấu trừ y tế	\$0	\$0
Khoản Tự Trả Tối Đa	\$5,000	Không có mức tối đa
Quyền Lợi	Quý vị thanh toán	
Thăm khám tại phòng mạch bác sĩ (PCP)	\$15	\$25
Thăm khám bác sĩ chuyên khoa	\$30	\$50
Chăm sóc phòng ngừa	\$0	30%
Bệnh viện nội trú	1-6 ngày: \$300 7-90 ngày: \$0	30%
Cơ sở điều dưỡng lành nghề	1-20 ngày: \$0 21-100 ngày: \$214	30%
Phẫu thuật ngoại trú - Điều trị ngoại trú	\$250	30%
Phẫu thuật ngoại trú - Bệnh viện	\$250	30%
Vật dụng cho người tiểu đường	\$0	30%
Phòng xét nghiệm	\$0	30%
X-quang	\$15	30%
Chẩn đoán hình ảnh	20%	30%
Thủ thuật & xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú	20%	30%
Dịch vụ nắn chỉnh khớp xương	\$20/18 lần khám	Không Được Bao Trả
Châm cứu	\$20/18 lần khám	Không Được Bao Trả
Liệu pháp tự nhiên	\$20/6 lần khám	Không Được Bao Trả
Trị liệu: PT, OT, ST	\$30	30%
Thiết bị y tế lâu bền	20%	30%
Chăm sóc sức khỏe tại nhà	\$0	30%
Khám bệnh từ xa - Cơ bản**	\$0	Không Áp Dụng
Khám bệnh từ xa - Bác sĩ chuyên khoa**	\$30	Không Áp Dụng
Bảo Hiểm Toàn Cầu	Trong mạng lưới	Ngoài mạng lưới
Chăm sóc khẩn cấp	\$25	Không Áp Dụng
Phòng cấp cứu*	\$125	Không Áp Dụng
Phương tiện cứu thương - Đường bộ, không vận chuyển	\$50	\$50
Phương tiện cứu thương - Đường bộ, vận chuyển cấp cứu	\$275	\$275
Phương tiện cứu thương - Hàng không	\$275	\$275

\*Nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ cho cùng một bệnh trạng, khoản đồng thanh toán sẽ được miễn.

\*\*Quý vị sẽ trả khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho dịch vụ.

Các loại phí và giới hạn khác có thể được áp dụng. Vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không ký hợp đồng không có nghĩa vụ phải điều trị cho thành viên của Chương Trình, trừ trường hợp cấp cứu. Vui lòng gọi đến số điện thoại dịch vụ khách hàng của chúng tôi hoặc xem Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị để biết thêm thông tin, bao gồm cả khoản chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ ngoài mạng lưới.

# Quyền Lợi Nha Khoa Bổ Sung Không Bắt Buộc Năm 2025

	Trong mạng lưới	Ngoài mạng lưới*	Trong mạng lưới	Ngoài mạng lưới*
<b>Các quyền lợi bao gồm: Nha Khoa Phòng Ngừa (Xem Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, EOC) Chương 4) và Toàn Diện</b>	<b>Cơ Bản</b>		<b>Nâng Cao</b>	
Phí bảo hiểm hàng tháng	\$37.50		\$53.50	
Khoản khấu trừ hàng năm <sup>1</sup>	\$50	\$150	\$50	\$150
Mức tối đa hàng năm	\$1,000/Mỗi năm		\$1,500/Mỗi năm	
Thời gian chờ đợi	Không có		Không có	
Mạng lưới nhà cung cấp	Delta Dental Medicare Advantage		Delta Dental Medicare Advantage	
Bồi hoàn chi phí ngoài mạng lưới	Không có		Không có	
	Trong mạng lưới	Ngoài mạng lưới	Trong mạng lưới	Ngoài mạng lưới
X-quang cánh căn <sup>2</sup>	\$0	20%	\$0	20%
X-quang chẩn đoán toàn cảnh và chẩn đoán khác <sup>3</sup>	\$0	20%	\$0	20%
Nhổ răng đơn giản	50%	60%	50%	60%
Trám răng cơ bản	30%	60%	30%	60%
Răng giả	50%	60%	50%	60%
Mão răng và cầu răng	50%	60%	50%	60%
Phẫu thuật miệng	Không Được Bao Trả	Không Được Bao Trả	50%	60%
Nội nha (tủy răng)	Không Được Bao Trả	Không Được Bao Trả	50%	60%
Nha chu (vệ sinh sâu)	Không Được Bao Trả	Không Được Bao Trả	50%	60%

**\*Lưu ý quan trọng:** Có áp dụng các giới hạn và ngoại lệ. Hãy tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ nha khoa được bao trả. Chúng tôi khuyến khích các thành viên sử dụng nhà cung cấp Nha Khoa trong mạng lưới. Các nhà nha sĩ ngoài mạng lưới có thể thu phí cao hơn số tiền được Providence Medicare Advantage Plans cho phép.

<sup>1</sup> Các khoản khấu trừ được miễn đối với dịch vụ chẩn đoán và phòng ngừa

<sup>2</sup> X-quang Cánh Căn hoặc Quanh Chóp Răng – một chuỗi ảnh cánh căn hoặc một chuỗi ảnh cánh căn kèm chóp răng nếu cần (tối đa 10) mỗi năm dương lịch

<sup>3</sup> X-quang toàn khoang miệng và toàn cảnh – giới hạn chỉ 5 năm 1 lần

Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không ký hợp đồng không có nghĩa vụ phải điều trị cho thành viên của Chương Trình, trừ trường hợp cấp cứu.

Vui lòng gọi đến số của bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi hoặc xem Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị để biết thêm thông tin, bao gồm cả việc chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ ngoài mạng lưới.

# Nha khoa, thính lực, nhãn khoa và nhiều hạng mục khác

## Providence Medicare Revereance (HMO-POS)

Thẻ Quyền Lợi Linh Hoạt Vật dụng/thuốc không kê toa	\$75/Ba tháng một lần
Nha khoa phòng ngừa	\$0 Trong mạng lưới, 20% Ngoài mạng lưới
Khám mắt định kỳ (mỗi năm một lần)	\$0
Kính mắt hoặc kính áp tròng được kê toa*	\$250/Mỗi năm
Kiểm tra thính lực định kỳ (mỗi năm một lần)**	\$0
Máy trợ thính (mỗi năm hai lần)**	\$399-\$699
Bữa ăn giao đến nhà sau thời gian nằm viện nội trú	14 ngày/28 bữa
Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân	\$0
Tư cách thành viên trung tâm thể dục	\$0
Tóc giả khi rụng tóc liên quan đến hóa trị	\$0

\*Quý vị chịu trách nhiệm về bất kỳ chi phí nào phụ trội so với trợ cấp dành cho kính mắt hoặc kính áp tròng kê toa.

\*\*Quý vị phải khám với một nhà cung cấp TruHearing. Các loại phí và giới hạn khác có thể được áp dụng.

Providence Health Assurance là HMO, HMO-POS và HMO SNP có hợp đồng với Medicare và Oregon Health Plan.

Việc ghi danh vào Providence Health Assurance tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Các Nhà Cung Cấp khác có sẵn trong mạng lưới của chúng tôi.

## Quý vị muốn tìm hiểu thêm?

Sau đây là cách kết nối với chúng tôi.



Hãy gọi cho chúng tôi để biết thông tin, để ghi danh hoặc đặt lịch hẹn cá nhân qua số

**1-888-804-5876 (TTY: 711)**

8 a.m. đến 5 p.m. (Giờ Thái Bình Dương) thứ Hai – thứ Sáu



Hãy liên hệ với chúng tôi qua mạng để biết thêm thông tin và ghi danh tại

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

