

更多選擇，更優質的照護。這是我們的優勢。

2024

承保範圍證明

CareOregon Advantage **Plus**
(HMO-POS D-SNP)

適用的俄勒岡州郡縣：Clackamas、Columbia、Jackson、
Multnomah、Tillamook 及 Washington

H5859_CO2024EOC_C



2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

承保證明

作為 CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP 會員，您的聯邦醫療保險福利和服務及處方藥保險

本文檔為您提供有關 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間您的 Medicare 和 Oregon 健康計劃 (Medicaid) 醫療保健和處方藥保險的詳細資訊。**這是一份重要的法律文檔。請將其妥善保存。**

有關本文檔的問題，請致電 503-416-4279 或 888-712-3258 聯絡客戶服務部。（TTY 用戶應撥打 711）。上班時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。此通話是免費的。

本計劃，**CareOregon Advantage Plus**，由 CareOregon, Inc. 的健康計劃提供（本《承保證明》中的「我們」或「我們的」是指 Health Plan of CareOregon, Inc. 計劃。「計劃」或「我們的計劃」是指 CareOregon Advantage Plus。）

本文檔免費提供俄語、簡體中文、西班牙文、繁體中文和越南語版本。此資訊以不同的格式提供，包括盲文、大字體和音訊格式。如果您需要其他格式的計劃資訊，請致電客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

福利、保費、自付額和/或共付額/共同保險額可能會在 2025 年 1 月 1 日發生變化。

處方集、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能隨時更改。您將會收到相關通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的參保者有關更改的資訊。

本文檔詳細解釋了您的權益和權利。您可透過本文檔瞭解：

- 您的計劃保費和費用分擔；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步的幫助，如何與我們聯絡；以及，
- 醫療保險法要求的其他保障。

H5859_CO2024EOC_C

2024 年承保範圍說明書

目錄

第 1 章：會員入門	7
第 1 節 引言	8
第 2 節 如何才能成為計劃會員？	11
第 3 節 您將收到的重要會員資料	14
第 4 節 CareOregon Advantage Plus 每月費用	17
第 5 節 有關您的月保費的更多資訊	22
第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄	22
第 7 節 其他保險如何與我們的計劃一起使用	24
第 2 章：重要的電話號碼和資源	26
第 1 節 CareOregon Advantage Plus 聯絡方式（如何聯絡我們，包括如何聯絡客戶服務部）	27
第 2 節 Medicare（如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助和資訊）	39
第 3 節 國家 Medicare 援助方案（免費幫助、資訊和有關 Medicare 問題的解答）	41
第 4 節 品質改進機構	43
第 5 節 社會保障局	45
第 6 節 Oregon Health Plan (Medicaid)	46
第 7 節 有關幫助人們支付處方藥的計劃的資訊	51
第 8 節 如何聯絡 Railroad Retirement Board	53

第 9 節	您是否有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？	54
第 3 章：	使用本計劃獲得醫療服務	56
第 1 節	作為本計劃會員獲得醫療護理的注意事項	57
第 2 節	使用計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療護理	60
第 3 節	急診或急需護理或發生災難時如何獲得服務	66
第 4 節	如果直接向您收取全部服務費用怎麼辦？	69
第 5 節	當您參加臨床研究時，您的醫療服務如何獲得承保？	70
第 6 節	在宗教性非醫療機構接受護理的規則	72
第 7 節	耐用醫療設備的所有權規則	74
第 4 章：	醫療福利表（承保項目）	77
第 1 節	瞭解承保服務	78
第 2 節	使用醫療福利表查找承保項目	79
第 3 節	CareOregon Advantage Plus 不承保哪些服務？	151
第 4 節	本計劃不承保哪些服務？	152
第 5 章：	使用本計劃承保的 D 部分處方藥	158
第 1 節	引言	159
第 2 節	在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配藥	160
第 3 節	您的藥物必須在計劃的「藥物清單」上	165

第 4 節	某些藥物的承保範圍有限制.....	168
第 5 節	如果某一種藥物未按您希望的方式承保該怎麼辦？	171
第 6 節	如果您的藥物承保範圍有變， 該如何處理？	174
第 7 節	本計劃不承保的哪些類型的藥物？	178
第 8 節	配購處方藥	180
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍.....	180
第 10 節	藥物安全和用藥管理計劃.....	183
第 6 章	您的 D 部分處方藥自付費用	187
第 1 節	引言	188
第 2 節	您的藥物費用取決於您獲取藥物時所處的藥物付款階段	192
第 3 節	我們會寄送報告， 說明您的藥物付款情況及您所處的付款階段	193
第 4 節	在自付額階段， 您需支付 1-4 級藥物的全部費用	195
第 5 節	在初始承保階段， 計劃支付其藥物費用的分擔金額， 您支付您的分擔金額.....	195
第 6 節	CareOregon Advantage Plus 沒有承保缺口.....	207
第 7 節	在重大傷病承保階段， 計劃支付 D 部分承保藥物的全額費用	207
第 8 節	D 部分疫苗您需支付的費用取決於您接種疫苗的方式和地點	208

第 7 章：要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單	211
第 1 節 您應要求我們支付承保服務或藥物費用的情況	212
第 2 節 如何要求我們賠付或支付您收到的帳單	216
第 3 節 我們將考慮您的付款請求，並判斷是否賠付	217
第 8 章：您的權利和責任	219
第 1 節 本計劃必須尊重您作為計劃會員的權利及文化敏感性	220
第 2 節 您作為計劃會員的一些責任	238
第 9 章：遇到問題或投訴時該怎麼辦（承保決定、上訴、投訴）	240
第 1 節 引言	241
第 2 節 如何獲取更多資訊和個人化幫助	242
第 3 節 要解決您的問題，您應該使用哪種流程？	243
第 4 節 處理有關 Medicare 福利的問題	244
第 5 節 承保決定和上訴依據指南	245
第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴	250
第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴	262
第 8 節 如果您認為出院過早，如何要求我們承保較長的住院時間	276

第 9 節	如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務.....	287
第 10 節	上訴至第 3 級及以上.....	296
第 11 節	如何對護理品質、等待時間、客戶服務或其他問題提出.....	300
第 12 節	處理有關 Medicaid 福利的問題.....	305
第 10 章：	終止計劃會員資格.....	309
第 1 節	終止計劃會員資格簡介.....	310
第 2 節	您何時可以終止本計劃的會員資格？.....	310
第 3 節	如何終止本計劃的會員資格？.....	316
第 4 節	在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得您的醫療項目、服務和藥物.....	318
第 5 節	CareOregon Advantage Plus 在某些情況下必須終止您的計劃會員資格.....	318
第 11 章：	法律聲明.....	321
第 1 節	關於適用法律的通知.....	322
第 2 節	有關不歧視的通知.....	322
第 3 節	關於 Medicare 第二付款人代位求償權的通知.....	323
第 12 章：	重要詞彙的定義.....	324

第 1 章： 會員入門

第 1 節 引言

第 1.1 節 您已加入 CareOregon Advantage Plus，這是一項專門的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃（特殊需求計劃）

您同時享受 Medicare 和 Medicaid：

- **Medicare** 是針對 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下患有某些殘疾的人士以及終末期腎病（腎衰竭）人士的聯邦健康保險計劃。
- **Oregon Health Plan (Medicaid)** 是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。Medicaid 承保視各州與您享有的 Medicaid 種類而異。一些享有 Medicaid 的人獲得支付 Medicare 保費和其他費用的幫助。其他人也可獲得不受 Medicare 承保之額外服務和藥物的承保。

您已選擇透過我們的 CareOregon Advantage Plus 計劃獲得 Medicare 醫療保健和處方藥承保。我們必須承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，此計劃中的費用分擔和醫療服務提供者准入與 Original Medicare 不同。

CareOregon Advantage Plus 是一項專門的 Medicare Advantage 計劃（Medicare 特殊需求計劃），這表示其福利是專為有特殊健康護理需求的人士而設。CareOregon Advantage Plus 專為享有 Medicare 並有權獲得 Medicaid 援助的人士而設。

由於您可以從 Medicaid 獲得 Medicare A 部分和 B 部分費用分擔（自付額、共付額和共同保險額）的補助，因此您可能無需支付任何 Medicare 醫療護理服務費用。Medicaid 還透過承保通常不在 Medicare 承保範圍內的醫療保健服務為您提供其他福利。您還將獲得 Medicare 的「額外援助」，以支付您的 Medicare 處方藥的費用。CareOregon Advantage Plus 將幫助您管理所有這些福利，使您獲得應得的醫療護理服務和付款援助。

CareOregon Advantage Plus 由一家非營利組織運營。像所有 Medicare Advantage 計劃一樣，此 Medicare 特殊需求計劃也由 Medicare 批准。此計劃還與 Oregon Medicaid 計劃簽訂了合同，以協調您的 Medicaid 福利。我們很高興為您提供 Medicare 醫療保險，包括處方藥保險。

本計劃下的保險符合 Qualifying Health Coverage（QHC，合格健康保險）並滿足 Patient Protection and Affordable Care Act（ACA，患者保護與平價醫療法案）的個人責任分擔要求。請訪問 Internal Revenue Service（IRS，美國國稅局）網站：

irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多資訊。

第 1.2 節 承保範圍說明書文檔的內容為何？

本承保範圍說明書文檔說明如何獲得 Medicare 醫療和處方藥。它解釋了您的權利和責任，承保項目，作為計劃會員支付的費用，以及如果您對決定或治療不滿意時如何提出投訴。

承保範圍和**承保服務**是指作為 CareOregon Advantage Plus 會員可享受的醫療保健和服務以及處方藥。

對您來說，瞭解計劃的規則以及您可獲得的服務非常重要。我們鼓勵您撥出時間仔細閱讀此**承保範圍說明書**文檔。

如果您有任何疑問、疑慮或問題，請聯絡客戶服務部。

第 1.3 節 有關承保範圍說明書的法律資訊

本**承保範圍說明書**是我們與您就 CareOregon Advantage Plus 如何承保您的治療簽訂的合約的一部分。本合約的其他部分包括您的投保表、**承保藥物清單**（處方集），以及您從我們這裡收到的有關您的承保變更或影響您的承保條件的任何通知。這些通知有時被稱為**附加條款**或**修訂條款**。

該合同在您於 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日期間加入 CareOregon Advantage Plus 的月份內有效。

每個日曆年，Medicare 都允許我們更改所提供的計劃。這意味著我們可以在 2024 年

12 月 31 日之後更改 CareOregon Advantage Plus 的費用和福利。在 2024 年 12 月 31 日之後，我們還可以選擇停止在您的服務區域提供該計劃，或在其他服務區域提供該計劃。

Medicare（助服務中心 Medicare 和 Medicaid）必須每年批准 CareOregon Advantage Plus。只要我們選擇繼續提供該計劃並且 Medicare 更新對該計劃的批准，您每年都可以繼續作為該計劃的會員獲得 Medicare 福利。

第 2 節 如何才能成為計劃會員？

第 2.1 節 您的資格要求

只要符合以下條件，您就有資格成為本計劃的會員：

- 您同時享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- – 和 – 您居住在我們的地理服務區域內（下文第 2.3 節介紹了我們的服務區域）。被監禁者即使身處服務區域內，也不被視為居住在服務區域內。

- – 和 – 您是美國公民或在美國合法居留
- – 和 – 您符合下述特殊資格要求。

本計劃的特殊資格要求

本計劃旨在滿足獲得某些 Medicaid 福利的人的需求。

（Medicaid 是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。）您必須有符合 Medicare 和全額 Medicaid 福利的條件，才有資格加入我們的計劃。

請注意：如果您失去了資格，但可以合理地預期在兩個月內重新獲得資格，那麼您仍然有資格成為本計劃的會員（第 4 章第 2.1 節將向您介紹被視為繼續符合資格期間的承保和費用分擔）。

第 2.2 節 什麼是 Oregon Health Plan (Medicaid) ?

Oregon Health Plan (Medicaid) 是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助某些收入和資源有限的人支付醫療和長期治療費用。各州自行決定哪些因素算作收入和資源、哪些人符合資格、承保哪些服務以及服務費用。各州也可以決定如何運行自己的計劃，只要他們遵循聯邦指南即可。

此外，還有一些透過 Medicaid 計劃提供的計劃，幫助參加 Medicare 的人支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare 儲蓄計劃」每年幫助收入和資源有限的人省錢：

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+, 符合資格的聯邦醫療保險受益人)**：幫助有資格享受 Oregon Health

Plan (Medicaid) 全額福利的人支付 Medicare A 部分和 B 部分保費以及其他分擔費用（如自付額、共同保險額和共付額）。

- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB+, 特定低收入聯邦醫療保險受益人)**：幫助有資格享受 Oregon Health Plan (Medicaid) 全額福利的人支付 B 部分保費。

第 2.3 節 以下是 CareOregon Advantage Plus 的計劃服務區域

CareOregon Advantage Plus 僅適用於居住在本計劃服務區域內的個人。要繼續成為本計劃的會員，您必須繼續居住在計劃服務區域內。服務區域如下所述。

我們的服務區域包括 Oregon 的這些縣：Clackamas、Columbia、Jackson、Multnomah、Tillamook 和 Washington。

如果您計劃搬出服務區域，則不能繼續成為本計劃的會員。請聯絡客戶服務部，瞭解我們是否在新的地區提供計劃。當您搬家時，您將有一個特殊的投保期，允許您切換到原來的 Medicare 或投保在新的地點提供的 Medicare 健康或藥物計劃。

如果您搬家或更改郵寄位址，請致電社會保障局，這一點也很重要。您可以在第 2 章第 5 節中找到社會保障局的電話號碼和聯絡資訊。

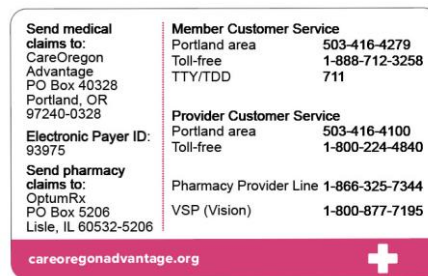
第 2.4 節 美國公民或合法居留者

Medicare 健康計劃的會員必須是美國公民或在美國合法居留的人。如果您不符合繼續成為會員的資格，Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services (聯邦醫療保險和醫療補助服務中心)) 將通知 CareOregon Advantage Plus。如果您不符合此要求，CareOregon Advantage Plus 必須取消您的會員資格。

第 3 節 您將收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

如果您是本計劃的會員，在接受本計劃承保的服務時以及在網絡藥房購買處方藥時都必須使用您的會員卡。您還應該向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 卡。以下是會員卡樣本，向您展示您的會員卡：



在加入本計劃期間，請勿使用紅白藍 Medicare 卡購買承保的醫療服務。如果您使用您的 Medicare 卡而不是您的 CareOregon Advantage Plus 會員卡，您可能需要自己支付醫療服務的全部費用。請妥善保管您的 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、臨終關懷服務或參加 Medicare 批准的臨床研究也稱為臨床試驗，您可能會被要求出示該卡。

如果您的計劃會員卡損壞、遺失或被盜，請立即致電客戶服務部，我們會給您寄一張新卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者名錄

*醫療服務提供者名錄*列出了我們當前的網絡內醫療服務提供者。**網絡內醫療服務提供者**是指與我們簽訂協議，接受我們的付款和任何計劃費用分擔作為全額付款的醫生和其他醫護專業人員、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。

您必須使用網絡內醫療服務提供者來獲得您的醫療保健和服務。如果您未經適當授權而到其他醫療機構就診，則必須全額支付費用。唯一的例外情況是急診、網絡內無法提供急需的服務（即在網絡內不合理或無法提供服務的情況下）、區域外透析服務以及 CareOregon Advantage Plus 授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。

CareOregon Advantage Plus 提供服務點（Point-of-Service (POS, 服務點) 福利，您可以在特定條件下向網絡外的 PCP 和專科醫生尋求治療。有關詳細資訊，請參閱「POS 福利」（第 4 章，第 2.1 節）。

最新的醫療服務提供者和 Durable medical equipment（耐用醫療設備）提供者名單可在我們的網站上找到，網址為 careoregonadvantage.org/providersearch。

如果您沒有 *醫療服務提供者名錄* 的副本，您可以向客戶服務部索取一份副本（電子或硬拷貝形式）。索取的硬拷貝提供者名錄將在三個工作日內郵寄給您。

第 3.3 節 藥房名錄

藥房名錄列出了我們的網絡內藥房。**網絡內藥房**是所有同意為我們的計劃會員配製承保處方的藥房。您可以使用**藥房名錄**尋找您要使用的網絡藥房。有關您何時可使用非計劃網絡內藥房的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

如果您沒有**藥房名錄**，可向客戶服務部索取。您也可以在我的網站上找到此資訊，網址為

careoregonadvantage.org/pharmacy。您也可以致電客戶服務部獲取更新的醫療服務提供者資訊，或要求我們為您郵寄一份**藥房名錄**。**請查看 2024 年藥房名錄，瞭解我們網絡內有哪些藥房。**

第 3.4 節 計劃的承保藥物清單（處方集）

本計劃有一份**承保藥物清單（處方集）**。我們簡稱其為「藥物清單」。它列出了 CareOregon Advantage Plus D 部分福利承保的 D 部分處方藥。該清單上的藥物是由計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下選定的。該清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已批准 CareOregon Advantage Plus 「藥物清單」。

「藥物清單」還會告訴您是否有任何限制藥物承保的規定。我們將為您提供一份「藥物清單」。我們為您提供的「藥物清單」包含會員最常用的承保藥物的資訊。但是，我們承保所提供「藥物清單」中未包含的其他藥物。如果您使用的某種藥物未列在「藥物清單」中，您應訪問我們的網站或聯絡客戶服務，以瞭解我們是否承保該藥物。要獲得有關承保哪

些藥物的最完整和最新資訊，請訪問該劃網站 (careoregonadvantage.org/druglist) 或致電客戶服務部。

第 4 節 CareOregon Advantage Plus 每月費用

您的費用可能包括以下項目：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 每月 Medicare B 部分保費（第 4.2 節）
- D 部分逾期投保罰金（第 4.3 節）
- 與收入相關的每月調整金額（第 4.4 節）

在某些情況下，您的計劃保費可能會更低

有一些計劃可以幫助資源有限的人支付他們的藥物費用。這些計劃包括「額外補助」和 State Pharmaceutical Assistance Programs（國家藥物援助計劃）。第 2 章第 7 節詳細介紹了這些計劃。如果您符合條件，加入該計劃可能會降低您的月度計劃保費。

如果您已加入其中一項計劃並獲得援助，**本承保範圍說明書中有關保費的資訊可能對您不適用**。我們會寄給您一份單獨的插頁，稱為 *獲得處方藥額外補助者承保範圍說明書附加條款 Low-Income Subsidy Rider*（低收入補助附加條款）或 LIS Rider（LIS 附加條款），其中會介紹您的藥物承保。如果您沒有此插頁，請致電客戶服務部索取 LIS 附加條款。

Medicare B 部分和 D 部分保費因收入不同而異。如果您對這些保費有疑問，請查看您的 *Medicare & You 2024* 手冊中標題為 *2024 Medicare Costs* 的部分([medicare.gov](https://www.medicare.gov))。或者，您可以全天候撥打 800-MEDICARE (800-633-4227)，索取印刷版

手冊。TTY 用戶請撥打
877-486-2048。

第 4.1 節 計劃保費

您無需為 CareOregon Advantage Plus 支付單獨的月度計劃保費。

第 4.2 節 Medicare B 部分月保費

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

部分會員須支付其他 Medicare 保費。如上文第 2 節所述，您必須同時享受 Medicare A 部分和 Medicare B 部分，才有資格投保本計劃。對於大多數 CareOregon Advantage Plus，Medicaid 會支付您的 A 部分保費（如果您沒有自動符合資格）和 B 部分保費。

如果 Oregon Health Plan (Medicaid) 沒有為您支付 Medicare 保費，您必須繼續支付 Medicare 保費才能繼續成為該計劃的會員。 這包括您的 B 部分保費，也可能包括 A 部分保費，這影響到不符合免除 A 部分保費資格的會員。

第 4.3 節 D 部分逾期投保罰金

由於您符合雙重資格，因此只要您保持雙重資格的身份，LEP 就不適用於您，但如果您失去雙重資格身份，則可能會產生 LEP。D 部分逾期投保罰金是指在您的初始投保期結束後的任何時間，如果您連續 63 天或以上未投保 D 部分或其他可抵扣處方藥保險，則必須為 D 部分保險支付額外保費。可抵扣處方藥保險是符合 Medicare 最低標準的保險，

預計其平均賠付額至少與 Medicare 的標準處方藥保險相同。逾期投保罰金的費用取決於您沒有投保 D 部分或其他可抵扣的處方藥保險的時間。只要您享有 D 部分保險，您就必須支付此罰金。

在以下情況下，您**無需**支付該罰金：

- 您獲得 Medicare 的「額外補助」來支付處方藥費用。
- 您連續未投保可抵扣保險的時間少於 63 天。
- 您透過其他渠道例如前僱主、工會、TRICARE 或 Department of Veterans Affairs（退伍軍人事務部）投保了可抵扣的藥物保險。您的保險公司或人力資源部門每年都會告知您，您的藥物保險是否可抵扣保險。此資訊可能會以信件形式寄給您，也可能包含在計劃的通訊中。請保留此資訊，因為日後加入 Medicare 藥物計劃時可能會用到。
 - **注意：**任何通知都必須說明您享有的，預計其賠付額與 Medicare 標準處方藥計劃的賠付額相同的可抵扣處方藥保險。
 - **注意：**以下是不可抵扣的處方藥保險：處方藥折扣卡、免費診所和藥品折扣網站。

Medicare 確定罰金金額。 具體操作如下：

- 首先，計算您在符合投保資格後延遲投保 Medicare 藥物計劃的整月數。或者，如果中斷投保的時間為 63 天或以上，計算您沒有投保可抵扣處方藥保險的整月數。

未投保可抵扣保險的每一個月將被處以 1% 的罰金。例如，如果您 14 個月沒有投保，罰金將為 14%。

- 然後，Medicare 確定上一年全國 Medicare 藥物計劃的平均月保費金額。2023 年的平均保費金額為 32.74 美元，2024 年這一金額可能會發生變化。
- 要計算每月罰金，您需要將罰金百分比和平均每月保費相乘，然後將其四捨五入到最接近的 10 美分。在本範例中，罰金為 14% 乘以 32.74 美元，等於 4.58 美元。四捨五入為 4.60 美元。對於有 D 部分逾期投保罰金的人，該金額將**添加到每月保費中**。

關於每月 D 部分逾期投保罰金，有三點需要注意：

- 首先，**罰金每年都可能發生變化**，因為平均月保費每年都可能發生變化。
- 其次，只要您投保了涵蓋 Medicare D 部分藥物福利的計劃，即使您轉換計劃，**每月仍需支付罰金**。
- 第三，如果您未滿 65 歲且目前正在享受 Medicare 福利，則 D 部分逾期投保罰金將在您年滿 65 歲時重置。65 歲以後，您的 D 部分逾期投保罰金將僅基於您在首次投保期後未投保 Medicare 的月份計算。

如果您對 D 部分逾期投保罰金有異議，您或您的代表可以要求審核。一般而言，您必須在收到第一封說明您必須支付逾期投保罰金的信件後 **60 天內** 要求審核。但是，如果您在加入本計劃前已支付罰金，則可能沒有機會再次要求審核該逾期投保罰金。

第 4.4 節 與收入相關的月度調整金額

有些會員可能需要支付額外費用，稱為 D 部分與收入相關的月度調整金額，也稱為 Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA，與收入相關的月度調整金額)。額外費用是根據您前兩年在 IRS 報稅表中申報的修改後調整總收入計算得出的。如果此金額高於一定金額，您將支付標準保費金額和額外的 IRMAA。有關根據您的收入可能需要支付的額外金額的更多資訊，請訪問 [medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans)。

如果您必須支付額外的金額，社會保障機構（而不是您的 Medicare 計劃）將致函告知您額外的金額。無論您通常如何支付計劃保費，額外金額都將從您的社會保障、Railroad Retirement Board（鐵路職工退休管理委員會）或 Office of Personnel Management（人事管理辦公室）福利金支票中扣除，除非您的每月福利金不足以支付所欠的額外金額。如果您的福利金支票不足以支付額外金額，您將收到 Medicare 的帳單。**您必須向政府支付額外的金額。不能用月計劃保費支付。如果您不支付額外金額，您的計劃將被取消並且處方藥保險將失效。**

如果您不同意支付額外金額，您可以要求社會保障局對該決定進行複審。要瞭解有關如何執行此操作的更多資訊，請致電 800-772-1213（TTY 800-325-0778）聯絡社會保障局。

第 5 節 有關您的月保費的更多資訊

第 5.1 節 我們能否在年內更改您的月計劃保費？

否。我們不允許在年內更改計劃的月計劃保費收費金額。如果明年的月度計劃保費發生變化，我們將在 9 月份通知您，更改將於 1 月 1 日生效。

但是，在某些情況下，您必須支付的部分保費可能會在年內發生變化。如果您在這一年中符合「額外補助」計劃，或者您在這一年中失去了「額外補助」計劃的資格，就會發生這種情況。如果會員的處方藥費用符合「額外補助」的條件，「額外補助」計劃將支付會員的部分月計劃保費。如果會員在年度內失去資格，將需要開始支付全額月保費。您可以在第 2 章第 7 節中找到有關「額外補助」計劃的更多資訊。

第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

您的會員記錄包含投保單中的資訊，包括您的位址和電話號碼。它顯示了您的具體計劃承保範圍，包括您的 Primary Care Provider（主診醫生）。

計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者需要獲得有關您的正確資訊。**這些網絡內醫療服務提供者使用您的會員記錄來瞭解承保的服務和藥物以及您的費用分擔金額。**因此，您必須幫助我們及時更新您的資訊。

請告知我們這些變更：

- 您的姓名、位址或電話號碼發生變化

- 您擁有的任何其他健康保險範圍（例如您的僱主、您的配偶或同居伴侶的僱主、工傷賠償或醫療補助）的變化
- 如果您有任何責任索賠，例如車禍索賠
- 如果您已入住療養院
- 如果您在區域外或網絡外的醫院或急診室接受治療
- 如果您指定的責任方（例如護理人員）發生變化
- 如果您正在參與臨床研究（**注**：您不需要告知您打算參加的臨床研究計劃，但我們鼓勵您這樣做）

如果這些資訊有任何變化，請致電客戶服務部告知我們（電話號碼列印在本手冊的封底上）。您也可以透過位會員門戶 (careoregonadvantage.org/memberportal) 向我們傳送安全消息

如果您搬家或更改郵寄位址，請聯絡社會保障局，這一點也很重要。您可以在第 2 章第 5 節中找到社會保障局的電話號碼和聯絡資訊。

您還必須聯絡您的 Oregon Medicaid Program (Oregon Health Plan) 社工或

Oregon Health Plan 的客戶服務部門，並將任何這些變更通知他們。Oregon Health Plan 的電話號碼可以在第 2 章第 6 節中找到。

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃一起使用

其他保險

Medicare 要求我們向您收集有關您擁有的任何其他醫療或藥物保險的資訊。這是因為我們必須協調您投保的任何其他保險與本計劃下的福利。這稱為**福利協調**。

我們每年都會寄一封信給您，其中列出我們所知道的其他醫療或藥物保險。請仔細閱讀此資訊。如果正確，您無需執行任何操作。如果資訊不正確，或者您有未列出的其他保險，請致電客戶服務部。您可能需要向其他保險公司提供您的計劃會員 ID 號（在您確認他們的身份後），以便您的帳單能夠正確按時支付。

當您有其他保險（如僱主團體健康保險）時，Medicare 會制定規則，決定是我們的計劃先付款，還是您的其他保險先付款。首先付款的保險稱為主要付款人，並支付其承保限額。第二個付款人稱為次要付款人，並僅在主要保險未支付費用時才付款。次要付款人可能無法支付所有未承保項目的費用。如果您有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。

這些規則適用於僱主或工會團體健康計劃保險：

- 如果您有退休人員保險，則由 Medicare 先行支付。
- 如果您的團體健康計劃保險基於您或家庭成員目前的工作，則哪個保險先付款取決於您的年齡、僱主僱用的人數以及您是否因年齡、殘疾或終末期腎病 End-Stage Renal Disease (ESRD, 終末期腎病) 而享有 Medicare：

- 如果您未滿 65 歲且身患殘疾，並且您或您的家庭成員仍在工作，那麼如果僱主有 100 名或以上的員工，或者在多僱主計劃中至少有一名僱主有 100 名以上的員工，則您的團體健康計劃將首先支付費用。
- 如果您年滿 65 歲，並且您或您的配偶或同居伴侶仍在工作，那麼如果僱主有 20 名或以上的員工，或者在多僱主計劃中至少有一名僱主有 20 名以上的員工，則您的團體健康計劃將首先支付費用。
- 如果您因 ESRD 而享有 Medicare，在您有資格加入 Medicare 後的前 30 個月內，您的團體健康計劃將首先支付費用。

這些類型的保險通常首先支付與每種類型相關的服務：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任保險（包括汽車保險）
- 黑肺病福利
- 工傷賠償

Medicaid 和 TRICARE 絕不會先支付 Medicare 承保的服務費用。他們僅在 Medicare 和/或僱主團體健康計劃支付費用後付款。

第 2 章： 重要的電話號碼和資源

第 1 節 CareOregon Advantage Plus 聯絡方式

(如何聯絡我們, 包括如何聯絡客戶服務部)

如何聯絡本計劃的客戶服務部門

如需有關索賠、帳單或會員卡問題的說明, 請致電或致函 CareOregon Advantage Plus 客戶服務部。我們將竭誠為您服務。

聯絡方式	客戶服務部 – 聯絡資訊
電話	503-416-4279 或 888-712-3258 撥打此號碼是免費的。10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。 客戶服務部還為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。
TTY	711 撥打此號碼是免費的。10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	503-416-3723
寫信	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 <i>customerservice@careoregon.org</i>
網站	<i>careoregonadvantage.org</i> 會員門戶： <i>careoregonadvantage.org/memberportal</i>

當您要求承保範圍決定或就醫療護理提出上訴時如何與我們聯絡

承保範圍決定是我們對您的福利和承保範圍或我們將為您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額做出的決定。上訴是要求我們審核和更改我們做出的承保範圍決定的一種正式方式。有關要求承保範圍決定或就醫療護理或 D 部分處方藥提出上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章，*如果您有問題或投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼辦。*

聯絡方式	醫療保健的承保範圍決定 – 聯絡資訊
電話	503-416-4279 或 888-712-3258 撥打此號碼是免費的。 上班時間： 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 撥打此號碼是免費的。 上班時間： 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	503-416-3671
寫信	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

第 2 章 重要的電話號碼和資源

聯絡方式	B 部分和 D 部分處方藥的承保範圍決定 - 聯絡資訊
電話	503-416-4279 或 888-712-3258 撥打此號碼是免費的。 上班時間： 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 撥打此號碼是免費的。 上班時間： 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	B 部分：503-416-4722 D 部分：503-416-8109
寫信	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
網站	careoregonadvantage.org/rxinfo

聯絡方式	醫療保健上訴 – 聯絡資訊
電話	<p>503-416-4279 或 888-712-3258</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>上班時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p>
TTY	<p>711</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>上班時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p>
傳真	503-416-8118
寫信	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

聯絡方式	B 部分和 D 部分處方藥的上訴 – 聯絡資訊
電話	503-416-4279 或 888-712-3258 撥打此號碼是免費的。 上班時間： 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 撥打此號碼是免費的。 上班時間： 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	503-416-1428
寫信	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
網站	<i>careoregonadvantage.org/rxinfo</i>

投訴醫療護理時如何聯絡我們

您可以對我們或我們的網絡內醫療服務提供者或藥房進行投訴，包括對您的護理質量進行投訴。此類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。有關對您的醫療護理提出投訴的詳細資訊，請參閱第 9 章，*如果您有問題或投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼辦。*

聯絡方式	有關醫療護理和 D 部分處方藥的投訴 – 聯絡資訊
電話	<p>503-416-4279 或 888-712-3258</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>上班時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p>
TTY	<p>711</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>上班時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p>

聯絡方式	有關醫療護理和 D 部分處方藥的投訴 – 聯絡資訊
傳真	503-416-1313
寫信	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
Medicare 網站	您可以直接向 Medicare 提交有關 CareOregon Advantage Plus 的投訴。要向 Medicare 提交在線投訴，請轉到 medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

要求我們支付您所接受的醫療護理或藥物費用中我們應承擔的部分時，應如何遞交申請？

如果您收到您認為應該由我們支付的帳單或您已支付但應由我們承擔的服務費用（如醫療服務提供者的帳單），您可能需要要求我們賠付或支付醫療服務提供者的帳單。請參閱第 7 章（*要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中應由我們承擔的部分*）。我們只能報銷 Medicare 承保的服務，而不能報銷 Medicaid 承保的服務。如果您的報銷申請獲得批准，我們向您支付的款項將僅包括 Medicare 允許金額（我們通常會向醫療服務提供者支付的服務金額），而不包括 Medicaid 計劃承保的任何部分，例如 Medicare 共同保險額和自付額。

請注意：如果您向我們提出付款請求，而我們拒絕您請求的任何部分，您可對我們的決定提出上訴。有關詳細資訊，請

參閱第 9 章 如果您有問題或投訴（承保範圍決定、上訴、投訴）該怎麼辦。

聯絡方式	付款 c 付款請求 – 聯絡資訊
電話	<p>503-416-4279 或 888-712-3258</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>上班時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p> <p>客戶服務部還為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。</p>
TTY	<p>711</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>上班時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p>

聯絡方式	付款 C 付款請求 – 聯絡資訊
傳真	503-416-8115
寫信	收件人： DMR – Claims Department, 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
網站	careoregonadvantage.org

聯絡方式	D 部分付款請求 – 聯絡資訊
電話	<p>503-416-4279 或 888-712-3258</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>上班時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p> <p>客戶服務部還為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。</p>
寫信	收件人： Pharmacy Department – 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
網站	careoregonadvantage.org/rxreimbursement

第 2 節 Medicare

（如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助和資訊）

Medicare 是針對 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下殘疾人士以及終末期腎病患者（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）人士的聯邦健康保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Centers for Medicare & Medicaid Services（有時稱為 CMS）。該機構與包括我們在內的聯邦醫療保險優勢組織簽訂合同。

聯絡 方式 Medicare – 聯絡資訊

電話 800- MEDICARE, 或 800-633-4227
撥打此號碼是免費的。
每週 7 天, 每天 24 小時。

TTY 877-486-2048
此號碼需要特殊的電話設備, 僅適用於聽力或說話有困難的人。
撥打此號碼是免費的。

聯絡 方式 Medicare – 聯絡資訊

網站 *Medicare.gov*

這是 Medicare 的官方政府網站。它為您提供有關 Medicare 和當前 Medicare 問題的最新資訊。它還提供有關醫院、療養院、醫生、家庭保健機構和透析設施的資訊。它包括您可以直接從計算機列印的文檔。您還可以找到所在州的 Medicare 聯絡人。

Medicare 網站還提供有關您的 Medicare 資格和參保選擇的詳細資訊，包括以下工具：

- **Medicare 資格工具**：提供 Medicare 資格狀態資訊。
- **Medicare 計劃查找器**：提供有關您所在地區可用的 Medicare 處方藥計劃、Medicare 健康計劃和 Medigap（補充保險）（Medicare Supplement Insurance（聯邦醫療保險補充保險））政策的個人化資訊。這些工具可估算您在不同 Medicare 計劃中可能產生的自付費用。

聯絡 方式

Medicare – 聯絡資訊

網站
(續)

您還可以使用該網站向 Medicare 投訴您對 CareOregon Advantage Plus 的任何不滿

- **向 Medicare 提交您的投訴：**您可以直接向 Medicare 提交有關 CareOregon Advantage Plus 的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請轉到 [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。Medicare 會認真處理您的投訴，並會利用此資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。

如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老年中心可能會幫助您使用其電腦訪問該網站。或者，您可以致電 Medicare，告訴他們您要查找的資訊。他們將在網站上找到相關資訊，並與您一起查看。

(您可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) 致電 Medicare。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。)

第 3 節 國家 Medicare 援助方案

(免費幫助、資訊和有關 Medicare 問題的解答)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 州健康保險援助計劃) 是一項政府計劃，在每個州都有專業的顧問。

在 Oregon，SHIP 被稱為 Senior Health Insurance Benefits Assistance（SHIBA，老年健康保險福利援助）。

SHIBA 是一項獨立的州計劃（與任何保險公司或健康計劃無關），由聯邦政府提供資金，為投保 Medicare 的人士提供免費的本地健康保險諮詢。

SHIBA 顧問可以幫助您瞭解您的 Medicare 權利，幫助您對您的醫療護理或治療進行投訴，並幫助您解決 Medicare 帳單方面的問題。SHIBA 顧問還可以幫助您解決 Medicare 問題或困難，並幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。

訪問 SHIP 和其他資源的方法：

- 訪問 shiphelp.org（點擊頁面中間的 SHIP LOCATOR）
- 從列表中選擇您所在的州。選擇後您將轉入一個頁面，上面有您所在州的電話號碼和特定資源。

聯絡方式	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (Oregon's SHIP) - 聯絡資訊
電話	免費電話 800-722-4134
TTY	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。
寫信	500 Summer St NE E-12 Salem, OR 97301-1097 電子郵件： <i>shiba.oregon@odhsosha.oregon.gov</i>
網站	<i>oregonshiba.org</i> 或使用安全在線表格聯絡 <i>shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx</i>

第 4 節 品質改進機構

每個州都有一個指定的品質改進機構為 Medicare 受益人提供服務。Oregon 的品質改進機構稱為 KEPRO。

KEPRO 由一群醫生和其他醫護專業人員組成，他們由 Medicare 支付報酬，負責檢查並幫助改善為 Medicare 受益人提供的護理品質。KEPRO 是一個獨立的機構。它與我們的計劃無關。

在以下任何一種情況下，您都應該聯絡 KEPRO：

第 2 章 重要的電話號碼和資源

- 您對所接受的護理品質有投訴。
- 您認為您的住院承保過早終止。
- 您認為您的居家護理、專業護理機構護理或 **Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility**（CORF，綜合門診康復機構）服務的承保過早終止。

聯絡方式	KEPRO (Oregon's Quality Improvement Organization) – 聯絡資訊
電話	888-305-6759 週一至週五，太平洋標準時間上午 6 點至下午 2 點 週末和公休日，太平洋標準時間上午 8 點至下午 12 點
TTY	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。
寫信	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
網站	keproqio.com

第 5 節 社會保障局

社會保障局負責確定 Medicare 的資格並辦理參保手續。年滿 65 歲的美國公民和合法永久居民，或患有殘疾或終末期腎病並符合某些條件的美國公民和合法永久居民有資格加入 Medicare。如果您已經領取社會保障支票，則可自動加入 Medicare。如果您尚未領取社會保障支票，則必須投保 Medicare。要申請 Medicare，您可以致電社會保障局或訪問您當地的社會保障辦公室。

社會保障局還負責確定哪些人因為收入較高而需要為 D 部分藥物保險支付額外費用。如果您收到社會保障局通知您必

須支付額外費用的信件，但對金額有疑問，或者如果您的收入因生活中的重大變故而減少，您可以致電社會保障局要求重新考慮。

如果您搬家或更改郵寄位址，請務必聯絡社會保障局告知他們。

聯絡方式	社會保障局 – 聯絡資訊
電話	<p>800-772-1213</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。</p> <p>您可以使用社會保障局的自動電話服務全天 24 小時獲取記錄的資訊並辦理一些業務。</p>
TTY	<p>800-325-0778</p> <p>此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。</p> <p>撥打此號碼是免費的。</p> <p>服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。</p>
網站	<p><i>ssa.gov</i></p>

第 6 節 Oregon Health Plan (Medicaid)

您必須符合 Medicare 和 Oregon Health Plan (Medicaid) 全額福利的條件，才有資格加入 CareOregon Advantage Plus。

Oregon Health Plan (Medicaid) 是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。

此外，透過 Medicaid 提供的一些計劃可以幫助參加 Medicare 的人支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare 儲蓄計劃」每年幫助收入和資源有限的人省錢：

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB, 符合資格的聯邦醫療保險受益人)**：幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他費用分擔（如自付額、共同保險額和共付額）。一些 QMB 人士也有資格享受全額 Medicaid 福利 (QMB+)
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB, 特定低收入聯邦醫療保險受益人)**：幫助支付 B 部分保費。一些 SLMB 人士也有資格享受全額 Medicaid 福利 (SLMB+)

如果您對從 Medicaid 中獲得的援助有任何疑問，請聯絡 Oregon Health Plan。

聯絡方式	Oregon Health Plan (Oregon 的 Medicaid 計劃) – 聯絡資訊
電話	Oregon Health Plan 客戶服務部：800-273-0557 服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點
TTY	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。
寫信	Oregon Health Authority 行政辦公室 500 Summer St. NE E-20 Salem, OR 97301-1097
網站	<i>oregon.gov/oha</i>

Governor's Advocacy Office（州長權益維護辦公室）幫助參加 Medicaid 計劃的人解決服務或帳單問題。他們可以幫助您對我們的計劃提出申訴或上訴。

聯絡方式	Governor's Advocacy Office – 聯絡資訊
電話	503-945-6904 或免費電話 800-442-5238 服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點
TTY	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。

聯絡方式	Governor's Advocacy Office – 聯絡資訊
寫信	Department of Human Services (公共服務部) 500 Summer St. NE E-17 Salem, OR 97301 電子郵件： gao.info@dhsosha.state.or.us
網站	oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages.gao.aspx

Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman (長期護理申訴專員辦公室) 幫助人們獲取有關療養院的資訊，並解決療養院與居民或其家人之間的問題。

聯絡方式	Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman – 聯絡資訊
電話	503-378-6533 或免費電話 800-522-2602 服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點
TTY	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。
寫信	830 D St. NE Salem, OR 97301 電子郵件： ltco.info@rights.oregon.gov
網站	oltco.org

第 7 節 有關幫助人們支付處方藥的計劃的資訊

Medicare.gov 網站 ([medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) 提供了有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人，還有其他計劃可以提供幫助，詳情如下。

Medicare 的「額外補助」計劃

由於您符合 Medicaid 的資格，因此您有資格獲得 Medicare 的「額外補助」，以支付您的處方藥計劃的費用。您無需執行任何其他操作即可獲得此「額外補助」。

如果您對「額外補助」有疑問，請致電：

- 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用戶應每週 7 天、每天 24 小時致電 877-486-2048（申請）。
- 社會保障局辦公室，電話：800-772-1213，週一至週五上午 8 點至下午 7 點。
TTY 用戶請致電 800-325-0778；或
- 您的 State Medicaid Office（州醫療補助辦公室）（申請）（有關聯絡資訊，請參閱本章第 6 節）。

如果您認為自己在藥房配藥時支付的分擔費用金額不正確，本計劃有一套程序可讓您要求協助，以取得適當共付額的證據，或者，如果您已取得證據，則向我們提供此證據。

- 如果您需要協助取得「額外補助」補貼額的證明，請與我們的客戶服務部聯絡，我們會調查 Medicare 和 Oregon，尋找您所需的必要證據。
- 當我們收到證明您的共付額的證據時，我們將更新我們的系統，以便您下次到藥房配藥時支付正確的共付額。如果您多付共付額，我們將向您報銷。我們會將多付金額的支票寄給您，或用於抵消未來的共付額。如果藥房未向您收取共付額，而是將您的共付額作為您的欠款，我們可能會直接向藥房付款。如果是州政府代您付款，我們可能會直接向州政府付款。如有疑問，請聯絡客戶服務部。

如果您有 AIDS Drug Assistance Program (ADAP, 艾滋病藥物援助計劃) 的保險怎麼辦？

什麼是 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ？

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 幫助符合 ADAP 條件的愛滋病毒/愛滋病感染者獲得挽救生命的愛滋病毒藥物。如果 Medicare D 部分處方藥也在 ADAP 處方集中，則有資格透過 CAREAssist 獲得處方費用分擔援助。**注意：**要獲得在您所在州運營的 ADAP 的資格，個人必須滿足某些標準，包括居住在該州的證明和 HIV 狀況證明、州規定的低收入以及無保險/保險不足狀況證明。如果您更換了計劃，請通知當地的 ADAP 投保工作人員，以便繼續獲得援助。有關資格標準、承保藥物或如何加入該計劃的資訊，請撥打 971-673-0144 或免費電話 800-805-2313 聯絡 CAREAssist。

第 8 節 如何聯絡 Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board 是一個獨立的聯邦機構，負責管理國家鐵路工人及其家屬的綜合福利計劃。如果您透過 Railroad Retirement Board 獲得 Medicare，在您搬家或更改了您的郵寄位址後，請務必通知他們。如果您對 Railroad Retirement Board 的福利有任何疑問，請聯絡該機構。

聯絡方式	Railroad Retirement Board – 聯絡資訊
電話	877-772-5772 撥打此號碼是免費的。 如果按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五上午 9 點至下午 3 點 30 分以及週三上午 9 點至下午 12 點與 RRB 代表通話。 如果按「1」，您可以全天 24 小時（包括週末和公休日）撥打自動 RRB 幫助熱線並獲取記錄的資訊。
TTY	312-751-4701 此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。 撥打此號碼不是免費的。
網站	<i>rrb.gov</i>

第 9 節 您是否有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？

作為本計劃的一部分，如果您（或您的配偶或同居伴侶）從您（或您的配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員團體獲得福利，如有任何疑問，您可以致電僱主/工會福利管理員或客戶服務部。您可以詢問您（或您的配偶或同居伴侶）的僱主或退休人員的健康福利、保費或投保期限。（客戶服務部的電話號碼列印在本文檔的封底上。）您也可以致電

800-MEDICARE（800-633-4227；TTY：877-486-2048），查詢與本計劃下的 Medicare 承保範圍相關的問題。

如果您透過您（或您的配偶或家庭伴侶）的僱主或退休人員團體購買其他處方藥保險，請聯絡**該團體的福利管理員**。福利管理員可以幫助您確定您當前的處方藥保險將如何與我們的計劃配合使用。

第 3 章： 使用本計劃獲得醫療服務

第 1 節 作為本計劃會員獲得醫療護理的注意事項

本章說明使用本計劃獲得醫療護理的注意事項。本章提供術語的定義，並解釋了您在獲得計劃承保的醫療治療、服務、設備、處方藥以及其他醫療服務時需要遵循的規則。有關計劃承保的醫療護理的詳細資訊，請參閱下一章第 4 章（*醫療福利表*，*承保項目*）中的福利表。

第 1.1 節 什麼是網絡內醫療服務提供者和承保服務？

- **醫療服務提供者**是經國家許可提供醫療服務和護理的醫生和其他醫護專業人員。醫療服務提供者還包括醫院和其他醫療保健機構。
- **網絡內醫療服務提供者**是與我們簽訂協議，接受我們的付款作為全額付款的醫生和其他醫護專業人員、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們已安排這些醫療服務提供者為本計劃的會員提供承保服務。我們網絡中的醫療服務提供者直接向我們收取醫療費用。您在網絡內的醫療服務提供者處就診時，無需支付承保服務的費用。
- **承保服務**包括本計劃承保的所有醫療治療、醫療護理服務、用品設備和處方藥。第 4 章的福利表列出了醫療護理的承保服務。第 5 章列出了處方藥的承保服務。

第 1.2 節 計劃承保醫療護理的基本規則

作為一項 Medicare 和 Oregon Health Plan (Medicaid) 健康計劃，CareOregon Advantage Plus 必須承保 Original Medicare

承保的所有服務，並且還可以提供除 Original Medicare 承保的服務以外的其他服務，詳情請參閱第 4 章第 2.1 節。

只要符合以下條件，CareOregon Advantage Plus 一般會承保您的醫療護理：

- **您接受的護理包含在計劃的醫療福利表中**（該表載於本文檔的第 4 章中）。
- **您接受的護理被認為具有醫療必需性。** 醫療必需性是指預防、診斷或治療您的醫療狀況所需的服務、用品、設備或藥物，並符合公認的醫療實踐標準。
- **您有一名網絡 primary care provider（PCP，主診醫生）為您提供並監督您的護理。** 作為本計劃的會員，您必須選擇網絡 PCP（有關此內容的詳細資訊，請參閱本章的第 2.1 節）。
 - 在大多數情況下，在您使用計劃網絡內的其他醫療服務提供者，例如專家、醫院、專業護理機構或家庭保健機構之前，必須獲得本計劃的批准。這稱為轉介。有關此內容的更多資訊，請參閱本章的第 2.3 節。
 - 緊急護理或急需服務無需 PCP 轉介。您還可以在無需事先獲得 PCP 批准的情況下獲得一些其他類型的護理（有關此內容的詳細資訊，請參閱本章第 2.2 節）。
- **您必須從網絡內醫療服務提供者處獲得護理**（有關此內容的詳細資訊，請參閱本章的第 2 節）。在大多數情況

下，您從網絡外醫療服務提供者（不屬於本計劃網絡內的醫療服務提供者）處獲得的護理將不予承保。這意味著您必須向醫療服務提供者全額支付所提供的服務費用。以下是三種例外情況：

- 本計劃承保您從網絡外醫療服務提供者處獲得的緊急護理或急需服務。如需詳細資訊，以及瞭解何謂急診或急需服務，請參閱本章第 3 節。
- 如果您需要 Medicare 要求本計劃承保的醫療護理，但我們的網絡內沒有提供此類護理的專科醫生，您可以從網絡外醫療服務提供者處獲得此類護理，分擔費用與您通常在網絡內支付的費用相同。這可能需要事先授權。在這種情況下，我們將承保這些服務，就像您從網絡內醫療服務提供者處獲得護理一樣。有關獲取網絡外醫生就診許可的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
- 當您暫時不在計劃的服務區域內，或您的醫療服務提供者暫時無法提供或無法前往服務區域時，計劃會承保您在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。您為透析計劃支付的費用分擔額永遠不會超過 Original Medicare 的費用分擔額。如果您在計劃服務區域之外，並且從計劃網絡外的醫療服務提供者處獲得透析，則您的費用分擔額不得超過您在網絡內支付的費用分擔額。但是，如果您通常的網絡內的透析提供者暫時無法提供服務，並且您選擇

從計劃網絡外的提供者處獲得服務區域內的服務，則透析的費用分擔額可能會更高。

- 您可以使用計劃的服務點 (POS) 福利，向網絡外的 PCP 和專科醫生尋求 Medicare 承保服務。有關詳細資訊，請參見第 4 章第 2.1 節。

第 2 節 使用計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療護理

第 2.1 節 您必須選擇名主診醫生 (PCP) 來提供和監督您的護理

什麼是 PCP，PCP 可以為您做什麼？

- 什麼是 PCP？您的 PCP 是指擁有符合州要求的醫生和/或執業護士的診所，這些醫生和護士接受過培訓，可以為您提供提供基本醫療服務。
- 哪些類型的醫療服務提供者可以擔任 PCP？最常擔任 PCP 的醫療服務提供者包括以下類型：家庭診所、內科醫生、全科醫生和兒科醫生。
- 解釋 PCP 在您的計劃中的作用。您的 PCP 將請求提供計劃中的某些服務。這稱為授權。需要授權的護理範例包括住院、門診手術和耐用醫療設備。
- PCP 在協調承保服務方面的作用是什麼？您通常會首先去看 PCP，以滿足您的大部分日常健康護理需求。您的 PCP 還將協調您作為本計劃會員獲得的其他承保服務。例如，您有時可能需要獲得 PCP 的批准才能看專科醫

生。這稱為轉介。您的 PCP 還將安排實驗室檢查、X 光檢查和治療。

您如何選擇 PCP ？

每位 CareOregon Advantage 會員都有一名指定的主診醫生 (PCP)。如果新會員未在其參保申請中選擇 PCP，則計劃將為該會員選擇一名 PCP。如果您已經是會員，您的 PCP 將保持不變。除女性健康和緊急護理外，您的 PCP 將協調您的護理。

更換 PCP

您可以隨時以任何理由更換您的 PCP。此外，您的 PCP 可能會退出我們計畫的醫療服務提供者網絡，您必須尋找新的 PCP。

要查找接受新患者的新 PCP，您可以在我們的在線醫療服務提供者目錄中查找，網址是

careoregonadvantage.org/providersearch。您也可以撥打客戶服務部電話 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 尋求幫助，10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。TTY 用戶請撥打 711。

當您致電時，請務必告知客戶服務部您是否正在看專科醫生或接受其他承保服務。客戶服務部將幫助確保您想要的 PCP 接受新患者，並確保您在更換 PCP 後可以繼續接受專科護理和其他服務。

當您更換新的 PCP 時，更改將立即生效。

第 2.2 節 如果沒有 PCP 轉介，您可以獲得哪些類型的醫療護理？

您無需事先獲得 PCP 的批准即可獲得下列服務。

- 常規女性保健，包括乳房檢查、乳房 X 光檢查（乳房 X 光造影檢查）、子宮頸抹片檢查和盆腔檢查。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗接種、乙型肝炎疫苗接種和肺炎疫苗接種。
- 網絡內醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者的緊急服務。
- 急需服務是指非緊急服務的承保服務，在網絡內醫療服務提供者暫時不可用或無法提供服務或參保者不在服務區域時提供。例如，您在週末需要立即護理。服務必須是急需的且具有醫療必需性。
- 當您暫時不在計劃服務區域時，您在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。如果可能，請在離開服務區域之前致電客戶服務部，以便我們在您離開時為您安排維持性透析。

第 2.3 節 如何獲得專科醫生和其他網絡內醫療服務提供者的護理

專科醫生是為特定疾病或身體部位提供醫療護理服務的醫生。專科醫生有很多種。以下是一些範例：

- 腫瘤科醫生為癌症患者提供治療
- 心臟病專家為心臟病患者提供治療

- 骨科醫生為患有某些骨骼、關節或肌肉疾病的患者提供治療

當您是 CareOregon Advantage Plus 計劃會員時，您的 PCP 負責為您轉診或向 CareOregon Advantage Plus 遞交申請（稱為授權）。需要授權的護理範例包括住院、門診手術和耐用醫療設備。有關哪些服務需要事先授權的更多資訊，請參閱第 4 章第 2.1 節。

CareOregon Advantage Plus 將決定批准或拒絕您的 PCP 提交的請求。如果我們拒絕承保您的服務，您或您的醫療服務提供者有權提出上訴。有關如何對拒絕承保提出上訴的更多資訊，請參閱第 9 章。

PCP 的選擇並不限制您只能在 PCP 轉介的特定專科醫生或醫院就診。會員可以請求在醫療服務提供者名錄中列出的任何網絡專家或醫院 (careoregonadvantage.org/providersearch) 就診。

如果專科醫生或其他網絡內醫療服務提供者退出本計劃怎麼辦？

我們可能會在年度內更改您的計劃中的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您將擁有下列概述的某些權利和保護：

- 儘管我們的醫療服務提供者網絡在一年中可能會發生變化，但 Medicare 要求我們為您提供不間斷的合格醫生和專科醫生。

第 3 章 使用本計劃獲得醫療服務

- 如果您的醫療服務提供者退出我們的計劃，我們將通知您，以便您有時間選擇新的醫療服務提供者。
 - 如果您的初級保健或行為健康醫療服務提供者退出我們的計劃，如果您在過去三年內曾在該提供者處就診，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他醫療服務提供者退出我們的計劃，如果您被分配給該提供者，目前正在接受他們的護理，或者在過去三個月內曾在他們那裡就診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格的網絡內醫療服務提供者，以便您繼續獲得持續護理。
- 如果您目前正在當前的醫療服務提供者處接受治療，您有權提出請求，我們將與您合作，確保您正在接受的具有醫療必需性的治療繼續進行。
- 我們將為您提供有關不同投保期限的資訊，以及您可能擁有的更改計劃的選項。
- 當網絡內醫療服務提供者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在我們的醫療服務提供者網絡之外安排任何具有醫療必需性的承保福利，但按網絡內的方式分擔費用。這可能需要事先授權，有關如何從網絡外醫療服務提供者處獲得護理的更多資訊，請參閱第 2.4 節。

- 如果您發現您的醫生或專科醫生將要退出您的計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您尋找新的醫療服務提供者來為您提供護理。
- 如果您認為我們沒有為您提供合格的醫療服務提供者來替代您之前的提供者，或者您沒有獲得適當的護理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴，或向計劃提出護理品質申訴，或同時提出投訴和申訴。詳情請參閱第 9 章。

第 2.4 節 如何獲得網絡外醫療服務提供者的護理

您可以使用本計劃的 Point of Service (POS) 福利，向網絡內的 PCP 或專科醫生尋求 Medicare 承保的服務。您就診的網絡外醫療服務提供者必須遵守本計劃為網絡內醫療服務提供者設定的相同規章制度。例如，網絡外醫療服務提供者提供的某些服務可能需要在治療前獲得計劃的授權。有關 Point of Service 福利的詳細資訊，請參閱第 4 章 2.1 節。

如果沒有 CareOregon Advantage Plus 專科醫生或醫療服務提供者可以提供服務，您的 PCP 將詢問我們您是否可以接受網絡外醫療服務提供者的服務。如果您在未經事先授權的情況下接受非計劃（網絡外）醫療服務提供者提供的非緊急護理，您必須自己支付全部費用，除非該服務非常緊急且我們的網絡無法提供，或者服務屬於區域外透析服務。如果網絡外醫療服務提供者向您寄來緊急服務的帳單，而您認為這些費用應該由我們支付，請聯絡客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）或將帳單寄給我們進行付款。

第 3 節 急診或急需護理或發生災難時如何獲得服務

第 3.1 節 發生醫療緊急情況時獲得護理

什麼是醫療緊急情況，如果您有醫療緊急情況該怎麼辦？

醫療緊急情況是指您或任何其他對健康和醫學有一般瞭解的謹慎外行認為您需要立即就醫以防止您失去生命（如果您是孕婦，則防止您失去未出生的孩子）、失去肢體或喪失肢體功能，或喪失或嚴重損害身體機能的醫療癥狀。醫療癥狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或病情迅速惡化。

如果您有醫療緊急情況：

- **盡快尋求幫助。**撥打 911 求助或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不必事先獲得 PCP 的批准或轉介。您不必使用網絡內的醫生。無論您在美國或其領土上的任何地方，只要您需要，您都可以從任何擁有適當州許可證的醫療服務提供者那裡獲得承保的緊急醫療護理，即使他們不屬於我們的網絡。

如果您有醫療緊急情況，承保項目是什麼？

您可以隨時在美國或其領土的任何地方獲得緊急醫療護理。

我們的計劃承保以任何其他方式前往急診室可能危及您健康的情況下的救護車服務。我們還承保緊急情況下的醫療服務。

為您提供緊急護理的醫生將決定您的病情何時穩定，醫療緊急情況何時結束。

緊急情況結束後，您有權獲得後續護理，以確保您的病情繼續穩定。我們的計劃將承保您的後續護理。如果您的緊急護理是由網絡外的醫療服務提供者提供的，我們將盡力安排網絡內的醫療服務提供者在您的醫療狀況和情況允許的情況下儘快接管您的護理。

如果不是醫療緊急情況怎麼辦？

有時很難確定您是否有醫療緊急情況。例如，您可以會因為自己認為您的健康處於嚴重的危險之中而尋求緊急護理，而醫生可能會告訴您這不屬於醫療緊急情況。如果事實證明這不是緊急情況，只要您合理地認為您的健康處於嚴重危險之中，我們就會承保您的護理。

但是，在醫生表示這不是緊急情況後，只有當您透過以下兩種方式之一獲得額外護理時，我們才會承保額外護理：

- 您向網絡內的醫療服務提供者尋求額外護理。
- – 或 – 您獲得的額外護理被視為急需服務，您遵循獲得此緊急護理的規則（有關此內容的詳細資訊，請參閱下面的第 3.2 節）。

第 3.2 節 在急需服務時獲得護理

什麼是急需服務？

急需服務是指需要立即接受醫療護理的非緊急情況，但鑒於您的情況，從網絡內醫療服務提供者處獲得這些服務是不可能的或不合理的。計劃必須承保網絡外提供的急需服務。以下是一些急需服務的範例：i) 週末出現嚴重的咽喉腫痛或 ii) 當您暫時不在服務區域時，已知病症意外發作。

第 3 章 使用本計劃獲得醫療服務

您應盡量從網絡內醫療服務提供者處獲取急需服務。但是，如果醫療服務提供者暫時不可用或無法提供服務，並且等待網絡可用時再次醫療服務提供者處獲得護理是不合理的，我們將承保您從網絡外醫療服務提供者處獲得的急需服務。

您可以在服務區域內的任何參與計劃的急診中心就診，或者在服務區域外的任何急診治療提供者處就診。如果您在查找或獲得緊急護理方面需要幫助，您可以在正常上班時間內聯絡客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。如果您在其他時間需要幫助，可撥打我們的 24 小時護士諮詢熱線免費電話 866-209-4589，以瞭解以下內容：您需要多長時間的疾病護理，需要哪種健康護理，看病前如何自我護理，以及如何獲得所需的護理。

本計劃不包括緊急服務、急需服務或在美國及其領土以外的任何其他護理服務。

第 3.3 節 在災難期間獲得護理

如果您所在州的州長、U.S. Secretary of Health and Human Services（美國衛生與公眾服務部長）或美國總統宣佈您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍然有權獲得計劃提供的護理。

請訪問以下網站：careoregonadvantage.org，瞭解有關如何在災難期間獲得所需護理的資訊。

如果您在災難期間無法使用網絡內醫療服務提供者，您的計劃將允許您以網絡內費用分擔的方式從網絡外醫療服務提供者那裡獲得護理。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，

則可以在網絡外藥房配藥。有關更多資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

第 4 節 如果直接向您收取全部服務費用怎麼辦？

第 4.1 節 您可以要求我們支付承保服務的費用

如果您已支付承保服務的費用，或已收到承保醫療服務的帳單，請查閱第 7 章（*要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單*），瞭解如何處理。

第 4.2 節 如果我們的計劃不承保服務，您該怎麼辦？

CareOregon Advantage Plus 承保本文檔第 4 章「醫療福利表」中列出的所有醫療必須服務。如果您接受本計劃未承保的服務或網絡外獲得且未經授權的服務，您有責任支付全部服務費用。第 4 章第 3.1 節列出了 Medicare 未承保的一些 Medicaid 承保服務。您也可以透過聯絡客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上），瞭解有關 Medicaid 承保服務的更多資訊。

如果您對我們是否會為您正在考慮的任何醫療服務或護理付費有疑問，您有權在您接受服務之前詢問我們是否會承保。您也有權以書面形式提出要求。如果我們拒絕承保您的服務，您有權對我們拒絕承保您的護理的決定提出上訴。有關如何對我們作出的決定提出上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章。您也可以致電客戶服務部以獲取更多資訊。

對於有福利限制的承保服務，您還需要在用完該類型承保服務的福利後支付您獲得的任何服務的全部費用。如果您想知

道自己已經使用了多少福利限額，您也可以致電客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

第 5 節 當您參加臨床研究時，您的醫療服務如何獲得承保？

第 5.1 節 什麼是臨床研究？

臨床研究（也稱為 *臨床試驗*）是醫生和科學家測試新型醫療護理的一種方式，例如某種新抗癌藥物的效果如何。某些臨床研究由 Medicare 批准。Medicare 批准的臨床研究通常要求志願者參與研究。

一旦 Medicare 批准了該研究，並且您表示感興趣，負責該研究的人員將會與您聯絡，向您解釋有關該研究的更多資訊，並確認您是否滿足進行該研究的科學家設定的要求。只要您符合研究的要求 *並且* 您對參與研究所涉及的內容有充分的理解和接受，您就可以參與該研究。

如果您參與了 Medicare 批准的研究，Original Medicare 將支付您在參與研究期間接受的承保服務的大部分費用。如果您告訴我們您參加了批准的臨床試驗，那麼您只需承擔該試驗中服務的網絡內分擔費用。如果您支付了更多費用，例如，如果您已經支付了

Original Medicare 的分擔費用，我們將報銷您支付的費用與網絡內分擔費用之間的差額。但是，您需要提供記錄以向我們說明您支付了多少費用。當您參加臨床研究時，您可以繼

續參加我們的計劃，並繼續透過我們的計劃獲得其他護理（與研究無關的護理）。

如果您想參加任何 Medicare 批准的臨床研究，您 *無需* 告知我們或獲得我們或您的 PCP 的批准。作為臨床研究的一部分為您提供護理的醫療服務提供者不需要成為我們計劃的醫療服務提供者網絡的一部分。請注意，這不包括我們的計劃承保的福利，包括作為組成部分的臨床試驗或註冊以評估福利。這些包括 national coverage determinations（NCD，國家覆蓋率決定）和 investigational device trials（IDE，研究性器械豁免）中規定的某些福利，並且可能需要事先授權和其他計劃規定。

您無需獲得我們計劃的許可即可參與由 Original Medicare 為 Medicare Advantage 參保者承保的臨床研究，但我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 批准的臨床試驗時，事先通知我們。

如果您參加 Medicare *尚未* 批准的研究，*您將負責支付參與該研究的所有費用。*

第 5.2 節 當您參加臨床研究時，需要支付哪些費用，由誰支付？

加入 Medicare 批准的臨床研究後，Original Medicare 會承保您在研究過程中獲得的常規項目和服務，包括：

- 即使您沒有參加研究，Medicare 也會支付的住院食宿費用
- 手術或其他醫療程式（如果是研究的一部分）
- 新護理的副作用和併發症的治療

在 Medicare 支付了這些服務的部分費用後，我們的計劃將支付其餘部分。與所有承保服務一樣，您無需為在臨床研究中獲得的承保服務支付任何費用。

當您參與臨床研究時，**Medicare 和我們的計劃均不會支付以下任何費用：**

- 一般來說，Medicare 不會支付研究測試的新項目或服務，除非即使您未參與研究，Medicare 也會承保該項目或服務。
- 僅為收集數據而提供的項目或服務，不用於您的直接醫療保健。例如，如果您的醫療狀況通常只需要進行一次 CT 掃描，那麼 Medicare 不會支付作為研究一部分的每月 CT 掃描的費用。

您想瞭解更多嗎？

您可以透過訪問 Medicare 網站閱讀或下載出版物 *Medicare and Clinical Research* 來獲取有關加入臨床研究的更多資訊。

（該出版物可在以下網址查閱：

medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您也可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。

第 6 節 在宗教性非醫療機構接受護理的規則

第 6.1 節 什麼是宗教性非醫療機構？

宗教性非醫療機構是為通常在醫院或專業護理機構中治療的疾病提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構接受護理

有違會員的宗教信仰，我們將為宗教性非醫療醫療機構的護理提供承保。此福利僅適用於 A 部分住院服務（非醫療健康護理服務）。

第 6.2 節 接受宗教性非醫療機構的護理

要從宗教性非醫療醫療機構獲得護理，您必須簽署一份法律文件，表明您真誠反對接受**非例外**的治療。

- **非例外**醫療護理或治療是指 *自願*且任何聯邦、州或地方法律 *不要求*的任何醫療護理或治療。
- **例外**醫療是指您獲得 *非自願*或聯邦、州或地方法律要求的醫療護理或治療。

要獲得本計劃的承保，您從宗教性非醫療機構獲得的護理必須滿足以下條件：

- 提供護理的機構必須獲得 Medicare 的認證。
- 本計劃對您所接受服務的承保僅限於 *非宗教性*的護理。
- 如果您從該機構獲得的服務是在醫療機構中提供的，則需要滿足以下條件：
 - 您必須有允許您接受住院醫院護理或專業護理機構護理承保服務的醫療狀況。
 - – 和 – 您必須在入院前事先獲得本計劃的批准，否則您的住院將不在承保範圍內。

Medicare 住院醫院承保限額適用（詳情請參閱第 4 章第 2.1 節的福利表）。

第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則

第 7.1 節 在本計劃下的付款達到一定次數後，您是否擁有耐用的醫療設備？

耐用醫療設備 Durable medical equipment (DME, 耐用醫療設備) 包括氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成設備、輸液泵 intravenous (IV, 靜脈輸注)、霧化器和由醫療服務提供者訂購的在家中使用的醫院病床等物品。會員始終擁有某些物品，例如假肢。本節將討論您必須租借的其他類型的 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人士在支付 13 個月的共付額後，便可擁有該器材。但是，作為 CareOregon Advantage Plus 的會員，無論您在加入本計劃期間為租用的 DME 設備支付了多少共付額，您通常都不會獲得該項目的所有權，即使您在加入本計劃之前已在 Original Medicare 下為該 DME 設備連續支付了 12 次費用。在某些有限的情況下，我們會將 DME 設備的所有權轉讓給您。請致電客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上），瞭解您必須滿足的要求以及您需要提供的文檔。

如果您轉投 Original Medicare，您已支付的耐用醫療設備費用會如何處理？

如果您在投保本計劃時未取得耐用醫療設備的所有權，您必須在轉投 Original Medicare 後，再次連續支付 13 次費用，才能擁有該設備。投保計劃時支付的費用不計算在內。

範例 1：在加入您在 Original Medicare 下為該設備連續付款 12 次或更少，然後加入了我們的計劃。您在 Original Medicare 下支付的費用不計算在內。您必須在我們的計劃下支付 13 次費用後，才能擁有該設備。

範例 2：在加入您在 Original Medicare 下為該設備連續付款 12 次或更少，然後加入了我們的計劃。您加入了我們的計劃，但在我們的計劃中沒有獲得所有權。然後您又轉換回 Original Medicare。再次加入 Original Medicare 後，您必須再次連續支付 13 次費用才能擁有該設備。所有以前的付款（無論是在我們的計劃下還是在 Original Medicare 下）都不計算在內。

第 7.2 節 氧氣設備、用品及維護規則

您可享有哪些氧氣福利？

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保資格，CareOregon Advantage Plus 將會承保以下項目：

- 氧氣設備租賃
- 輸送氧氣和氧氣含量
- 用於輸送氧氣和氧氣含量的管道和相關氧氣配件
- 氧氣設備的維護和維修

如果您退出 CareOregon Advantage Plus 或醫療上不再需要氧氣設備，則必須歸還氧氣設備。

如果您退出計劃並轉換回 Original Medicare，會發生什麼？

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供五年的服務。在前 36 個月內，您租用設備。其餘的 24 個月由供應商提供設備和維護（您仍需支付氧氣共付額）。五年後，您可以選擇繼續使用同一供應商或轉到另一家供應商。此時，五年的週期重新開始，即使您仍使用同一供應商，也需要支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出我們的計劃，五年週期將重新開始。

第 4 章： 醫療福利表（承保項目）

第 1 節 瞭解承保服務

本章提供了一個醫療福利表，其中列出了您作為 CareOregon Advantage Plus 會員可享受的承保服務。在本章的後面部分，您可以找到有關未承保的醫療服務的資訊。本章還解釋了某些服務的限制。

第 1.1 節 您無需支付承保服務的費用

由於您獲得 Medicaid 的援助，因此只要您遵守計劃的護理規則，就無需支付承保服務的費用。（有關計劃護理規則的詳細資訊，請參閱第 3 章。）

第 1.2 節 您為承保醫療服務支付的最高費用是多少？

注意：由於我們的會員也可獲得 Medicaid 的援助，所以很少有會員會達到最大自付金額。您無需支付涉及承保的 A 部分和 B 部分服務的最大自付金額的任何自付費用。

由於您已加入 Medicare Advantage Plan，因此您每年需要為本計劃承保的醫療服務支付的自付費用有一定的限額。此限額稱為醫療服務的 maximum out-of-pocket (MOOP, 最大自付金額)。在 2024 日曆年，該金額為 8,850 美元。

您為承保服務支付的金額計入此最大自付金額。您為 D 部分處方藥支付的金額不計入您的最大自付金額。此外，您為某些服務支付的金額不計入您的最大自付金額。這些服務在醫療福利表中以星號標記。如果您的自付金額達到 8,850 美元的最高限額，您在本年度內的剩餘時間內無需支付任何承保服務的自付費用。但是，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。

第 2 節 使用 **醫療福利表** 查找承保項目

第 2.1 節 計劃會員的醫療福利

以下頁面上的醫療福利表列出了 CareOregon Advantage Plus 承保的服務。D 部分處方藥承保範圍在第 5 章中。醫療福利表中列出的服務僅在滿足以下承保要求時承保：

- 您的 Medicare 承保服務必須根據 Medicare 制定的承保指南提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥）必須具有醫療必需性。醫療必需性是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療狀況所必需的，並符合公認的醫療實踐標準。
- 您從網絡內醫療服務提供者處獲得護理。在大多數情況下，您從網絡外醫療服務提供者那裡獲得的護理將不在承保範圍內，除非是急診或緊急護理，或者除非您的計劃或網絡內醫療服務提供者為您提供了轉診。這意味著您必須向醫療服務提供者全額支付所提供的服務費用。
- 您的主診醫生 (PCP) 為您提供並監督您的護理。在大多數情況下，您必須征得 PCP 的提前批准，才能到計劃網絡中的其他醫療服務提供者處就診。這稱為轉介。
- 醫療福利表中列出的某些服務只有在您的醫生或其他網絡內醫療服務提供者事先獲得我們的批准（有時稱為事先授權）的情況下才能承保。需要提前批准的承保服務在醫療福利表中以**粗體**標記。

關於我們的承保範圍的其他重要事項：

- 您同時享受 Medicare 和 Medicaid。Medicare 承保健康護理和處方藥。Medicaid 承保您的 Medicare 服務分擔費用。Medicaid 也承保 Medicare 未承保的服務，如長期護理、非處方藥、家庭和社區服務。
- 與所有 Medicare 健康計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。
(如果您想進一步瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請查看您的 *Medicare & You 2024* 手冊。請登錄 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 在線查看或每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取副本。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。
- 對於 Original Medicare 免費承保的所有預防性服務，我們也會為您免費承保。但是，如果您在接受預防性服務的就診期間，同時接受了現有醫療狀況的治療或監測，則須就現有醫療狀況所接受的護理支付共付額。
- 如果 Medicare 在 2024 年增加了任何新服務的承保範圍，Medicare 或本計劃也將承保這些服務。
- 如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，則 Medicaid 將支付費用分擔金額。請參閱第 4 章第 3.1 節，瞭解您根據 Medicaid 計劃有資格獲得的服務。
- 如果您在本計劃的兩個月持續資格期限內，我們將繼續提供所有 Medicare Advantage 計劃承保的 Medicare 福利。但是，

在此期間，我們不會繼續承保您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 承保範圍內的 Medicaid 福利，也不會支付在您未失去 Medicaid 資格的情況下通常會為您支付的 Medicare 保費或費用分擔。


只要您滿足上述承保要求，您無需為福利表中列出的服務支付任何費用。

所有參與 Wellness and Health Care Planning（WHP，健康和保健計劃）服務的參保者的重要福利資訊


- 您將有資格享受以下 WHP 服務，包括 advance care planning（ACP，預先護理計畫）服務：
 - 年度健康檢查。請參閱以下醫療福利表中的「年度健康檢查」行，瞭解更多詳情。
 - 如果您想瞭解有關預先護理計畫的更多資訊，請聯絡您的醫療服務提供者。參與是自願的，可能隨時被拒絕。

有資格獲得「額外補助」的投保人的重要福利資訊：

- 如果您獲得「額外補助」來支付您的 Medicare 處方藥計劃費用，例如保費、自付額和共同保險額，您可能也有資格獲得其他有針對性的補充福利和/或有針對性的費用分擔減免。
- 詳情請參閱第 4 章的醫療福利表。
- 有關降低 D 部分疫苗和 D 部分處方藥共付額的詳情，請參閱第 6 章第 2.1 節。

 您將在福利圖表中的預防性服務旁邊看到這個蘋果。

醫療福利表

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p> 腹主動脈瘤篩查</p> <p>針對高危人群的一次性超聲波篩查。該計劃僅在您具有特定風險因素，並且得到您的醫生、助理醫生、執業護士或臨床專科護士轉介時才承保此項篩查。</p>	<p>符合此預防性篩查資格的會員無需支付共同保險額、共付額或自付額。</p>

針灸治療慢性腰痛

\$0

承保服務包括：

在以下情況下， Medicare 受益人在 90 天內最多可獲得

12 次就診：

就本福利而言， 慢性腰痛是指：

- 持續 12 周或更長時間；
- 非特異性， 即沒有可識別的全身性原因（即， 與轉移性、 炎症性、 傳染性疾病等無關）；
- 與手術無關；和
- 與懷孕無關。

授權規則可能適用

對於病情有所好轉的患者， 將承保額外的八次治療。 每年針灸治療次數不得超過 20 次。

如果患者沒有好轉或病情惡化， 則必須停止治療。

醫療服務提供者要求：

醫生（定義見 Social Security Act（社會保障法）

（「法案」）第 1861(r)(1) 條）可以根據適用的州要求提供針灸服務。

為您承保的服務

您獲得這些服務時
必須支付的費用

(PA, 助理醫生)、nurse practitioner (NP, 執業護士) /clinical nurse specialists (CNS, 臨床專科護士) (定義見法案第 1861(aa) (5) 條) 和輔助人員可以提供針灸服務, 前提是他們符合所有適用的州要求, 並具備以下條件:

- 獲得 Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM, 針灸和東方醫學認證委員會) 認可的學校頒發的針灸或東方醫學碩士或博士學位; 和

針灸治療慢性腰痛 (續)

- 持有美國州、領地或聯邦 (即波多黎各) 或哥倫比亞特區的現行、充分、有效和不受限制的執業針灸許可證。

提供針灸服務的輔助人員必須在醫生、PA 或 NP / CNS 的適當監督下進行針灸, 這是我們在 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 中規定的。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
救護車服務 承保範圍內的救護車服務 無論是無急診還是非急診 包括固定翼飛機、旋翼飛機和地面救護車服務，只有在向醫療狀況危及個人健康的會員提供這些服務或獲得計劃授權的情況下，才能將其送往最近的適當醫療機構。如果承保範圍內的救護車服務並非用於緊急情況，則應記錄該會員的狀況，表明其他交通方式可能危及其健康，並且救護車運送是出於醫療需要。	\$0

為您承保的服務

您獲得這些服務時必須支付的費用

年度健康檢查

如果您投保 B 部分超過 12 個月，您可以進行年度健康檢查，以根據您當前的健康和風險因素制定或更新個人化的預防計劃。承保週期為 12 個月。

注：您的第一次年度健康檢查不能在您 Welcome to Medicare 預防性檢查後的 12 個月內進行。但是，在您投保 B 部分 12 個月後，您無需進行「歡迎參加 Medicare 檢查」即可獲得年度健康檢查。

年度健康檢查沒有共同保險額、共付額或自付額。

骨量測定

對於符合條件的個人（通常指有骨量損失或骨質疏鬆症風險的人），每 24 個月承保一次以下服務，或在醫療必需的情況下更頻繁地承保：識別骨量、檢測骨質流失或確定骨品質的程式，包括醫生對結果的解釋。

Medicare 承保的骨量測定沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

乳腺癌篩查 (乳房 X 光檢查)

承保服務包括：

- 35 至 39 歲之間的一次基線乳房 X 光檢查
- 40 歲及以上的女性每 12 個月進行一次乳房 X 光檢查
- 每 24 個月進行一次臨床乳房檢查

承保範圍內的乳房 X 光檢查沒有共同保險額、共付額或自付額。

心臟康復服務

經醫生轉診，為符合特定條件的會員提供全面的心臟康復服務計劃，包括運動、教育和諮詢。該計劃還包括強化心臟康復計劃，這些計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或強度更高。

\$0

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

降低心血管疾病風險門診 (心血管疾病治療)

我們承保主診醫生每年為您進行一次門診，以幫助您降低罹患心血管疾病的風險。就診期間，醫生可能會與您討論阿司匹林的使用（如果適用），檢查您的血壓，並為您提供確保飲食健康的建議。

強化行為療法心血管疾病預防福利沒有共同保險額、共付額或自付額。

心血管疾病檢測

每 5 年（60 個月）進行一次血液檢查以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險升高相關的異常）。

每 5 年一次的心血管疾病檢測沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時必須支付的費用


CareOregon Advantage CareCard®

CareOregon Advantage CareCard

(CareOregon Advantage 護理卡) 允許會員在支付卡使用三種稱為「錢包」的不同類別的福利，以獲得以下福利：

- 每年 1,620 美元 (每季度 405 美元) 用於購買與健康相關的非處方藥和/或健康食品。
 - CareOregon Advantage 護理卡可在選定的參與零售商處使用。有關福利詳情，包括承保和非承保項目清單，請訪問我們的網站 ***mybenefitscenter.com***
- 1,500 美元用於補充牙科服務 (詳見本節中的 *牙科服務*)。
- 透過完成符合條件的健康獎勵活動最多可獲得 425 美元的獎勵 (有關更多資訊，請參閱單獨的文檔 *Summary of Benefits (福利要點)*)。

使用此福利沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p> 宮頸癌和陰道癌篩查</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">對於所有女性：子宮頸抹片檢查和盆腔檢查每 24 個月一次如果您罹患宮頸癌或陰道癌的風險很高，或者您處於育齡期並且在過去 3 年內子宮頸抹片檢查異常：每 12 個月接受一次子宮頸抹片檢查	<p>Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查和盆腔檢查沒有共同保險額、共付額或自付額。</p>
<p>脊椎按摩療法服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">我們只承保手動矯正脊柱半脫位的治療	<p>\$0</p> <p>授權規則可能適用</p>

結直腸癌篩查

承保以下篩查檢測：

- 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於高風險患者，每 120 個月（10 年）進行一次；對於非結直腸癌高風險患者，在接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月進行一次；對於高風險患者，在接受過結腸鏡檢查或鋇灌腸篩查後，每 24 個月進行一次。
- 為 45 歲及以上患者進行軟式乙狀結腸鏡檢查。接受過結腸鏡檢查後，非高風險患者每 120 個月一次。最後一次軟式乙狀結腸鏡檢查或鋇灌腸篩查後被判定為高風險的患者每 48 個月一次。
- 對 45 歲及以上的患者進行糞便潛血檢查。每 12 個月一次。
- 對 45-85 歲且不符合高風險標準的患者進行多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。
- 對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者進行血液生物標誌物檢測。每 3 年一次。

Medicare 承保的結直腸癌篩檢沒有共同保險額、共付額或自付額。

如果醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查期間發現並切除息肉，篩查檢查就變成了診斷性檢查。有關更多資訊，請參閱**門診診斷檢查和治療服務及用品**。

為您承保的服務

您獲得這些服務時 必須支付的費用

- 鋇灌腸作為結腸鏡檢查的替代方案，適用於高風險患者以及自上次鋇灌腸篩檢或上次結腸鏡篩檢後已滿 24 個月的患者。
- 鋇灌腸作為軟式乙狀結腸鏡檢查的替代方案，適用於非高風險且年齡為 45 歲或以上的患者。在上次鋇灌腸篩檢或軟式乙狀結腸鏡篩檢後至少每 48 個月進行一次。

結直腸癌篩檢包括 Medicare 承保的非侵入性糞便結直腸癌篩檢得出陽性結果後的後續結腸鏡篩檢。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
牙科服務	Medicare 承保的服務：
一般來說，Original Medicare 不承保預防性牙科服務（如洗牙、常規牙科檢查和牙科 x 光檢查）。但是，目前	\$0
Medicare 在有限的情況下會支付牙科服務費用，特別是當牙科服務是受益人主要醫療狀況特定治療不可或缺的一部分時。範例包括在骨折或受傷後重建頷骨，為準備涉及頷骨的癌症放射治療而進行的拔牙，或在腎移植前進行的口腔檢查。此外，計劃也承保：	補充服務：
補充牙科福利	\$0
會員每年可獲得 1,500 美元的 CareOregon Advantage 護理卡，可在任何牙科診所使用。	對於補充牙科服務，您的護理卡每年的限額為 1,500 美元。
在使用補充牙科福利之前，請參閱第 4 章第 3 節，瞭解 Medicaid 涵蓋的服務。	

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

抑鬱症篩查

我們承保每年一次的抑鬱症篩查。篩查必須在可以提供後續治療和/或轉診的初級保健機構進行。


每年一次的抑鬱症篩查門診沒有共同保險額、共付額或自付額。

糖尿病篩查

如果您有以下任何風險因素，我們將承保此篩查（包括空腹血糖檢測）：高血壓（高血脂）、膽固醇和甘油三酯水平異常史（血脂異常）、肥胖或高血糖（葡萄糖）病史。如果您滿足其他要求，例如超重和有糖尿病家族史，也可以接受檢查。

根據這些檢查的結果，您每 12 個月最多可以接受兩次糖尿病篩查。

Medicare 承保的糖尿病篩檢沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p> 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品</p> <p>適用於所有糖尿病患者（胰島素使用者和非胰島素使用者）。承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 監測血糖的用品：血糖監測儀、血糖試紙、采血針設備和采血針，以及用於檢查試紙和監測儀準確性的血糖控制溶液。• 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者：每個日曆年一雙治療性定製模製鞋（包括隨鞋提供的鞋墊）和兩雙額外的鞋墊，或一雙深鞋和三雙鞋墊（不包括隨鞋提供的非定製可拆卸鞋墊）。承保範圍包括試穿。• 在特定條件下承保糖尿病自我管理培訓。	<p>\$0</p> <p>授權規則可能適用</p>

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>耐用醫療設備 (DME) 和相關用品</p> <p>(有關耐用醫療設備的定義, 請參閱本文檔的第 12 章以及第 3 章第 7 節。)</p> <p>承保項目包括但不限於: 輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由醫療服務提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成設備、氧氣設備、霧化器和助行器。</p> <p>本計劃承保 Original Medicare 承保的所有醫療必需的 DME。如果您所在地區的供應商不提供特定品牌或製造商的產品, 您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。最新的供應商名單可在我們的網站上找到, 網址為 careoregonadvantage.org/providersearch。</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare 氧氣設備保險費用分擔為每月 0 美元。</p> <p>投保 36 個月後, 您的分擔費用不會發生變化。</p>

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
緊急護理	\$0
<p>緊急護理是指以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 由有資格提供緊急服務的醫療服務提供者提供，且• 需要評估或穩定緊急醫療狀況。 <p>醫療緊急情況是指您或任何其他對健康和醫學有一般瞭解的謹慎外行認為您需要立即就醫以防止失去生命（如果您是孕婦，則防止失去未出生的孩子）、失去肢體或喪失肢體功能的醫療癥狀。醫療癥狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或病情迅速惡化。</p> <p>網絡外提供的必要緊急服務的費用分擔與網絡內提供的此類服務的費用分擔相同。</p> <p>除非在有限的情況下，否則不包括在美國及其領土之外的區域。有關詳細資訊，請聯絡計劃。</p>	<p>如果您在網絡外醫院接受緊急護理，並在緊急情況穩定後需要住院治療，您必須回到網絡內醫院接受治療，以便繼續承保您的護理。</p>

健康和保健教育計劃

- **護士諮詢熱線**：866-209-0905（每週 7 天、每天 24 小時開通）。
- **The Silver&Fit Healthy Aging and Exercise Program (Silver&Fit 健康老齡化和鍛煉計劃)**：作為 Silver&Fit 會員，您可以免費使用以下選項：
 - **健身中心會員**：您可以前往附近參與本計劃的健身中心或基督教青年會。
 - **家庭健身套餐**：您有資格每年從各種健身類別中選擇一個家庭健身套餐。
 - **鍛煉計劃**：透過回答有關您感興趣的領域的一些在線問題，您將收到定製的鍛煉計劃，包括有關如何開始的說明和建議的鍛煉視頻。
 - **數字鍛煉**：您可以透過網站的數字鍛煉庫觀看點播視頻，包括 Silver&Fit Signature Series 課程。

這些計劃沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務
時**必須**支付的費
用

- **FitnessCoach 虛擬個人健身訓練**：**您**每年最多可參加 8 次經過認證的私人健身教練的線上直播課程。
- 需要支付額外費用的非標準會員服務不屬於 Silver&Fit 計劃的一部分，將不予報銷。
- 可能存在適用的限額和限制條件。參與計劃的機構和健身連鎖店可能因地點而異，並可能發生變化。套餐和獎勵可能隨時變更。

聽力服務

由您的提供者進行的診斷性聽力和平衡評估，以確定您是否需要治療，如果由醫生、聽力學家或其他合格的醫療服務提供者提供，則屬於門診護理的承保範圍。

\$0

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

愛滋病毒篩查

對於要求進行 HIV 篩查或 HIV 感染風險增加的人，我們提供以下承保：

- 每 12 個月進行一次篩檢

對於懷孕的女性，我們承保：

- 妊娠期間最多進行三次篩檢

符合 Medicare 承保的預防性愛滋病毒篩查資格的會員沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
家庭保健機構護理	\$0
<p>在接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並將下令由家庭保健機構提供家庭保健服務。您待在家中，這意味著您離開家很困難。</p>	
<p>承保的服務包括但不限於：</p>	
<ul style="list-style-type: none">• 兼職或間歇性專業護理和家庭保健助理服務（要享受居家護理福利，您的專業護理和家庭保健助理服務的總時間必須少於每天 8 小時，每週 35 小時）• 物理治療、職業治療和言語治療• 醫療和社會服務• 醫療設備和用品	

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
家庭輸液治療	\$0
<p>家庭輸液治療包括在家中靜脈內或皮下施用藥物或生物製劑。進行家庭輸液所需的組件包括藥物（例如，抗病毒藥物、免疫球蛋白）、設備（例如，泵）和用品（例如，管道和導管）。</p>	授權規則可能適用
<p>承保的服務包括但不限於：</p>	
<ul style="list-style-type: none">• 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務• 耐用醫療設備福利未涵蓋的患者培訓和教育• 遠程監測• 由合格的家庭輸液治療醫療服務提供者提供的家庭輸液治療和家庭輸液藥物的監測服務	

安寧療護

如果您的醫生和安寧療護醫療主任已為您做出末期預後，證明您患有晚期疾病，並且如果病情正常發展，您的生存期為 6 個月或更短，則您有享受安寧療護福利。您可以從任何經 Medicare 認證的安寧療護計劃獲得照護。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務區域尋找 Medicare 認證的安寧療護計劃，包括 MA (醫療保險) 機構擁有、控制或擁有經濟利益的計劃。您的安寧療護醫生可以是網絡內或網絡外的醫療服務提供者。

承保服務包括：

- 用於控制癥狀和緩解疼痛的藥物
- 短期臨時護理
- 家庭護理

安寧療護服務以及 Medicare A 或 B 部分涵蓋的與您的終末期預後相關的服務：

Original Medicare (而非我們的計劃) 將向您的安寧療護提供者支付與您的終末期預後相關的安寧療護服務費用。當您參與安寧療護計劃時，您的安寧療護提供者將就 Original Medicare 支付的服務

當您參加

Medicare 認證的安寧療護計劃時，您的安寧療護服務以及與您的終末期預後相關的 A 部分和 B 部分服務由 Original Medicare 支付，而不是由 CareOregon Advantage Plus 支付。

為您承保的服務

您獲得這些服務時必須支付的費用

向 Original Medicare 收取服務費用。您將被要求分擔 Original Medicare 的費用。

對於 Medicare A 部分或 B 部分涵蓋且與您的終末預後無關的服務：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分涵蓋的非緊急、非急需的服務，並且與您的終末預後無關，您的這些服務費用取決於您是否使用本計劃網絡內的醫療服務提供者並遵守計劃規則（例如，如果需要獲得事先授權）。

- 如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得承保服務並遵循計劃規則獲取服務，您只需支付網絡內服務的計劃費用分擔金額

安寧療護（續）

- 如果您從網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，您需要支付按服務收費 Medicare（Original Medicare）的費用分擔

對於 CareOregon Advantage Plus 涵蓋但 Medicare A 部分或 B 部分未涵蓋的服務： CareOregon Advantage Plus 將繼續承保 A 部分或 B 部分未涵蓋的計劃承保服務，無論它們是否與您的終末預後有關。您需要為這些服務支付計劃費用分擔金額。

對於計劃 D 部分福利可能涵蓋的藥物：如果這些藥物與您的末期安寧療護狀況無關，您需要支付費用分擔金額。如果它們與您的終末安寧療護狀況有關，則您需要支付 Original Medicare 的費用分擔金額。安寧療護和本計劃不會同時涵蓋藥物。欲瞭解詳細資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（如果您接受 Medicare 認證的安寧療護該怎麼辦）。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須**支付的費用

注意：如果您需要非安寧療護（與您的終末預後無關的護理），您應該聯絡我們安排服務。

我們的計劃承保安寧療護諮詢服務（僅限一次），為未選擇安寧療護福利的末期患者提供。

免疫接種

承保的 Medicare B 部分服務包括：

- 肺炎疫苗
- 流感疫苗，在秋季和冬季的每個流感季節注射一次，如果具有醫療必需性，可以額外注射流感疫苗
- 乙型肝炎疫苗，如果您患乙型肝炎的風險為高或中等
- COVID-19 疫苗
- 其他疫苗，如果您有風險並且符合 Medicare B 部分的承保規則

我們的 D 部分處方藥福利下也涵蓋一些疫苗。

肺炎、流感、乙型肝炎和 COVID-19 疫苗沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時必須支付的費用

居家支援服務

每年與 Papa Pals 進行長達九十 (90) 小時的上門探訪。這項福利可為會員提供日常生活輔助活動方面的支援，例如交通、雜貨店購物、準備食物、財務管理和藥物管理。支援人員還可以滿足技術援助需求，幫助獲取會員福利（例如激活護理卡，安排非緊急醫療交通等），以及社交需求方面的支援。

我們的 D 部分處方藥福利下也涵蓋一些疫苗

此服務沒有共同保險額、共付額或自付額。

住院護理

包括急症住院、康復住院、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從憑醫囑正式入院之日開始。出院前一天為最後住院日。

\$0

服務包括但不限於：

- 半獨立病房（或如有醫療需要，則為獨立病房）
- 膳食，包括特殊飲食
- 常規護理服務
- 特殊護理病房（如重症監護或冠心病監護病房）的費用
- 藥物
- 實驗室檢查
- X光和其他放射學服務
- 必要的手術和醫療用品
- 使用輪椅等器具的費用
- 操作和恢復室費用
- 物理、職業和言語語言治療
- 住院藥物濫用服務
- 在某些情況下，承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多臟器。如果您需要移植，我們將安排由 Medicare 批准的移植中

如果您在緊急狀況穩定後在網絡外醫院獲得授權的住院治療，您的費用為您在網絡內醫院支付的費用分擔額。

為您承保的服務

您獲得這些服務 時必須支付的費用

心審查您的個案，該中心將決定您是否適合移植。移植服務提供者可能在本地或服務區域之外。如果我們的網絡內移植服務不屬於社區護理模式，只要當地移植服務提供者願意接受 **Original Medicare** 費率，您就可以選擇本地移植服務。如果 **CareOregon Advantage Plus** 在您社區的移植護理模式之外的地點提供移植服務，並且您選擇此外地地點進行移植，我們將為您和一名陪同人員安排或支付適當的住宿和交通費用。

住院護理 (續)

- 血液 - 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第一品脫血液開始。
- 醫師服務

注意：要入院接受治療，您的醫療服務提供者必須開具醫囑，將您正式收治為住院患者。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定自己是住院患者還是門診患者，則應詢問醫院工作人員。

您還可以在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient ?*」的 Medicare 情況說明書中找到更多資訊。如果您享受 Medicare - 請諮詢！該情況說明書可在網站

[medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf) 上獲取，或致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。您可以每週 7 天、每天 24 小時免費撥打這些號碼。

精神病院的住院服務

為您承保的服務

承保服務包括需要住院的精神衛生保健服務，我們終生最多承保 190 天的精神病院住院精神衛生保健護理。住院治療限額適用於綜合醫院提供的住院精神服務。

注意：福利期從您住院的當天開始，到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 中的專業護理）時結束。如果您在一個福利期結束後入住醫院或 SNF，則新的福利期開始。您必須支付每個福利期的住院自付額。福利期沒有次數限制。

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

除緊急情況外，授權規則可能適用

住院時間：在非承保住院期間在醫院或 SNF 接受的承保服務

如果您已用盡住院福利，或者住院並非不合理且必要，我們將不承保您的住院。但是，在某些情況下，我們將承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間獲得的某些服務。承保服務包括但不限於：

- 醫師服務
- 診斷測試（如實驗室測試）
- X 射線，鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務
- 手術敷料
- 用於減少骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置
- 替代全部或部分身體內部器官（包括毗連組織），或替代永久性失效或功能失常的內部器官的全部或部分功能的假肢和矯形裝置（牙科除外），包括此類裝置的更換或修理
- 腿部、手臂、背部和頸部支架；桁架；以及假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況變化而需要的調整、修理和更換

對於每項服務，請參閱此福利表的相應部分，瞭解福利、規則和限制。

請參閱**醫師/從業醫師服務、PCP 或專科診所就診**

請參閱**門診診斷檢查和治療服務及用品**

請參閱**假肢裝置和相關用品**

為您承保的服務

- 物理治療、言語治療和職業治療

您獲得這些服務時必須支付的費用

請參閱門診康復服務

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

送餐計劃 (僅適用於出院後)

從醫院、康復中心或專業護理機構出院後，您有資格獲得最多 **28** 天的送餐服務 (最多 **56** 餐，或每天兩餐)。需要轉介。

送餐計劃福利沒有共同保險額、共付額或自付額。

醫學營養治療

此福利適用於患有糖尿病、腎 (腎臟) 疾病 (但不適用於透析) 或接受腎移植後 (由醫生轉診) 的患者。

在您根據 Medicare (包括本計劃，任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare) 接受醫學營養治療服務的第一年，我們提供 **3** 小時的一對一諮詢服務，之後每年提供 **2** 小時。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可以透過醫生的轉診獲得更多小時的治療。醫生必須開具這些服務的處方，並在下一個日曆年需要治療時每年更新他們的轉介。

有資格獲得 Medicare 承保的醫療營養治療服務的會員沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

Medicare Diabetes Prevention

Program (MDPP, Medicare 糖尿病預防計劃)

MDPP 服務將適用於所有 Medicare 健康計劃下符合條件的 Medicare 受益人。

MDPP 是一種結構化的健康行為改變干預措施，提供長期飲食改變、增加身體活動和解決問題策略方面的實踐培訓，以克服持續減肥和維持健康生活方式方面的挑戰。

MDPP 福利沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

Medicare B 部分處方藥

這些藥物包含在 Original Medicare 的 B 部分。本計劃的會員可透過本計劃獲得這些藥物的承保。承保藥物包括：

- 在您接受醫師、醫院門診或門診外科中心服務時，通常不會由病患自行注射或輸注的藥物
- 透過耐用醫療設備（如醫療必需的胰島素泵）提供的胰島素
- 您使用計劃授權的耐用醫療設備（如霧化器）服用的其他藥物

\$0

授權規則可能適用

在您從醫生、醫院門診中心或門診手術護理中心接受護理時注射或輸注的某些藥物須遵循分步治療規則。

Medicare B 部分處方藥 (續)

- 血友病患者自行注射的凝血因子
- 免疫抑製藥物，如果您在器官移植時已加入 Medicare A 部分
- 注射性骨質疏鬆症藥物，前提是您需要臥床在家，有醫生證明與絕經後骨質疏鬆症有關的骨折，並且無法自行用藥
- 抗原
- 某些口服抗癌藥和止嘔藥
- 某些用於家庭透析的藥物，包括肝素、醫療必需的肝素解毒劑、局部麻醉劑和促紅細胞生成劑（如 Epogen、Procrit、Epoetin Alfa、Aranesp 或 Darbepoetin Alfa）
- 用於家庭治療原發性免疫缺陷疾病的靜脈注射免疫球蛋白

請訪問

careoregonadvantage.org/druglist 以獲取可能需要分步治療的 B 部分藥物清單。

我們的 B 部分和 D 部分處方藥福利下也涵蓋一些疫苗。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

第 5 章介紹 D 部分處方藥福利，包括您必須遵守的處方藥承保規則。第 6 章將闡述您透過本計劃支付的 D 部分處方藥費用。

肥胖篩查及促進持續減重的治療

如果您的體重指數為 30 或以上，我們將提供強化諮詢以幫助您減肥。如果您在初級保健機構接受諮詢，我們將承保此諮詢，因為它可與您的綜合預防計劃協調。請諮詢您的主診醫生或從業醫師以瞭解更多資訊。

預防性肥胖篩查和治療沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>阿片類藥物治療計劃服務</p> <p>患有 opioid use disorder (OUD, 阿片類藥物使用障礙) 本計劃會員可以透過 Opioid Treatment Program (OTP, 阿片類藥物治療計劃) 獲得治療 OUD 的服務, 其中包括以下服務:</p> <ul style="list-style-type: none">• U.S. Food and Drug Administration (FDA, 美國食品和藥物監督管理局) 批准的阿片類激動劑和拮抗劑 medication-assisted treatment (MAT, 藥物輔助治療) 藥物• MAT 藥物的配發和施用 (如適用)• 藥物使用諮詢• 個人和團體治療• 毒理學檢測• 攝入活動• 定期評估	<p>\$0</p> <p>授權規則可能適用</p>

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
門診診斷檢查和治療服務及用品 承保的服務包括但不限於： <ul style="list-style-type: none">• X 光• 輻射（鐳和同位素）治療，包括技術人員材料和用品• 手術用品，如敷料• 用於減少骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置• 實驗室檢查• 血液 - 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第一品脫血液開始。• 其他門診診斷檢查	\$0 授權規則可能適用

門診住院觀察

\$0

觀察服務是為確定您是否需要住院或是否可以出院而提供的醫院門診服務。

門診住院觀察服務必須符合 Medicare 標準，並被視為合理和必要，才能獲得承保。觀察服務僅在由醫生或州執照法和醫院工作人員章程授權的其他人員開具醫囑，允許患者入院或開具門診檢查單的情況下才能獲得承保。

注意：除非醫療服務提供者已開具了醫囑讓您住院，否則您屬於門診患者，應支付醫院門診服務的費用分擔金額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。

您還可以在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient ?*」的 Medicare 情況說明書中找到更多資訊。如果您享受 Medicare - 請諮詢！該情況說明書可在網站

[medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf) 上獲取，或致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取。TTY 用戶請撥打

為您承保的服務

您獲得這些服務
時**必須支付的費用**

877-486-2048。您可以每週 7 天、每天
24 小時免費撥打這些號碼。

門診住院服務

我們承保您在醫院門診部獲得的醫療必需服務，以診斷或治療疾病或受傷。

注意：除非醫療服務提供者已開具了醫囑讓您住院，否則您屬於門診患者，應支付醫院門診服務的費用分擔金額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，您應該詢問醫院工作人員。

您還可以在名為「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient ?*」的 Medicare 情況說明書中找到更多資訊。如果您享受 Medicare - 請咨詢！該情況說明書可在網站

[medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf) 上獲取，或致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。您可以每週 7 天、每天 24 小時免費撥打這些號碼。

承保的服務包括但不限於：

對於每項服務，請參閱此福利表的相應部分，瞭解福利、規則和限制。

授權規則可能適用

請參閱**緊急護理**

門診部：請參閱

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none">● 急診科服務● 門診服務，如觀察服務或門診手術● 醫院收取的實驗室和診斷測試費用● 精神衛生保健，包括部分住院計劃中的護理，如果醫生證明在沒有這些護理將需要住院治療	<p>醫師/執業醫師服務</p> <p>觀察或門診手術：請參閱門診手術</p> <p>請參閱門診診斷檢查和治療服務及用品</p> <p>心理健康護理：請參閱門診精神衛生保健</p>
<p>門診住院服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none">● 醫院收取的 X 光和其他放射學服務費用● 醫療用品，如夾板和石膏● 某些不能自己施用的藥物和生物製劑	<p>部分住院：請參閱部分住院服務</p> <p>請參閱門診診斷檢查和治療服務及用品</p> <p>請參閱 Medicare B 部分處方藥</p>

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>門診精神衛生保健</p> <p>承保服務包括：</p> <p>由州許可的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床專科護士、licensed professional counselor (LPC, 持牌專業顧問)、licensed marriage and family therapist (LMFT, 持牌婚姻和家庭治療師)、nurse practitioner (NP, 執業護士)、physician assistant (PA, 助理醫師) 或適用的州法律允許的其他具有 Medicare 資格的精神衛生保健專業人員提供的心理健康服務。</p>	<p>網絡內：</p> <p>\$0</p> <p>網絡外：</p> <p>\$0</p> <p>本計劃為網絡外服務支付的費用是有限制的。有關詳細資訊，請參閱此福利表中的服務點部分。</p>

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
門診康復服務 承保服務包括：物理治療、職業治療和言語語言治療。 門診康復服務在各類門診機構中提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所和 Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF)。	\$0 授權規則可能適用
門診藥物濫用服務 您可以在門診機構中獲得治療化學依賴的服務和用品（個人或團體治療）。	\$0
門診手術，包括醫院門診機構和門診外科中心提供的服務 注意： 如果您在醫院進行手術，您應該與您的醫療服務提供者核實您是住院還是門診患者。除非醫療服務提供者開具醫囑讓您住院，否則您屬於門診患者，應支付門診手術的費用分擔金額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。	\$0 授權規則可能適用

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>部分住院服務和強化門診服務</p> <p>部分住院是一種結構化的積極精神病治療計劃，作為醫院門診服務或由社區心理健康中心提供，其強度高於在醫生或治療師診所接受的護理，是住院的替代方案。</p> <p>強化門診服務是在醫院門診部、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或農村健康診所提供的主動行為（心理）健康治療的結構化計劃，其強度高於在您的醫生或治療師診所接受的護理，但低於部分住院治療。</p>	<p>\$0</p> <p>授權規則可能適用</p>
<p>個人應急響應系統 Personal Emergency Response System (PERS, 個人應急響應系統)</p> <p>可穿戴醫療警報系統設備，可在大多數有手機信號的地點提供 24/7 全天候監控。會員無需擁有自己的手機服務即可使用此福利。</p>	<p>此福利沒有共同保險額、共付額或自付額。</p>

醫師/執業醫師服務，包括醫生診所就診

承保服務包括：

- 在醫生診所、經認證的門診外科中心、醫院門診部或任何其他地點提供的醫療必需的醫療護理或手術服務
- 專家諮詢、診斷和治療
- 由您的 PCP 或專科醫生進行的基本聽力和平衡檢查，如果您的醫生要求檢查以確定您是否需要治療
- 某些遠端醫療服務，包括：主診醫生和專科醫生服務。
 - 您可以選擇透過現場就診或遠端醫療獲得這些服務。如果您選擇透過遠端醫療獲得其中一項服務，則必須使用透過遠端醫療提供服務的網絡內醫療服務提供者。
 - 請聯絡您的醫療服務提供者的診所，瞭解他們是否提供遠端醫療服務以及如何獲得這些服務。
- 一些遠端醫療服務，包括由醫師或執業醫師為某些農村地區或 Medicare 批准的其他地方的患者提供的諮詢、診斷和治療服務

網絡內：

Medicare 承保的主診醫生門診每次 0 美元。

Medicare 承保的專科醫生門診每次 0 美元。

網絡外：

Medicare 承保的主診醫生門診每次 0 美元。

Medicare 承保的專科醫生門診每次 0 美元。

此福利沒有共同保險額、共付額或自付額。

本計劃為網絡外服務支付的費用是有限制的。有關詳細資訊，請

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

- 遠端醫療服務，為在醫院或急救醫院的腎透析中心、腎透析機構或會員家中為家庭透析會員提供每月終末期腎病相關相關就診
- 遠端醫療服務，用於診斷、評估或治療中風癥狀，無論您身在何處
- 遠端醫療服務，為患有藥物使用障礙或同時發生心理健康障礙的會員提供服務，無論他們身在何處
- 在以下情況下，用於診斷、評估和治療心理健康障礙的遠端醫療服務：
 - 您在第一次遠端醫療就診前 6 個月內進行了面對面就診

參閱此福利表中的服務點部分。

為您承保的服務

您獲得這些服務
時**必須**支付的費
用

醫師/執業醫師服務，包括醫生診所就診 (續)

- 在接受這些遠端醫療服務的同時，您每 12 個月進行一次面對面就診
 - 在某些情況下，上述規定可以有例外
- 由農村衛生診所和 聯邦合格醫療中心 提供的心理健康就診遠端醫療服務
- **在以下情況下**，由您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（例如，透過電話或視頻聊天）：
 - 您不是新患者，**且**
 - 檢查與過去 7 天內的診所就診無關，**且**
 - 檢查不會導致 24 小時內的門診就診或最快的可用預約
- **在以下情況下**，評估您傳送給醫生的視頻和/或圖像，並由醫生在 24 小時內進行解釋和隨訪：

為您承保的服務

您獲得這些服務 時必須支付的費用

- 您不是新患者，**且**
- 評估與過去 7 天內的診所就診無關，**且**
- 評估不會導致 24 小時內的門診就診或最快的可用預約
- 您的醫生透過電話、互聯網或電子健康記錄與其他醫生進行諮詢
- 手術前由其他網絡內醫療服務提供者提供的第二意見
- 非常規牙科護理 (承保服務僅限於頷骨或相關結構的手術、頷骨或面部骨骼的骨折固定、拔牙以準備頷骨以進行腫瘤性癌症疾病的放射治療，或由醫生提供時將承保的服務)

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
足病服務 承保服務包括： <ul style="list-style-type: none">• 足部損傷和疾病（如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和內科或外科治療• 為患有影響下肢的某些疾病的會員提供常規足部護理• 補充無限制的常規足病就診	\$0

服務點

CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) 有一個服務點 (POS) 選項，允許您從網絡外醫療服務提供者處獲得以下服務：

- PCP 診所就診
- 專科醫生診所就診
- 心理健康專業服務的個人療程
- 心理健康專業服務的團體療程

適用於年度最高賠付額的金額僅基於我們向網絡外醫療服務提供者支付的診所就診金額。


一旦達到 1,000 的賠付金額，我們將不再支付網絡外專科醫生或主診醫生提供的服務費用，費用將由您承擔。

Medicare 承保服務的費用分擔屬於 Medicaid 承保服務。醫療服務提供者不得向符合 Medicaid 資格的會員收取承保服務的費用。如果您在使用服務點福利時收到服務帳單，請聯絡 CareOregon

有關費用分擔的資訊，請參閱**醫師/執業醫師服務，包括醫生診所就診。**

有關費用分擔的資訊，請參見**門診精神衛生保健。**

網絡外服務的年度限額為 1,000 美元。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>Advantage 客戶服務部。電話號碼列在本手冊的封底上。</p>	
<p> 前列腺癌篩檢</p> <p>對於 50 歲及以上的男性，承保服務包括以下內容 - 每 12 個月一次：</p> <ul style="list-style-type: none">• 直腸指檢• 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測	<p>年度 PSA 檢測沒有共同保險額、共付額或自付額。</p>
<p>假肢裝置及相關用品</p> <p>替換全部或部分身體部位或功能的裝置（牙科除外）。這些包括但不限於：與結腸造口護理直接相關的結腸造瘻袋和用品、起搏器、矯正器、假肢鞋和乳房假體（包括乳房切除術後的手術胸罩）。包括與假肢裝置相關的某些用品，以及假肢裝置的維修和/或更換。還包括白內障摘除或白內障手術後的一些承保範圍 – 有關更多詳細資訊，請參閱本節後面的視力保健。</p>	<p>\$0</p> <p>授權規則可能適用</p>

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>肺康復服務</p> <p>為患有中度至極重度 慢性阻塞性肺病 chronic obstructive pulmonary disease (COPD, 慢性阻塞性肺病) 的會員提供全面的肺康復計劃, 並由治療慢性呼吸道疾病的醫生轉診進行肺康復。</p>	\$0

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

常規體檢

除了年度健康健康或「歡迎參加 Medicare」檢查外，我們的計劃還包括單獨的年度常規體檢。年度常規體檢是一種全面的預防性醫學評估和管理，可能包括以下內容：

- 既往醫學、社會和家族史
- 全面體檢和身體系統檢查
- 藥物檢查
- 免疫接種
- 諮詢/預期指導/減少風險因素的干預措施
- 審查適合年齡/性別的篩查測試

注意：任何實驗室或診斷程式均不在此福利範圍內，您需要單獨支付這些服務的計劃分擔費用。

常規體檢沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

減少酒精濫用的篩查和諮詢

我們為酗酒但非酒精依賴的 Medicare 成年人（包括孕婦）提供一次酒精濫用篩查。

如果您的酒精濫用篩查呈陽性，您每年最多可以獲得 4 次由合格的主診醫生或執業醫師在初級保健機構中提供的簡短的面對面諮詢（如果您在諮詢期間有行為能力且能夠保持警醒）。

Medicare 承保的減少酒精濫用預防福利的篩查和諮詢沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須**支付的費用

使用低劑量計算機斷層掃描 (LDCT) 篩查肺癌

對於符合條件的個人，每 12 個月提供一次 LDCT。

符合條件的會員是指：年齡在 50-77 歲之間，沒有肺癌的體徵或癥狀，但有至少 20 包年的吸煙史，目前正在吸煙或在過去 15 年內已經戒煙，在肺癌篩查諮詢和共同決策就診期間收到 LDCT 醫囑，該醫囑符合此類就診的 Medicare 標準，並由醫生或合格的非醫師執業者提供。

*對於初始 LDCT 篩查後的 LDCT 肺癌篩查：*會員必須收到 LDCT 肺癌篩查的醫囑，該醫囑可在醫生或合格的非醫生執業者的任何適當就診期間提供。如果醫生或合格的非醫生執業者選擇提供肺癌篩查諮詢和共用決策就診，以便隨後進行 LDCT 肺癌篩查，則該就診必須符合此類就診的 Medicare 標準。

Medicare 承保的諮詢和共同決策就診或 LDCT 沒有共同保險額，共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

Sexually transmitted infections

(STI, 性傳播感染) 篩查和預防性傳播感染諮詢

本計劃承保衣原體、淋病、梅毒和乙型肝炎的性傳播感染 (STI) 篩查。這些篩查適用於孕婦以及主診醫生要求進行檢測時性傳播感染風險較高的某些人群。我們提供每 12 個月一次或在懷孕期間的特定時間進行一次這些檢查。

對於性傳播感染風險較高的性活躍的成年人，我們每年最多提供兩次 20 至 30 分鐘的面對面高強度行為諮詢服務時間。本計劃僅承保由主診醫生在初級保健機構 例如醫生診所 作為預防服務提供的諮詢服務時間。

Medicare 承保的性傳播感染篩查和性傳播感染預防福利諮詢沒有共同保險額、共付額或自付額。

治療腎臟疾病的服務

承保服務包括：

\$0

- 腎臟疾病教育服務，教授腎臟護理知識並幫助會員就他們的護理做出明智的決定。對於由醫生轉診的患有 IV 期慢性腎臟病的會員，我們終生最多提供六次腎臟疾病教育服務。
- 門診透析治療（包括暫時不在服務區域時的透析治療，如第 3 章所述，或當您的醫療服務提供者暫時不可用或無法提供服務時）
- 住院透析治療（如果您住院接受特殊治療）
- 自我透析培訓（包括為您和任何幫助您進行家庭透析治療的人提供的培訓）
- 家用透析設備和用品
- 某些家庭支持服務（例如，必要時，由經過培訓的透析人員上門檢查您的家庭透析情況，在緊急情況下提供幫助，以及檢查您的透析設備和供水情況）

某些透析藥物涵蓋在 Medicare B 部分藥物福利中。有關 B 部分藥物承保範圍的

為您承保的服務

**您獲得這些服務
時必須支付的費用**

資訊, 請訪問 **Medicare B 部分處方藥**。

專業護理機構 (SNF) 護理

\$0

(有關專業護理機構護理的定義, 請參閱本檔第 12 章。專業護理機構有時也稱為 SNF。)

計劃在每個福利期最多承保 100 天。

承保服務包括但不限於：

- 半獨立病房 (或如有醫療需要, 則為獨立病房)
- 膳食, 包括特殊飲食
- 專業護理服務
- 物理治療、職業治療和言語治療
- 作為護理計劃的一部分給您服用的藥物 (這包括體內天然存在的物質, 例如凝血因子)。
- 血液 - 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第一品脫血液開始。
- 通常由 SNF 提供的醫療和手術用品
- 通常由 SNF 提供的實驗室檢查
- 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射學服務
- 使用通常由 SNF 提供的輪椅等器具
- 醫師/執業醫師服務

當您連續 60 天沒有使用 SNF 時, 福利期結束。

無需事先住院。

您無需為專業服務支付額外費用。

授權規則可能適用

通常, 您將從網絡內機構獲得 SNF 護理。但是, 在以下特定條件下, 如果非

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須**支付的費用

網絡內醫療服務提供者的機構接受本計劃的付款金額，則可以從該機構獲得護理。

- 您在入院之前居住的療養院或持續照料退休社區（只要其提供專業護理機構護理）
- 您出院時您的配偶或同居伴侶居住的 SNF

戒煙（戒煙諮詢）

如果您吸煙，但沒有吸煙相關疾病的體徵或癥狀：作為一項預防性服務，我們在 12 個月內提供兩次戒煙諮詢服務，您無需支付任何費用。每次戒煙諮詢最多包括四次面診。

如果您吸煙並被診斷出患有吸煙相關疾病或正在服用可能受煙草影響的藥物：我們提供戒煙諮詢服務。我們在 12 個月內提供兩次戒煙諮詢服務；但是，您需要支付適用的分擔費用。每次戒煙諮詢最多包括四次面診。

Medicare 承保的吸煙和戒煙預防福利沒有共同保險額、共付額或自付額。

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須支付的費用**

高血壓特別補充福利

對於確診為高血壓的患者，您無需支付任何費用，即可每 24 個月購買一台經批准型號的血壓監測設備。請訪問 careoregon.nationsbenefits.com/login 或致電 877-278-9003 瞭解詳情。

有資格享受此福利的會員沒有共同保險額、共付額或自付額。

Supervised Exercise Therapy (SET, 監督運動療法)

\$0

本計劃為患有 癥狀性外周動脈疾病 symptomatic peripheral artery disease (PAD, 癥狀性外周動脈疾病), 並由負責 PAD 治療的醫生轉診的會員提供 SET 計劃。

如果滿足 SET 計劃要求, 則最多可在 12 周內獲得 36 次療程。

SET 計劃必須：

- 包括持續 30-60 分鐘的療程, 包括針對跛行 PAD 患者的治療性運動訓練計劃
- 在醫院門診或醫生診所進行
- 由接受過 PAD 運動療法培訓的合格輔助人員提供, 以確保帶來的益處大於危害
- 必須在醫師、醫師助理或執業護士/臨床專科護士的直接監督下進行, 這些人員必須接受基本和高級生命支持技術的培訓

如果醫療服務提供者認為醫療必需, SET 可以在 12 周內提供超過 36 個療程, 並在較長時間內額外提供 36 個療程。

為您承保的服務

您獲得這些服務
時**必須支付的費用**

急需服務

急需服務是為了治療非緊急、不可預見的醫療疾病、傷害或病症而提供的服務，這些疾病、傷害或病症需要立即得到醫療護理，但鑒於您的情況，從網絡內醫療服務提供者處獲得服務是不可能或不合理的。在以下情況下，計劃必須承保網絡外的急需服務：您暫時不在計劃的服務區域內，且因意外情況需要醫療急需服務，但這並非緊急醫療狀況，或基於您的情況，無法立即從網絡內醫療服務提供者處獲得醫療護理。在這些情況下，您的計劃將承保網絡外醫療服務提供者提供的急需服務。

\$0

本計劃不包括緊急服務、急需服務或在美國及其領土以外的任何其他護理服務。

為您承保的服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>虛擬就診</p> <p>Teladoc 是為您提供緊急護理的虛擬護理醫療服務提供者。醫生可以透過電話、視頻聊天或應用程式 24/7 全天候提供服務。使用手機、應用程式或訪問 Teladoc.com 創建帳戶。您也可以 24/7 全天候致電 800-835-2362 聯絡 Teladoc 會員支援。TTY 711。</p>	<p>每次虛擬就診 0 美元。</p>

視力保健

承保服務包括：

- 門診醫生服務，用於診斷和治療眼睛疾病和損傷，包括治療年齡相關性黃斑變性。Original Medicare 不包括眼鏡/隱形眼鏡的常規眼科檢查（屈光檢查）
- 對於青光眼高風險人群，我們將每年提供一次青光眼篩查。青光眼高風險人群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、50 歲及以上的非裔美國人以及 65 歲及以上的西裔美國人。
- 對於糖尿病患者，提供每年一次糖尿病視網膜病變篩查
- 每次白內障手術後（包括植入人工晶狀體）後，可獲得一副眼鏡或隱形眼鏡（如果您分別進行了兩次白內障手術，則不能在第一次手術後保留福利，而在第二次手術後購買兩副眼鏡。）

補充視力保健：

- 每 12 個月提供一次常規眼科檢查

標準：

\$0

補充：

- 補充常規眼科檢查的共付額為 0 美元。
- 175 美元的鏡架津貼；或
- 100 美元的隱形眼鏡津貼

為您承保的服務

您獲得這些服務時**必須**支付的費用

- 可選擇眼鏡鏡片和鏡架或隱形眼鏡
 - 鏡片包括單光、雙光或三光鏡片
 - 免費升級任何類別的漸變焦鏡片或高折射率鏡片

歡迎參加 Medicare 預防性檢查

本計劃承保一次性**歡迎參加 Medicare** 預防性檢查。就診內容包括健康檢查，有關您需要的預防性服務（包括某些篩查和注射）的教育和諮詢，以及必要時的其他護理轉介。

重要提示：我們僅在您擁有 Medicare B 部分的前 12 個月內提供**歡迎參加 Medicare** 預防性檢查。預約時，請告知醫生您想進行**歡迎參加 Medicare** 的預防性檢查的醫生門診。

歡迎參加 Medicare 預防性檢查沒有共同保險額、共付額或自付額。

第 3 節 CareOregon Advantage Plus 不承保哪些服務？

第 3.1 節 CareOregon Advantage Plus 不承保的服務

以下服務不在 CareOregon Advantage Plus 的承保範圍內，但可透過 Oregon Health Plan (Medicaid) 獲得：

- 牙科服務包括：
 - 檢查和 X 光檢查（包括口腔癌篩查）
 - 口腔清潔和塗氟
 - 補牙
 - 拔牙
 - 種植假牙（全口和部分）
 - 調整假牙，更換缺失或斷裂的假牙
 - 牙齦疾病的深層清潔
 - 緊急牙科服務（包括服務區域外的服務）
- 計劃生育服務
- 助聽器和電池等聽力服務
- 安寧療護服務
- 失禁用品
- 非處方藥（需要醫療服務提供者的處方）
- 非緊急醫療交通（往返 Medicaid 承保的服務）

此清單並非囊括無遺。請聯絡您的 coordinated care organization（CCO，協調護理組織），如果您不在 CCO 中，請聯絡 Oregon Health Plan，以瞭解有關 Oregon Health Plan 承保的處方藥福利的更多資訊。電話號碼列在您的 CCO 或 Oregon Health ID 卡的背面。

有些服務由州政府承擔，如墮胎和尊嚴死亡服務。

第 4 節 本計劃不承保哪些服務？

第 4.1 節 計劃不承保的服務 (Medicare 不承保項目)

本節介紹 Medicare 不承保的服務。

下圖描述了在任何情況下 Medicare 均不承保或僅在特定條件下 Medicare 承保的一些服務和項目。

如果您接受了不包括在內 (未承保) 的服務，您必須自己付費，但下面列出的特定情況除外。即使您在急診機構接受了不包括在內的服務，不包括在內服務仍然不在承保範圍內，我們的計劃不會支付這些服務的費用。唯一的例外是，如果您就該服務提出上訴且上訴結果決定：根據上訴結果，由於您的具體情況，我們應該支付或承保這些醫療服務。(有關就我們做出的不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請轉到本文檔的第 9 章第 6.3 節。

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均未承保	僅在特定條件下均承保
針灸		<ul style="list-style-type: none">在某些情況下適用於慢性腰痛患者。

Medicare 不承保的 服務	在任何情況 下均未承保	僅在特定條件下均承 保
整容手術		<ul style="list-style-type: none">● 承保因意外傷害或改善畸形肢體的功能而進行的手術。● 承保乳房切除術後乳房重建的所有階段，以及為使與未受影響的乳房外觀對稱而進行的乳房重建。
監護護理 監護護理是指不需要專業的醫務人員或輔助醫務人員持續關注的個人護理，例如幫助您進行洗澡或穿衣等日常生活活動的護理。	在任何情況 下均未承保	

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均未承保	僅在特定條件下均承保
<p>實驗性醫療和外科手術、設備和藥物。</p> <p>實驗程式和項目是由 Original Medicare 確定為不被醫學界普遍接受的項目和程式。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 可能由 Original Medicare 根據 Medicare 批准的臨床研究或本計劃承保。 <p>(有關臨床研究的詳細資訊，請參見第 3 章第 5 節。)</p>
<p>針對您的直系親屬或家庭會員的護理所收取的費用。</p>	<p>在任何情況下均未承保</p>	
<p>在您的家中提供的全職護理。</p>	<p>在任何情況下均未承保</p>	
<p>送餐上門</p>		<p>在醫院、康復中心或專業護理機構住院治療後出院。(有關詳細資訊，請參見第 4 章第 2.1 節中的<i>送餐計劃</i>。)</p>

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均未承保	僅在特定條件下均承保
家政服務，包括基本的家庭援助，如簡單的家政服務或便餐準備。	在任何情況下均未承保	
自然療法服務（使用自然療法或替代療法）。	在任何情況下均未承保	
非常規牙科護理		<ul style="list-style-type: none"> ● 治療疾病或受傷所需的牙科護理可能包含在住院或門診護理中。
矯形鞋或足部支撐裝置		<ul style="list-style-type: none"> ● 作為腿部支架一部分的鞋子，包含在支架的費用中。糖尿病足病患者的矯形鞋或治療鞋。
您在醫院或專業護理機構房間內的個人物品，例如電話或電視。	在任何情況下均未承保	

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均未承保	僅在特定條件下均承保
醫院的獨立病房。		<ul style="list-style-type: none"> 僅在醫療必需時承保。
絕育手術逆轉和/或非處方避孕用品。	在任何情況下均未承保	
常規脊椎按摩護理		<ul style="list-style-type: none"> 承保手動矯正脊柱半脫位的治療。
常規牙科護理，如洗牙、補牙或種植假牙。	在任何情況下均未承保	
常規眼科檢查、配眼鏡、橈骨角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助設備。		<ul style="list-style-type: none"> 可為白內障手術後的患者提供眼科檢查和一副眼鏡（或隱形眼鏡）。
常規足部護理		<ul style="list-style-type: none"> 根據 Medicare 指南提供的一些有限承保範圍（例如，如果您患有糖尿病）。

第 4 章 醫療福利表 (承保項目)

Medicare 不承保的服務	在任何情況下均未承保	僅在特定條件下均承保
常規聽力檢查、助聽器或安裝助聽器的檢查。	在任何情況下均未承保	
根據 Original Medicare 標準，服務被認為是不合理和必要的	在任何情況下均未承保	

第 5 章： 使用本計劃承保的 D 部分處方藥

如何獲得有關藥物費用的資訊？

由於您符合 Oregon Health Plan (Medicaid) 的資格，因此您有資格獲得 Medicare 的「額外補助」，以支付您的處方藥計劃的費用。由於您正在參與「額外補助」計劃，因此本承保範圍說明書中有關 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用。我們會寄給您一份單獨的插頁，稱為 *獲得處方藥額外補助者承保範圍說明書附加條款*（也稱為 *低收入補助附加條款* 或 *LIS 附加條款*），其中會介紹您的藥物承保。如果您沒有此插頁，請致電客戶服務部索取 LIS 附加條款。（客戶服務部的電話號碼列印在本文檔的封底上。）

第 1 節 引言

本章介紹使用 D 部分藥物保險的規則。請參閱第 4 章，瞭解 Medicare B 部分藥物福利和安寧療護藥物福利。

除了 Medicare 承保的藥物外，您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利也承保您的部分處方藥。請聯絡您的 coordinated care organization（CCO，協調護理組織），如果您不在 CCO 中，請聯絡 Oregon Health Plan，以瞭解有關 Oregon Health Plan 承保的處方藥福利的更多資訊。電話號碼列在您的 CCO 或 Oregon Health ID 卡的背面。

第 1.1 節 計劃 D 部分藥物承保的基本規則

只要您遵循以下基本規則，本計劃一般會承保您的藥物：

- 您必須讓醫療服務提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生）為您開具處方，該處方必須根據適用的州法律有效。
- 您的處方醫生不得在 Medicare 的排除或限制名單上。
- 您通常必須使用網絡內藥房來配藥。（請參閱第 2 節，在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配藥）。
- 您的藥物必須在計劃的承保藥物清單（處方集）（我們簡稱「藥物清單」）上。（請參閱第 3 節，您的藥物必須在計劃的「藥物清單」上）。
- 您的藥物必須用於醫療許可的適應症。「醫療許可的適應症」是指由美國食品和藥物監督管理局批准或有某些參考文獻支持的藥物用途。（有關醫療許可的適應症的更多資訊，請參閱第 3 節。）

第 2 節 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配藥

第 2.1 節 使用網絡內藥房

在大多數情況下，只有在網絡內藥物配藥時，您的處方才能獲得承保。（有關我們在什麼情況下承保在網絡外藥房配購的處方藥的資訊，請參閱第 2.5 節。）

網絡內藥房是與計劃簽訂合同以提供您的承保處方藥的藥房。術語承保藥物是指該計劃「藥物清單」上的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網絡內藥房

您如何找到您所在地區的網絡內藥房？

要查找網絡內藥房，您可以查看您的藥房名錄，訪問我們的網站 (careoregonadvantage.org/pharmacy)，和/或致電客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

您可以前往我們的任何網絡內藥房。

如果您一直在使用的藥房退出網絡怎麼辦？

如果您一直使用的藥房退出了計劃的網絡，則您在網絡內尋找一家新藥房。要查找您所在地區的其他藥房，您可以向客戶服務部尋求幫助（電話號碼列印在本手冊的封底上）或使用藥房名錄。您也可以我們的網站上找到此資訊，網址為 careoregonadvantage.org/pharmacy。

如果您需要專門的藥房怎麼辦？

有些處方必須在專業藥房配藥。專業藥房包括：

- 為家庭輸液治療提供藥物的藥房。
- 為長期護理 (LTC) 機構的居住者提供藥物的藥房。通常，LTC 機構（如療養院）有自己的藥房。如果您在 LTC 機構獲取 D 部分福利時遇到任何困難，請聯絡客戶服務部。
- 為 Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program（印第安人健康服務/部落/城市印第安人健康計劃）提供服務的藥房（在波多黎各不提供）。除緊急情況外，只有美洲原住民或阿拉斯加原住民才能使用我們網絡內的這些藥房。

- 分發 FDA 限制在某些地點分發或需要特殊處理、提供者協調或使用教育的藥物的藥房。（**注：**這種情況應該很少發生。

要查找專業藥房，請查看您的 *藥房名錄* 或致電客戶服務部。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

對於某些種類的藥物，您可以使用本計劃的網絡郵購服務。一般而言，透過郵購服務提供的藥物是您定期服用的慢性或長期藥物。這些藥物在我們的「藥物清單」中標記為**郵購藥物**。

本計劃的郵購服務允許您訂購**至少訂購 30 天的用量，但不得超過 100 天的用量**。

如需索取訂購表格及有關郵購處方藥的資訊，您可從我們的網站 careoregonadvantage.org/pharmacy 下載郵購表格，或致電客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上），讓我們寄一份表格給您。

通常，郵購藥房訂單將在 **14 天**內交付到您的手中。如果您的藥物未在規定時間內送達，請致電客戶服務部，我們將為您提供幫助。

藥房直接從您的醫生診所接收的新處方。

藥房收到醫療服務提供者開具的處方後，會與您聯絡，詢問您是希望立即配送或稍後再配送。每次藥房聯絡您時，請務必回覆，讓他們知道是配送、延遲或停止新處方。

郵購處方的續配。 如需續配藥物，您可以選擇註冊一項

名為「OptumRX Automatic Refill Program（OptumRX 自動續藥項目）」的自動續配計劃。根據此計劃，當我們的記錄顯示您的藥品即將用完時，我們將開始自動處理您的下一次續配。藥房將在每次配送續配藥前與您聯絡，以確保您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或您的藥物發生了變化，您可以取消預定的續配。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，但仍希望郵購藥房向您配送處方藥，請在您當前的處方藥用完前 21 天聯絡您的藥房。這將確保您的訂單能夠及時配送。

要退出自動準備郵購續配藥的 Optum Rx Automatic Refill Program，請在續配後三個工作日內致電 Optum Rx 藥房幫助台。可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 866-325-7344 聯絡 Optum。

如果您透過郵件自動收到不想要的續配藥，您可能也有資格獲得退款。

第 2.4 節 如何獲得長期的用藥量？

本計劃提供兩種方法，可以獲得本計劃的「藥物清單」上維持藥物的長期用量（也稱為延長用量）。（維持藥物時您因慢性或長期病症而定期服用的藥物。）

1. 我們網絡中的一些零售藥店可以讓您獲得長期的維持用藥量。您的藥房名錄會告訴您我們網絡內的哪些藥房可以為您提供長期的維持用藥量。您也可以致電客戶服務部以獲取更多資訊。

2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持藥物。有關詳細資訊，請參閱第 2.3 節。

第 2.5 節 在什麼情況下可使用計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可能會獲得承保

一般而言，*只有在您無法使用網絡內的藥房時*，我們才會承保在網絡外藥房配購的藥物。為了幫助您，我們在服務區域之外設有網絡內藥房，作為本計劃的會員，您可以這些藥房裡配藥。**請先諮詢客戶服務部**，看看附近是否有網絡內藥房。您很可能需要支付您在網絡外藥房支付的藥物費用與我們在網絡內藥房承保的藥費之間的差額。

以下是我們承保在網絡外藥房配購的處方藥的情況：

- 您在計劃服務區域之外旅行，需要承保藥物，並且無法前往網絡內藥房。
- 您無法在服務區域內及時獲得承保藥物，因為例如，在合理的駕駛距離內沒有提供 24/7 服務的網絡內藥房。
- 您需要的特定承保藥物在可購藥的網絡內零售藥房或郵購藥房沒有固定存貨。
- 您在急診科、醫療服務提供者診所、門診手術室或其他門診藥房就醫時，由網絡外機構藥房為您配藥。

網絡外藥房用藥量以 30 天為限。

在這些情況下，**請先諮詢客戶服務部**，看看附近是否有網絡內藥房。（客戶服務部的電話號碼列印在本手冊的封底

上)。您可能需要支付您在網絡外藥房支付的藥物費用與我們在網絡內藥房承保的藥費之間的差額。

如何要求計劃報銷？

如果您必須使用網絡外藥房，您必須在配藥時支付全部費用，而不是正常費用分擔金額。您可以要求我們報銷我們應承擔的費用。（第 7 章第 2 節介紹了如何要求計劃賠付。）

第 3 節 您的藥物必須在計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 「藥物清單」說明承保哪些 D 部分藥物

本計劃有一份承保藥物清單（處方集）。在本承保範圍說明書中，我們簡稱其為「藥物清單」。

該清單上的藥物是由計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下選定的。該清單符合 Medicare 的要求，並已獲得 Medicare 的批准。

「藥物清單」包括 Medicare D 部分承保的藥物。除了 Medicare 承保的藥物外，您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利也承保您的部分處方藥。請聯絡您的 coordinated care organization (CCO)，如果您不在 CCO 中，請聯絡 Oregon Health Plan，以瞭解有關 Oregon Health Plan 承保的處方藥福利的更多資訊。電話號碼列在您的 CCO 或 Oregon Health ID 卡的背面。

只要您遵守本章說明的其他承保規定，且藥物用於醫療許可的適應症，我們通常會承保計劃的「藥物清單」上列出的藥物。醫療許可的適應症是指符合以下任一條件的藥物用途：

- 經美國食品和藥物監督管理局批准用於診斷或處方所針對的病症。
- 或 -- 得到某些參考文獻的支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information（美國醫院處方集服務：藥物資訊）和 DRUGDEX Information System（藥品咨詢系統）。

「藥物清單」包括品牌藥、仿製藥和生物仿製藥。

品牌藥是以藥品生產商擁有的商標名稱銷售的處方藥。比一般藥物更複雜的品牌藥物

（例如，基於蛋白質的藥物）稱為生物製品。在「藥物清單」中，當我們提到「藥物」時，它可能指藥物或生物製品。

仿製藥是具有與品牌藥相同活性成分的處方藥。由於生物製品比一般藥物更複雜，因此它們沒有通用形式，而是具有稱為生物仿製藥的替代品。一般來說，仿製藥和生物仿製藥與品牌藥物或生物製品一樣有效，而且價格通常較低。許多品牌藥物都有仿製藥替代品。一些生物製品也有生物仿製藥替代品。

非處方藥

您的 Medicaid 計劃承保某些非處方藥，但您需要提供醫療服務提供者開具的處方。如果您對此過程有疑問，請聯絡您的協調護理組織 (CCO)，如果您不在 CCO 中，請聯絡 Oregon Health Plan，以瞭解有關 Oregon Health Plan 承保的處方藥福利的更多資訊。電話號碼列在您的 CCO 或 Oregon Health ID 卡的背面。

如果您沒有收到醫療服務提供者開具的非處方藥處方，您的 CareOregon Advantage 護理卡上的資金可用於支付這些非處方藥。有關護理卡的更多資訊，請參閱第 4 章第 2.1 節或聯絡客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

哪些藥物不在「藥物清單」上？

本清單僅列出 Medicare D 部分藥物。如果您想瞭解 Medicaid 承保的 D 部分藥物，請致電客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

本計劃不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物（有關此內容的更多資訊，請參閱本章第 7.1 節）。
- 在其他情況下，我們決定不將特定藥物列入「藥物清單」。在某些情況下，您可能能夠獲得未列入「藥物清單」的藥物。有關更多資訊，請參閱第 9 章。

第 3.2 節 「藥物清單」上的藥物有五個費用分擔等級

本計劃的「藥物清單」上的每種藥物都屬於這五個費用分擔等級之一。一般來說，費用分擔等級越高，您的藥物費用就越高：

- **第 1 級**為最低費用分擔等級並包括**仿製藥**。
- **第 2 級**包括**首選品牌藥物**。
- **第 3 級**包括**非首選品牌藥物**。

- **第 4 級**為最高費用分擔等級**並**包括**專用藥物**。
- **第 5 級**包括 **Medicare 一般不承保的補充藥物或特定藥物**。

要瞭解您的藥物屬於哪個費用分擔等級，請在計劃的「藥物清單」上查找。

您在每個費用分擔等級中為藥物支付的金額顯示在第 6 章（您為 D 部分處方藥支付的費用）。

第 3.3 節 如何查詢特定藥物是否在「藥物清單」上？

您有兩種方式查詢：

1. 訪問該計劃的網站 (careoregonadvantage.org/druglist)。網站上的「藥物清單」始終是最新的。
2. 致電客戶服務部，瞭解特定藥物是否在計劃的「藥物清單」上或索取清單副本。

第 4 節 某些藥物的承保範圍有限制

第 4.1 節 為什麼有些藥物會有限制？

對於某些處方藥，有特殊規定限制計劃承保的方式和時間。由醫生和藥劑師組成的團隊制定了這些規則，以鼓勵您和您的醫務服務提供者以最有效的方式使用藥物。要瞭解這些限制是否適用於您正在服用或想要服用的藥物，請查看「藥物清單」。如果一種安全、價格較低的藥物與價格較高的藥物

具有同樣的療效，計劃的規則旨在鼓勵您和您的醫務服務提供者使用價格較低的藥物。

請注意，有時某些藥物可能會在我們的「藥物清單」中多次出現。這是因為您的醫療服務提供者開立的相同藥物可能會因藥力、藥量或劑型不同而有所差異，並且不同版本的藥物可能適用不同的限制或費用分擔（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天兩次；片劑與口服液）。

第 4.2 節 有哪些限制？

下文將詳細介紹我們對某些藥物使用的限制類型。

如果您的藥物有限制，這通常意味著您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟才能讓我們承保該藥物。請聯絡客戶服務部，瞭解您或您的醫療服務提供者需要採取哪些步驟才能獲得藥物承保。如果您希望我們為您免除限制，您需要使用承保範圍決定流程，要求我們作出例外處理。我們可能同意，也可能不同意免除限制。（請參閱第 9 章）

在有仿製藥的情況下限制品牌藥

一般來說，「仿製」藥的藥效與品牌藥相同，且價格通常較低。**如果有品牌藥的仿製藥，我們的網絡內藥房將為您提供仿製藥，而不是品牌藥。**但是，如果您的醫務服務提供者已告知我們仿製藥或其他治療相同病症的承保藥物對您無效的醫學理由，則我們會承保品牌藥。（品牌藥的費用分擔金額可能高於仿製藥）。

提前獲得計劃批准

對於某些藥物，您或您的醫療服務提供者需要獲得計劃的批准，我們才會同意為您承保該藥物。這稱為**事先授權**。這樣做是為了確保安全用藥，並幫助指導您合理使用某些藥物。如果您未獲得此批准，您的藥物可能不在計劃的承保範圍內。

請先嘗試其他藥物

這項要求鼓勵您在計劃承保另一種藥物之前，先嘗試費用較低但通常同樣有效的藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 可以治療相同的病症，而藥物 A 的費用較低，則計劃可能要求您先嘗試藥物 A。如果藥物 A 對您無效，計劃便會承保 B 藥物。這種先嘗試其他藥物的要求稱為**分步療法**。

數量限制

對於某些藥物，我們限制您每次配藥時可以獲得的藥物劑量。例如，如果通常認為某種藥物每天只服用一粒是安全的，我們可能會將您的處方承保範圍限制為每天不超過一粒。

第 5 節 如果某一種藥物未按您希望的方式承保該怎麼辦？

第 5.1 節 如果您的藥物未按您希望的方式獲得承保，您可以採取以下措施

在某些情況下，您正在服用的處方藥，或者您和您的醫療服務提供者認為您應該服用的處方藥，不在我們的處方集上，或者在我們的處方集上但有限制。例如：

- 該藥物可能根本不在承保範圍內。或者，也許該藥物的仿製藥在承保範圍內，但品牌藥不在承保範圍內。
- 該藥物在承保範圍內，但該藥物的承保範圍有額外的規則或限制，如第 4 節所述。
- 如果您的藥物未獲得您希望的方式獲得承保，您可以採取一些措施。
- 如果您的藥物不在「藥物清單」上，或者您的藥物受到限制，請查閱第 5.2 節以瞭解您可以採取的措施。

第 5.2 節 如果您的藥物不在「藥物清單」上或藥物受到某些限制，您該怎麼處理？

如果您的藥物不在「藥物清單」上或受到限制，您有以下選擇：

- 您可以獲得臨時用藥量。
- 您可以換成另一種藥物。

- 您可以申請例外處理，並要求計劃承保藥物或取消對該藥物的限制。

您可以獲得臨時用量

在某些情況下，計劃必須提供您已在服用的藥物的臨時用量。此類臨時用藥量可以讓您有時間與您的醫療服務提供者討論承保範圍的變化並決定如何處理。

您一直在服用的藥物**必須不再列於計劃的「藥物清單」上，或現在受到某些限制**，才有資格獲得臨時用量。

- **如果您是新會員**，我們將在您加入計劃的前 **108 天**內承保您的臨時用藥量。
- **如果您去年加入本計劃**，我們將在該日曆年的前 **90 天**內承保您的臨時用藥量。
- 此類臨時用藥量最多為 **90 天**（如在 LTC 機構中則為 **31 天**）。如果您的處方天數較少，我們將允許您多次配藥，以提供最多 **90 天**（如果在 LTC 機構中則為 **31 天**）的用藥量。處方必須在網絡內藥房配藥。（請注意，為避免浪費，長期護理藥房每次提供藥物量可能較少。）
- **對已加入計劃超過 108 天並居住在長期護理機構且需要立即獲得用藥量的會員：**

我們將承保一次為期 **31 天**的特定藥物緊急用量，如果處方開具的天數較少，則承保更少的用量。這是對上述臨時用量的補充。

- **對於護理級別發生變化的當前會員：**如果您符合特定條件，我們將承保未列於處方集或已承保的 **D 部分藥物**

的一次性臨時用量（最多 30 天，如在 LTC 機構則為 31 天）。

護理等級更改範例：

- 您出院了
- 您入住長期護理機構或從該機構出院
- 您從一家長期護理機構轉移到另一家長期護理機構
- 您放棄安寧療護
- 您住在專業護理機構，並且您的 A 部分保險已用盡

有關臨時用藥量的問題，請致電客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

在使用臨時用藥量期間，您應與您的醫療服務提供者討論，以決定臨時用量用完後該如何處理。您有兩種選擇：

1) 您可以換用另一種藥物

與您的醫療服務提供者討論是否有計劃承保的其他藥物對您同樣有效。您可以致電客戶服務部索取一份治療相同病症的承保藥物清單。此清單可以幫助您的醫療服務提供者找到可能適合您的承保藥物。

2) 您可以要求例外

您和您的醫療服務提供者可以要求計劃作出例外處理，以您希望的方式承保藥物。如果您的醫療服務提供者表示您有醫療原因需要我們給予例外處理，您的醫務服務提供者可協助您申請例外處理。例如，您可以要求計劃承保未列於計劃

「藥物清單」上的藥物。或者，您也可以要求計劃破例承保該藥物，且不受限制。

如果您是當前會員，並且您正在服用的藥物將在明年從處方集中剔除或受到某些限制，我們會在新的一年之前通知您任何變更。您可以在明年之前申請例外處理，我們將在收到您的請求（或處方醫生的支持性聲明）後 72 小時內給您答覆。如果我們批准您的請求，我們將在更改生效之前授權承保範圍。

如果您和您的醫療服務提供者要求例外處理，請參閱第 9 章第 7.4 節。其中將介紹 Medicare 為確保您的請求得到及時和公平的處理而設定的程式和截止日期。

第 6 節 如果您的藥物承保範圍有變，該如何處理？

第 6.1 節 「藥物清單」可能會在年內發生變更

會在年度內變更承保範圍的的變更都發生在每年年初（1 月 1 日）。然而，計劃可在年度內對「藥物清單」進行某些變更。例如，計劃可能：

- 在「藥物清單」中添加或刪除藥物。
- 將藥物移至更高或更低的費用分擔等級。
- 添加或刪除藥物承保範圍限制。
- 用仿製藥替換品牌藥。

在變更計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵循 Medicare 的規定。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥物承保範圍有變，該如何處理？

有關藥物覆蓋範圍變更的資訊

當「藥物清單」發生變化時，我們會在網站上公佈變更資訊。我們也會定期更新我們的線上「藥物清單」。以下是您服用的藥物發生變化時，您會直接收到通知的時間。

在當前計劃年度內影響您的藥物承保範圍的變化

- **新的仿製葯取代了「藥物清單」上的品牌藥物（或者我們更改了費用分擔等級或對品牌藥物增加了新的限制，或兩者同時進行）**
 - 如果我們用新批准的同類仿製葯取代「藥物清單」上的品牌藥物，我們可能會立即將其從清單上刪除。仿製葯將出現在相同或更低的費用分擔等級中，並具有相同或更少的限制。我們可能會決定將品牌藥物保留在我們的「藥物清單」上，但在添加新仿製葯時立即將其移至更高的費用分擔等級或增加新的限制或兩者同時進行。
 - 在我們做出更改之前，我們可能不會提前通知您，即使您目前正在服用該品牌藥物。如果您在我們進行更改時正在服用品牌藥物，我們將為您提供有關具體變更的資訊。這還將包括有關您可以採取哪些步驟來申請例外承保該品牌藥物的資訊。在我們進行更改之前，您可能不會收到此通知。

- 您或您的處方醫生可要求我們作出例外處理，繼續為您承保品牌藥物。有關如何請求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。
- **不安全藥物和「藥物清單」上已退出市場的其他藥物**
 - 有時，某種藥物可能會被認為不安全或因其他原因被下架。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥物從「藥物清單」中刪除。如果您正在服用該藥物，我們會立即告訴您。
 - 您的處方醫生也會知道這一變化，並可以與您一起尋找其他藥物來治療您的病症。
- **「藥物清單」上藥物的其他變化**
 - 年度開始後，我們可能會做出其他改變，影響您正在服用的藥物。例如，我們可能會添加一種非新上市的仿製藥來取代「藥物清單」上的品牌藥物，或者更改費用分擔等級或對品牌藥物增加新的限制，或兩者同時進行。我們還可能根據 FDA 黑框警告或 Medicare 認證的新臨床指南進行更改。
 - 對於這些變更，我們必須至少提前 30 天通知您變更情況，或者向您發出變更通知，並在網絡內藥房為您提供 30 天的補充藥物。
 - 在您收到變更通知後，您應該與您的處方醫生合作，改用我們承保的其他藥物，或滿足對您正在服用的藥物的任何新限制。

- 您或您的處方醫生可要求我們作出例外處理，繼續為您承保該藥物。有關如何請求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

在本計劃年度內不會對您造成影響的「藥物清單」變更

我們可能會對「藥物清單」進行上述未描述的某些更改。在這些情況下，我們進行變更時如果您正在服用藥物，則這些變更將不適用於您；但是，如果您繼續使用同一計劃，這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始影響您。

一般而言，在當前計劃年度內不會影響您的變更包括：

- 我們對您的藥物的使用施加了新的限制。
- 我們將您的藥物從「藥物清單」中刪除。

如果您正在服用的藥物發生上述任何變更（退出市場、仿製葯取代品牌藥物或上述部分中提到的其他變更除外），則在下一年 1 月 1 日前，該變更不會影響您的用藥或您應承擔的費用。在此之前，您的付款不會增加，用藥也不會收到任何限制。

在當前計劃年度內，我們不會直接告訴您這些類型的變更。您需要查閱下一計劃年度的「藥物清單」（在公開投保期間可取得該清單時），以瞭解您所服用的藥物在下一計劃年度是否有任何影響您的變更。

第 7 節 本計劃不承保的哪些類型的藥物？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節說明「**不承保**」的處方藥種類。這表示 Medicare 不承保這些藥物。

如果您提出上訴，且所請求的藥物不屬於 D 部分的不承保藥物，我們將為您支付或承保該藥物。（有關對決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章）。如果本計劃不承保的藥物 Medicaid 也不承保，您必須自行支付。

以下是 Medicare 藥物計劃 D 部分不承保藥物的三項一般規定：

- 本計劃的 D 部分藥物承保範圍不能承保 Medicare A 部分或 B 部分所承保的藥物。
- 我們的計劃不承保在美國或其領土以外購買的藥物。
- 我們的計劃通常不能承保標籤外使用。標籤外使用是指除食品和藥物監督管理局批准的藥物標籤上註明的適應症以外的任何使用。
- 僅當使用得到某些參考文獻，例如美國醫院處方集服務：藥物資訊和藥品諮詢系統的支持時，才允許承保標籤外使用。

此外，根據法律，Medicare 不承保下列類別的藥物。

- 非處方藥（也稱為櫃檯發售藥）
 - 用於促進生育的藥物

- 用於緩解咳嗽或感冒癥狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維生素和礦物質產品，產前維生素和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食、體重減輕或體重增加的藥物
- 製造商要求只能從製造商處購買相關測試或監測服務作為銷售條件的門診藥物

此外，如果您**獲得 Medicare 的「額外補助」**以支付處方藥費用，則「額外補助」計劃將不會支付通常不承保的藥物。（請參閱計劃的「藥物清單」或致電客戶服務部以獲取更多資訊。客戶服務部的電話號碼列印在本手冊的封底上。）但是，如果您透過

Oregon Health Plan (Medicaid) 獲得藥物保險，則 **Oregon Health Plan** 計劃可能承保 **Medicare** 藥物計劃中通常未承保的一些處方藥。請聯絡您的協調護理組織 (CCO)，如果您不在 CCO 中，請聯絡 **Oregon Health Plan**，以確定您可以獲得哪些藥物保險。（您可以在第 2 章第 6 節中找到 **Oregon Health Plan** 的電話號碼和聯絡資訊。您的 CCO 的電話號碼列在您的 CCO 或 **Oregon Health ID** 卡的背面。

第 8 節 配購處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資訊

要配購處方藥，請向您選擇的網絡內藥房提供您的計劃會員資訊，這些資訊可以在您的會員卡上找到。網絡內藥房將自動向計劃收取我們應承擔的藥物費用。取藥時，您需要向藥房支付您的費用分擔金額。

第 8.2 節 如果您沒有隨身攜帶會員資訊該怎麼辦？

如果您配藥時沒有攜帶計劃會員資訊，您或藥房可致電計劃索取必要的資訊，或請藥房查詢您的計劃投保資訊。

如果藥房無法獲得必要的資訊，**您可能需要在取藥時支付處方的全部費用。**（隨後您可以**要求我們賠付**我們的費用分擔額。有關如何要求計劃報銷的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍

第 9.1 節 如果您在計劃承保的醫院或專業護理機構住院，該如何處理？

如果您在計劃承保的醫院或專業護理機構住院，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。一旦您從醫院或專業護理機構出院，只要藥物符合本章所述的所有承保規則，本計劃將承保您的處方藥。

第 9.2 節 如果您住在長期護理 (LTC) 機構，該如何處理？

通常，長期護理 (LTC) 機構（例如療養院）有自己的藥房，或使用為所有住院者供藥的藥房。如果您是 LTC 機構的住院者，您可以透過該機構的藥房或其使用的藥房獲得處方藥，只要該藥房屬於我們的網絡。

檢查您的藥房名錄，瞭解您的 LTC 機構的藥房或其使用的藥房是否屬於我們的網絡。如果不是，或者如果您需要更多資訊或幫助，請聯絡客戶服務部。如果您住在 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡定期獲得 D 部分福利。

如果您是長期護理 (LTC) 機構的住院者，並且需要的藥物不在我們的「藥物清單」上或受到某些限制，該如何處理？

請參閱第 5.2 節有關臨時或緊急供應的內容。

第 9.3 節 如果您同時享有僱主或退休人員團體計劃的藥物承保，該如何處理？

如果您目前透過您（或您的配偶或家庭伴侶）的僱主或退休人員團體購買其他處方藥保險請聯絡**該團體的福利管理員**。他/她可以幫助您確定您當前的處方藥保險將如何與我們的計劃配合使用。

一般來說，如果您有員工或退休人員團體保險，本計劃為您提供的藥物保險將是您的團體保險的**次要保險**。這意味著您的團體保險將先行賠付。

關於可抵扣保險的特別說明：

每年，您的僱主或退休人員團體都應向您傳送一份通知，告知您下一個日曆年的處方藥保險是否可抵扣。

如果團體計劃的承保範圍是可抵扣的，則意味著本計劃的藥物承保範圍預計支付的平均金額至少與 Medicare 的標準處方藥承保範圍相同。

請保留此份有關可抵扣保險的通知，因為您日後可能會用到。如果您投保包含 D 部分藥物承保的 Medicare 計劃，您可能需要此通知來證明您已維持可抵扣保險。如果您沒有收到可抵扣承保的通知，請向您的僱主或退休人員計劃的福利管理員或僱主或工會索取一份副本。

第 9.4 節 如果您接受 Medicare 認證的安寧療護，該如何處理？

安寧療護與本計劃不會同時承保相同的藥物。如果您已投保 Medicare 安寧療護，並需要某些安寧療護不承保的藥物（例如抗噁心藥、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥），因為這些藥物與您的末期疾病及相關病症無關，本計劃必須收到處方醫生或您的安寧療護服務提供者的通知，說明該藥物與您的末期疾病及相關病症無關，本計劃才能承保該藥物。為避免延遲獲取本計劃應承保的藥物，請要求您的安寧療護服務提供者或處方醫生在配藥前發出通知。

如果您撤銷安寧療護選項或從安寧療護出院，本計劃應按照本文檔的說明承保您的藥物。為了避免 Medicare 安寧療護

福利終止後您在藥房配藥時出現任何延誤，請攜帶文件前往藥房確認您已撤銷或出院。

第 10 節 藥物安全和用藥管理計劃

第 10.1 節 幫助會員安全用藥的計劃

我們為會員進行藥物使用審查，以幫助確保他們得到安全和適當的護理。

每次您配藥時，我們都會進行審查。我們還定期審查我們的記錄。在這些審查中，我們會查找潛在的問題，例如：

- 可能的用藥錯誤
- 可能不需要的藥物，因為您正在服用另一種藥物來治療相同的病症
- 因您的年齡或性別而可能不安全或不合適的藥物
- 同時服用可能會對您造成傷害的某些藥物組合
- 處方中含有您對之過敏的藥物成分
- 您正在服用的藥物的量（劑量）可能有誤
- 阿片類止痛藥用量不安全

如果我們發現您在用藥方面可能存在問題，我們將與您的醫療服務提供者合作糾正問題。

第 10.2 節 幫助會員安全使用阿片類藥物的 Drug Management Program (DMP)

我們有一項計劃可以幫助確保會員安全使用處方阿片類藥物和其他經常被濫用的藥物。該計劃稱為 Drug Management

Program (DMP, 藥物管理計劃)。如果您使用從多個醫生或藥房獲得的阿片類藥物，或者您最近服用了過量的阿片類藥物，我們可能會與您的醫生交談，以確保您使用阿片類藥物是適當且具有醫療必需性。如果我們認為您使用處方阿片類藥物或苯二氮卓類藥物可能不安全，我們可能會與您的醫生合作限制您獲得這些藥物的方式。如果我們將您納入 **DMP**，這些限制可能包括：

- 要求您從特定藥房獲取所有阿片類藥物或苯二氮卓類藥物的處方
- 要求您從特定醫生處獲取所有阿片類藥物或苯二氮卓類藥物的處方
- 限制我們為您承保的阿片類或苯二氮卓類藥物的數量

如果本計劃限制您獲得這些藥物的方式數量，我們將提前向您傳送一封信。信中會告知您我們是否會限制這些藥物的承保範圍，或是否要求您僅從特定的醫生或藥房獲得這些藥物的處方。您將有機會告訴我們您更希望使用哪些醫生或藥房，以及您認為我們有必要瞭解的其他資訊。在您有機會作出回應後，如果我們決定限制您的這些藥物承保，我們會再次寄信給您確認限制。如果您認為我們的決定有誤，或者您不同意我們的決定或限制，您和您的處方醫生有權提出上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的個案並做出新的決定。如果我們繼續拒絕您與用藥限制相關的任何部分請求，我們將自動將您的個案傳送給本計劃之外的獨立審查員。有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您患有某些疾病，如癌症相關疼痛或鎌狀細胞病，您正在接受安寧療護、姑息治療或臨終關懷，或住在長期護理機構，則不會被納入 DMP。

Section 10.3 Medication Therapy Management (MTM, 藥物治療管理) 及其他幫助會員管理藥物的計劃

我們有一些可以幫助我們的會員解決複雜健康需求的計劃。其中一項計劃稱為 Medication Therapy Management

(MTM, 藥物治療管理) 計劃。這些計劃是自願和免費的。由藥劑師和醫生組成的團隊為我們制定了這些計劃，以幫助確保我們的會員從他們服用的藥物中獲得最大收益。

一些因為不同病症而服藥且藥費較高的會員，或為了幫助安全使用阿片類藥物而將其納入 DMP 的會員，可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合該計劃的資格，藥劑師或其他健康專業人員將為您提供所有藥物的全面審查。在審查期間，您可以談論您的用藥情況、費用以及您對處方藥和非處方藥的任何問題或疑問。您將收到一份書面摘要，其中包含建議的待辦事項清單，包括您為獲得最佳用藥效果而應採取的步驟。您還將獲得一份藥物清單，其中包括您正在服用的所有藥物、服用量以及服用時間和原因。此外，被納入 MTM 計劃的會員將收到有關安全處置受管制處方藥的資訊。

最好與您的醫生討論您建議的待辦事項清單和藥物清單。就診時或與您的醫生、藥劑師和其他醫療服務提供者交談時，請隨身攜帶此摘要。此外，請及時更新您的藥物清單

（例如，請攜帶您的身份證），以備去醫院或急診室時使用。

如果我們有適合您需求的計劃，我們將自動為您投保該計劃並向您傳送資訊。如果您決定不參加，請通知我們，我們幫您退出。如果您對這些計劃有任何疑問，請聯絡客戶服務部（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

第 6 章： 您的 D 部分處方藥自付費用

❓ 如何獲得有關藥物費用的資訊

由於您符合 Medicaid 的資格，因此您有資格獲得 Medicare 的「額外補助」，以支付您的處方藥計劃的費用。由於您正在參與「額外補助」計劃，**因此本承保範圍說明書中有關 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用。**我們會寄給您一份單獨的插頁，稱為 *獲得處方藥額外補助者承保範圍說明書附加條款*（也稱為低收入補助附加條款或 LIS 附加條款），其中會介紹您的藥物承保。如果您沒有此插頁，請致電客戶服務部索取 LIS 附加條款。

第 1 節 引言

第 1.1 節 將本章與其他解釋您的藥物承保範圍的材料一起使用

本章重點介紹您為 D 部分處方藥支付的費用。為了簡單起見，我們在本章中使用「**藥物**」來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物都是 D 部分藥物 - 有些藥物被依法排除在 D 部分承保範圍之外。D 部分承保範圍之外的一些藥物在 Medicare 下的 A 部分或 Medicaid 下的 B 部分承保。此外，本計劃可能會承保某些排除在外的藥物。

要瞭解費用資訊，您需要瞭解承保的藥物、配藥的地點，以及獲取承保藥物時需遵守的規則。第 5 章第 1 節至第 4 節介紹了這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」查找藥物承保範圍時（請參閱第 3 章第 3.3 節），顯示的費用是「即時」提供的，這表示您在工具中看到的費用反映的是某一時

間的情況，以提供您預計支付的自付費用估算。您也可以透過致電客戶服務部獲取「即時福利工具」提供的資訊。

第 1.2 節 您可能支付的承保藥物自付費用種類

D 部分藥物有不同類型的自付費用。您為藥物支付的金額稱為**分擔費用**，您可能會被要求以三種方式支付。

- **自付額**是指您在本計劃開始支付其分擔費用之前所支付的藥費。
- **共付額**是您每次配藥時支付的固定金額。
- **共同保險費**是您每次配藥時支付的總費用的百分比。

第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付費用

Medicare 規定了哪些項目可計入自付費用，哪些項目不可計入自付費用。以下是我們記錄您的自付費用時必須遵守的規則。

這些付款包含在您的自付費用中

您的自付費用包括包括下列款項（只要它們是 D 部分承保藥物，且您遵守第 5 章中說明的藥物承保規則）：

- 當您處於以下任何藥物付款階段時，您為藥物支付的金額：
 - 自付額階段
 - 初始承保範圍階段

- 在加入本計劃前，您在本日曆年度內以其他 Medicare 處方藥計劃會員身份支付的任何費用。

由誰支付很重要：

- 如果您自行支付這些費用，則會計入您的自付費用。
- 如果由某些其他個人或組織代您支付，也會計入您的自付費用。這包括由親友、大多數慈善機構、愛滋病藥物援助計劃、符合 Medicare 資格的州藥物援助計劃或 Indian Health Service（印第安人健康服務）支付的藥物費用。Medicare 的「額外補助」計劃支付的費用也包括在內。
- Medicare Coverage Gap Discount Program 所支付的部分費用也包含在您的自付費用中。製造商為您的品牌藥支付的金額也包括在內。但本計劃為您的仿製藥支付的金額不包括在內。

進入重大傷病承保階段：

當您（或代表您付款的人）在日曆年度內總的自付費用總額達到 8,000 美元時，您將從初始承保階段轉入重大傷病承保階段。

這些付款不包含在您的自付費用中

您的自付費用**不包括**以下任何類型的付款：

- 您的每月保費。
- 您在美國及其領土以外購買的藥物。

- 本計劃未承保的藥物。
- 您在網絡外藥房購買的藥物不符合計劃對網絡外承保的要求。
- A 部分或 B 部分承保的處方藥。
- 您為本計劃額外承保但 Medicare 處方藥計劃通常不承保的藥物所支付的費用。
- 您為 Medicare 處方藥計劃通常不予承保的處方藥支付的費用。
- 在承保缺口內，本計劃為您的品牌藥或仿製葯支付的費用。
- 由團體健康計劃（包括僱主健康計劃）為您支付的藥物費用。
- 由某些保險計劃和政府資助的健康計劃（如 TRICARE 和退伍軍人事務部）支付的藥物費用。
- 由有法律義務支付處方費用的第三方為您支付的藥物費用（例如，工傷賠償）。

*提醒：*如果有任何其他機構（如上列機構）支付您的部分或全部自付藥費，您需要致電客戶服務部告知本計劃。

如何記錄您的自付費用總額？

- **我們將為您提供幫助。** 您收到的 D 部分理賠說明 Explanation of Benefits（EOB，理賠說明）報告包括您

當前的自付費用金額。當此金額達到 8,000 美元時，此報告將告訴您您已退出初始承保階段並已進入重大傷病承保階段。

- **確保我們掌握所需的資訊。** 第 3.2 節介紹了您可以採取的措施，以協助確保我們對您的花費記錄是完整和最新的。

第 2 節 您的藥物費用取決於您獲取藥物時所處的藥物付款階段

第 2.1 節 CareOregon Advantage Plus 會員的藥物付款階段是什麼？

在 CareOregon Advantage Plus 下，您的 Medicare D 部分處方藥承保有四個**藥物付款階段**。您需支付的金額取決於您配藥或續配處方藥時所處的階段。每個階段的詳細資訊在本章的第 4 節至第 7 節中。這些階段是：

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：承保缺口階段

第 3 階段：重大傷病承保階段

第 3 節 我們會寄送報告，說明您的藥物付款情況及您所處的付款階段

第 3.1 節 我們每月向您寄送稱為「*D 部分理賠說明*」(D 部分 EOB) 的摘要

我們的計劃會記錄您的處方藥費用，以及您在藥房配藥或續配處方藥時所支付的費用。這樣，我們可以告訴您何時從一個藥物付款階段轉到下一個。我們尤其會記錄兩類費用：

- 我們會記錄您已經支付的費用。這稱為您的**自付費用**。
- 我們會記錄您的**藥物總費用**。這是您自付費用或其他人代您支付的金額加上計劃支付的金額。

如果您在上個月透過本計劃配了一個或多個處方的藥，我們將向您寄送一份 D 部分 EOB。D 部分 EOB 包括：

- **當月資訊**。此報告提供有關您在上個月配藥的付款詳情。它顯示總藥費、計劃支付的費用以及您和他人代您支付的費用。
- **自 1 月 1 日以來的年度總計**。這稱為年初至今的資訊。它顯示自年初以來的總藥費和總藥費支付情況。
- **藥物價格資訊**。此資訊將顯示藥物總價格，以及有關相同數量的每個處方報銷單的首次配藥起價格上漲的資訊。
- **可用的低價替代處方**。此資訊將包括每份處方報銷單中費用分擔額較低的其他可用藥物資訊。

第 3.2 節 協助我們及時更新您的藥費資訊

為了記錄您的藥費和藥費支付情況，我們使用從藥房獲得的記錄。您可以通過以下方式協助我們保持資訊正確並及時更新：

- **每次按處方配藥時出示您的會員卡。**這有助於我們確保瞭解您正在配藥的處方以及您支付的費用。
- **確保我們掌握所需的資訊。**有時您可能會支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動獲取記錄您的自付費用所需的資訊。為了幫助我們記錄您的自付費用，請向我們提供您的收據副本。以下是您應該向我們提供藥物收據副本的範例：
 - 當您在網絡內藥房以特價或使用不屬於本計劃保障範圍的折扣卡購買承保藥物時
 - 當您根據 drug manufacturer patient assistance program 支付藥物共付額時
 - 任何時候您在網絡外藥房購買承保藥物時，或者在特殊情況下支付承保藥物的全額費用時

如果您為承保藥物付費，您可以要求本計劃報銷我們應承擔的金額。有關如何執行此操作的說明，請參閱第 7 章第 2 節。

- **將他人為您付款的相關資訊寄給我們。**某些其他個人和機構的付款也會計入您的自付費用。例如，州藥物援助計劃、愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務和大多數慈善機構支付的費用均計入您的自付費用。

請記錄這些費用並將其傳送給我們，以便我們記錄您的費用。

- **檢查我們傳送給您的書面報告。** 當您收到 D 部分 EOB 時，請仔細查看以確保資訊完整且正確。如果您認為有遺漏或有任何疑問，請致電我們的客戶服務部。請務必保留這些報告。

第 4 節 在自付額階段，您需支付 1-4 級藥物的全部費用

由於我們的大多數會員在處方藥費用方面獲得「額外補助」，因此自付額階段不適用於大多數會員。如果您獲得「額外補助」，則此付款階段不適用於您。

第 5 節 在初始承保階段，計劃支付其藥物費用的分擔金額，您支付您的分擔金額

第 5.1 節 您支付的藥費取決於藥物及您配藥的地點

在初始承保階段，保險支付其承保處方藥費用的分擔金額，您支付您的分擔金額（您的共付額）。您的分擔費用會因藥物和配藥地點而異。

本計劃有五個費用分擔等級

本計劃的「藥物清單」上的每種藥物都屬於這五個費用分攤等級之一。一般來說，費用分擔等級越高，您的藥物費用就越高：

- **第 1 級**為最低費用分擔等級**並包括仿製藥。**
- **第 2 級**包括**首選品牌藥物。**

- **第 3 級**包括**非首選品牌藥物**。
- **第 4 級**為最高費用分擔等級**並**包括**專用藥物**。
- **第 5 級**包括 **Medicare 一般不承保的補充藥物或特定藥物**。

要瞭解您的藥物屬於哪個費用分擔等級，請在計劃的「藥物清單」上查找。

您的藥房選擇

您支付的藥費取決於您是否從以下藥房獲取藥物：

- 網絡內零售藥店
- 非計劃網絡內的藥房。我們僅在有限的情況下承保在網絡外藥房配購的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解我們會在什麼情況下承保在網絡外藥房配藥的處方。
- 計劃的郵購藥房。

有關這些藥房選擇和處方配藥的更多資訊，請參閱第 5 章和計劃的藥房名錄。

第 5.2 節 一個月用藥量費用表

在初始承保階段，您分擔的承保藥物費用將是共付額或共同保險額。

如下表所示，共付額或共同保險額的金額取決於費用分擔等級。有時藥物的費用低於您的共付額。在這些情況下，您將支付較低的藥價而非共付額。

當您購買一個月份的承保 D 部分處方藥時，您應承擔的費用：

等級	標準零售費用分擔（網絡內） （最多 30 天份）	郵購費用分擔 （最多 30 天份）	長期護理 (LTC) 費用分擔 （最多 30 天份）	網絡外費用分擔 （承保僅限於某些情況；詳見第 5 章。） （最多 30 天份）
費用分擔第 1 級 （仿製藥）	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。 對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額：0 美元、1.55 美元或 4.50 美元			需要計劃批准。我們分擔的費用報銷基於網絡內藥房費率。
費用分擔第 2 級 （首選品牌藥物）	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。 對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額：0 美元、4.60 美元或 11.20 美元			需要計劃批准。我們分擔的費用報銷基於網絡內藥房費率。

等級	標準零售費用分擔（網絡內） （最多 30 天份）	郵購費用分擔 （最多 30 天份）	長期護理 (LTC) 費用分擔 （最多 30 天份）	網絡外費用分擔 （承保僅限於某些情況；詳見第 5 章。） （最多 30 天份）
費用分擔第 3 級 （非首選品牌藥物）	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。 對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額：0 美元、4.60 美元或 11.20 美元			需要計劃批准。我們分擔的費用報銷基於網絡內藥房費率。

等級	標準零售費用分擔（網絡內） （最多 30 天份）	郵購費用分擔 （最多 30 天份）	長期護理 (LTC) 費用分擔 （最多 30 天份）	網絡外費用分擔 （承保僅限於某些情況；詳見第 5 章。） （最多 30 天份）
費用分擔第 4 級 （特殊藥物）	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。 對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額： 對於仿製藥（包括被視為仿製藥的品牌藥）：0 美元、1.55 美元或 4.50 美元 對於所有其他藥物：0 美元、4.60 美元或 11.20 美元			需要計劃批准。我們分擔的費用報銷基於網絡內藥房費率

等級	標準零售費用分擔（網絡內） （最多 30 天份）	郵購費用分擔 （最多 30 天份）	長期護理 (LTC) 費用分擔 （最多 30 天份）	網絡外費用分擔 （承保僅限於某些情況；詳見第 5 章。） （最多 30 天份）
費用分擔第 5 級（補充藥物）	1.55 美元 1.55 美元	1.55 美元	1.55 美元	需要計劃批准。我們分擔的費用報銷基於網絡內藥房費率。

有關 D 部分疫苗費用分擔的更多資訊，請參閱本章第 9 節。

第 5.3 節 如果醫生開具的藥量不足一個月，您可能無需支付整個月的藥費

通常，您支付的處方藥費用包含一整個月的用量。有時，您或您的醫生可能希望您的用藥量少於一個月（例如，當您第一次嘗試某種藥物時）。您也可以要求醫生開具少於一整個月用量的處方，並要求藥劑師配發少於一整個月用量的藥物，如果這有助於您更好地計劃不同處方的續配日期。

如果您收到的某些藥物少於一整個月的用量，則無需支付全月用量的費用。

- 如果您需承擔共同保險額，您需要支付藥物總費用的一定百分比。由於共同保險額是基於藥物的總費用計算的，因此如果藥物的總費用會降低，則您的費用會降低。
- 如果您需要支付藥物的共付額，您只需支付用藥天數，而非整個月的費用。我們會計算您每日需支付的藥費（每日分擔費用率），再乘以您的用藥天數。

第 5.4 節 長期（100 天）用藥量費用表

對於某些藥物，您可以獲得長期用量（也稱為擴展用量）。長期用量最多為 100 天的用量。

下表顯示您在獲得長期用藥時應支付的費用。

您在獲取承保 D 部分處方藥的長期用量時應分擔的費用：

等級	標準零售費用分擔（網絡內） （最多 100 天份）	郵購費用分擔 （最多 100 天份）
費用分擔第 1 級 （仿製藥）	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。 對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額： 0 美元、1.55 美元或 4.50 美元	
費用分擔第 2 級 （首選品牌藥物）	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。 對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額： 0 美元、4.60 美元或 11.20 美元	

等級	標準零售費用分擔（網絡內）	郵購費用分擔
費用分擔第 3 級 （非首選品牌藥物）	（最多 100 天份）	（最多 100 天份）
	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。	
	對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額： 0 美元、4.60 美元或 11.20 美元	

等級	標準零售費用分擔（網絡內） （最多 100 天份）	郵購費用分擔 （最多 100 天份）
費用分擔第 4 級 （特殊藥物）	處方集內的藥物，您的費用分擔為 0 美元。 對於不在處方集上的藥物，根據您的收入和機構狀況，您需要支付以下金額： 對於仿製藥（包括被視為仿製藥的品牌藥）：0 美元、1.55 美元或 4.50 美元 對於所有其他藥物：0 美元、4.60 美元或 11.20 美元	
費用分擔第 5 級	第 5 級藥物不提供長期用量。	

第 5.5 節 在您的年度自付費用達到 8,000 美元之前，您一直處於初始承保階段。

您將一直處於初始承保階段，直到您的總自付費用達到 8,000 美元。然後，您將進入重大傷病承保階段。

我們提供 Medicare 處方藥計劃通常不承保的某些處方藥的額外承保。為這些藥物支付的款項將不計入您的自付費用總額。

您收到的 D 部分 EOB 將幫助您掌握您、計劃和任何第三方在該年度內為您支出的費用。許多人在一年內都不會達到 8,000 美元的限額。

如果您一旦達到此金額，我們會通知您。如果您確實達到此金額，您將退出初始承保階段並進入重大傷病承保階段。請參閱第 1.3 節，瞭解 Medicare 如何計算您的自付費用。

第 6 節 **CareOregon Advantage Plus 沒有承保缺口**

CareOregon Advantage Plus 沒有承保缺口。退出初始承保階段後，您將進入重大傷病承保階段（請參閱第 7 節）。

第 7 節 **在重大傷病承保階段，計劃支付 D 部分承保藥物的全額費用**

- 當您的自付費用達到日曆年的 8,000 美元限額時，即進入重大傷病承保階段。一旦您進入重大傷病承保階段，您將一直處於此付款階段，直至日曆年結束。
 - 在此付款階段，計劃將支付您的 D 部分承保藥物的全部費用。您無需支付任何費用。
 - 對於我們增強型福利承保的除外藥物，您需要支付 1.55 美元。

第 8 節 D 部分疫苗您需支付的費用取決於您接種疫苗的方式和地點

有關疫苗費用的重要訊息 —— 即使您尚未支付自付額，本計劃仍會免費承保大多數成人 D 部分疫苗。請參閱您計劃的「藥物清單」或聯絡客戶服務部，瞭解有關特定疫苗的保障和費用分擔詳細資訊。

我們對 D 部分疫苗接種的承保分為兩部分：

- 承保的第一部分是**疫苗本身的費用**。
- 承保的第二部分是**為您接種疫苗的費用**。（這有時也稱為疫苗接種。）

您的 D 部分疫苗接種費用取決於以下三點：

- 1. 該疫苗是否為 Advisory Committee or Immunization Practices (ACIP, 免疫接種諮詢委員會) 推薦的成人疫苗。**
 - 大多數成年人的 D 部分疫苗接種都由 ACIP 推薦，您無需支付任何費用。
- 2. 在哪裡接種。**
 - 疫苗本身可以由藥房配發或由醫生診所提供。
- 3. 由誰接種。**
 - 藥劑師或其他醫療服務提供者可以在藥房為您接種疫苗。或者，醫療服務提供者可以在醫生診所為您接種。

您在接種 D 部分疫苗時支付的費用可能因具體情況和所處的**藥物付款階段**而異。

- 有時在接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全部費用以及醫療服務提供者為您接種疫苗的費用。您可以要求本計劃賠付我們應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，這意味著您將獲得所支付的全部費用的補償。
- 其他情況下，在您接種疫苗時，您只需支付 D 部分福利下您應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。

下面舉例說明您可以獲得 D 部分疫苗的三種方式。

方式 1：您在網絡內藥房接種 D 部分疫苗。（您是否有此選擇取決於您居住的地方。有些州不允許藥房接種某些疫苗。）

- 您無需支付接種疫苗的任何費用。
- 本計劃將支付其餘費用。

方式 2：您在醫生診所接種 D 部分疫苗。

- 在您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身的全部費用以及醫療服務提供者為您接種疫苗的費用。
- 然後，您可透過第 7 章所述程序要求本計劃賠付您所支付的費用。
- 您將獲得疫苗費用（包括接種費用）補償。

方式 3： 您在網絡內藥房購買 D 部分疫苗，然後將其送到醫生診所，由醫生為您接種疫苗。

- 您無需支付疫苗本身的任何費用。
- 在您的醫生為您接種疫苗時，我們將承擔這項服務的全部費用。

有些疫苗屬於處方集的承保範圍，但會受到限制，以確保疫苗接種得當，並確定疫苗是否屬於醫療福利或處方藥福利的承保範圍。最好先致電本計劃，以便我們幫您確定疫苗是否在您保險的承保範圍內以及您可以在哪裡接種疫苗。

第 7 章： 要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單

第 1 節 您應要求我們支付承保服務或藥物費用的情況

我們的網絡內醫療服務提供者直接向計劃收取承保服務和藥物的費用——您不應收到承保服務或藥物的帳單。如果您收到醫療服務或藥物的帳單，應將帳單寄給我們，以便我們付款。當您將帳單寄給我們時，我們將查看帳單並決定是否應承擔這些服務費用。如果我們決定我們應該承擔，我們將直接向醫療服務提供者付款。

如果您已支付了計劃承保的 Medicare 服務或項目，您可要求本計劃賠付（賠付通常稱為**理賠**）。只要您已支付本計劃承保的醫療服務或藥物費用，您就有權要求本計劃賠付。您可能必須滿足截止日期才能獲得賠付。請參閱本章第 2 節。當您將已經支付過的帳單寄給我們時，我們將查看帳單並決定是否應承擔這些服務或藥物的費用。如果我們決定承擔，我們將向您支付服務或藥物的費用。

有時，您也可能收到醫療服務提供者開具的帳單，其中包含您所接受的醫療護理的全部費用，或者可能超過本文檔中所述的您應承擔的金額。此時，請首先嘗試與醫療服務提供者解決帳單。如果解決不了，請將帳單寄給給我們而不是直接支付。我們將查看帳單並決定是否應承擔這些服務的費用。如果我們決定我們應該承擔，我們將直接向醫療服務提供者付款。如果我們決定不付款，我們將通知醫療服務提供者。您支付的費用不應超過計劃允許的分擔費用。如果該醫療服務提供者已簽約，您仍然有權獲得治療。

以下是您可能需要要求本計劃賠付或支付您收到的帳單的情況範例：

1. 當您接受非本計劃網絡內的醫療服務提供者提供的急診或急需醫療護理時

您可以接受任何醫療服務提供者處提供的急診或急需服務，無論該醫療服務提供者是否是我們網絡的一部分。在這些情況下，請要求醫療服務提供者向本計劃收費。

- 如果您在接受護理時自己支付了全部費用，請要求我們賠付費用。請將帳單連同您已經付款的證明寄給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者開具的帳單，要求您支付您認為不應該支付的費用。請將帳單連同您已經付款的證明寄給我們。
 - 如果您需向醫療服務提供者支付任何費用，這些費用將由我們支付。
 - 如果您已經支付了服務費用，我們會將費用賠付給您。

2. 當網絡內的醫療服務提供者向您開具您認為自己不該支付的帳單時

網絡內醫療服務提供者應始終直接向計劃收費。但有時他們也會出錯，並要求您支付服務費用。

- 如果您收到網絡內醫療服務提供者開具的帳單，請將帳單寄給我們。我們將直接聯絡醫療服務提供者並解決帳單問題。

- 如果您已經向網絡內醫療服務提供者支付了帳單，請將帳單連同您已經付款的證明寄給我們。您應該要求我們向您賠付承保服務的費用。

3. 如果您追溯加入我們的計劃

有時，有些人是追溯加入本計劃的。（也就是說他們加入計劃的第一天已經過了。他們投保的日期甚至有可能是去年。）

如果您已追溯加入本計劃，並且在投保日期後自付費用購買任何承保服務或藥物，您可以要求我們賠付。您需要提交收據和帳單等文書文檔，以便我們處理理賠事宜。

4. 當您使用網絡外藥房配藥時

如果您在網絡外的藥房配藥，藥房可能無法直接向我們收取費用。發生這種情況時，您必須支付處方的全部費用。

請保留您的收據，並在您要求賠付時將副本寄給我們。請記住，我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房的費用。有關這些情況的討論，請參閱第 5 章第 2.5 節。

5. 因未隨身攜帶計劃會員卡而支付處方的全部費用時

如果您沒有隨身攜帶計劃會員卡，可要求藥房致電計劃或查詢您的計劃投保資訊。但是，如果藥房無法立即獲得所需的投保資訊，您可能需要自己支付處方的全部費用。請保留您的收據，並在您要求賠付時將副本寄給我們。

6. 在其他情況下支付處方的全部費用時

您可能會發現藥物由於某種原因而不在承保範圍內，您因此需要自己支付全部費用。

- 例如，該藥物可能不在計劃的「藥物清單」中，或可能有您不知道或認為不適用於您的要求或限制。如果您決定立即購買該藥物，您可能需要支付全部費用。
- 請保留您的收據，並在您要求賠付時將副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生那裡獲得更多資訊才能向您賠付藥費。

7. 以優惠的現金價格購買的藥物

在極少數情況下，如果您處於自付額期間，並在網絡內藥房以特價或折扣卡購買了本計劃承保範圍之外的 D 部分承保藥物，您可以提交紙質索賠，將您的自付費用計入重大傷病承保範圍。

8. 根據藥品生產商患者援助計劃提供的藥物的共付額

如果您獲得本計劃福利之外的藥品生產商患者援助計劃的幫助並根據該計劃支付共付額，您可以提交紙質索賠，要求將您的自付費用計入您的重大傷病承保範圍。

當您向我們提出付款請求時，我們將審核您的請求並決定是否應賠付該服務或藥物。這稱為做出**承保決定**。如果我們決定應該賠付，我們將支付服務或藥物費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可以對我們的決定提出上訴。本文檔第 9 章提供了有關如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們賠付或支付您收到的帳單

您可以透過向我們寄送書面索賠來要求我們賠付。如果您發出書面請求，請寄送您的帳單和您已付款的單據。最好將您的帳單和收據複製一份以備記錄。

CareOregon Advantage Plus 只能賠付 Medicare 承保的服務。由於我們與

Oregon Health Plan (Medicaid) 的安排，我們不允許賠付 Medicaid 承保的服務。如果您的報銷申請獲得批准，我們向您支付的款項將僅包括 Medicare 允許金額（我們通常會向醫療服務提供者支付的服務金額），而不包括 Medicaid 計劃承保的任何部分，例如 Medicare 共同保險額和自付額。

為了確保您向我們提供了做出決定所需的所有資訊，您可以填寫我們的索賠表來申請付款。

- 您不必使用該表格，但它有助於我們更快地處理資訊。
- 如需理賠處方藥費用，請選擇以下兩種方式之一：
 - 從我們的網站 (careoregonadvantage.org/rxinfo) 下載理賠表格的副本；或者，致電客戶服務部並索取表格。
- 對於承保的醫療服務，請致電客戶服務部發起理賠申請。

將您的付款申請連同任何帳單或已付款的收據郵寄至以下位址：

對於 C 部分理賠申請：

CareOregon Advantage

Attention: DMR Claims Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

對於 D 部分處方藥理賠申請：

CareOregon Advantage
Attention: Pharmacy Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

第 3 節 我們將考慮您的付款請求，並判斷是否賠付

第 3.1 節 我們檢查是否應該賠付服務或藥物費用

我們收到您的付款請求後，會告知您是否需要提供其他資訊。否則，我們將考慮您的請求並做出承保決定。

- 如果我們決定賠付醫療或藥物費用並且您遵守所有規則，我們將支付服務費用。如果您已經支付了服務或藥物費用，我們會將費用賠付給您。如果您尚未支付服務或藥物費用，我們會直接向醫療服務提供者付款。
- 如果我們決定醫療或藥物費用不予賠付，或者您確實未遵守所有規則，我們將不支付護理或藥物費用。我們將致函您，解釋我們不支付的原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

第 3.2 節 如果我們拒絕支付醫療或藥物費用，您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求或支付金額有誤，您可以提出上訴。如果您提出上訴，則表示您要求我們更改我們在拒絕您的付款請求時做出的決定。上訴流程是一個正式流程，有詳細的程式和重要的最後期限。有關如何提出此上訴的詳細資訊，請轉到本文檔的第 9 章。

第 8 章： 您的權利和責任

第 1 節 本計劃必須尊重您作為計劃會員的權利及文化敏感性

第 1.1 節 我們必須以適合您並符合您的文化敏感性的方式（英語以外的語言、盲文、大字體或其他替代格式等）提供資訊。

您的計劃需要確保所有服務（包括臨床和非臨床服務）都以符合文化能力的方式提供，並且所有參保者（包括英語水準有限、閱讀技能有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人）都可以獲得這些服務。計劃如何滿足這些無障礙要求的範例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接。

我們的計劃提供免費口譯服務，以回答非英語會員的問題。如果您需要，我們還可以免費為您提供盲文、大字體或其他替代格式的資訊。我們需要以適合您的無障礙格式向您提供有關計劃福利的資訊。要以適合您的方式從我們這裡獲取資訊，請致電客戶服務部。

我們的計劃是讓女性參保者能夠選擇直接向網絡內的婦女健康專科醫生求診，以獲得婦女常規及預防保健服務。

如果計劃網絡內沒有專科醫療服務提供者不可用，則計劃有責任在網絡外尋找專科醫療服務提供者為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內的費用分擔金額。如果您發現自己需要的服務在計劃網絡內沒有的專科醫療服務提供者，請致電本計劃瞭解如何以網絡內的費用分擔方式獲得該服務。

如果您在以適當的無障礙方式從本計劃獲取資訊方面遇到困難，請致電 503-416-4279，或免費電話 888-712-3258 向客戶服務部提出申訴。上班時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點到晚上 8 點。您也可以致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 或致電 800-368-1019 直接向 Office for Civil Rights（民權辦公室）或致電 TTY 800-537-7697 向 Medicare 提出投訴。

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan

<p>Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)</p>
--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service at 503-416-4279, or toll-free, 888-712-3258. Hours are: October 1 to March 31, seven days a week from 8 a.m. to 8 p.m. You may also file a complaint

with Medicare by calling 800-MEDICARE (800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 800-368-1019 or TTY 800-537-7697.

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y aspectos culturales como miembro del plan

<h3>Sección 1.1 Debemos facilitarle la información de forma que le resulte útil y contemple los aspectos culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)</h3>

Su plan tiene la obligación de garantizar que se contemplen los aspectos culturales al prestar cada servicio, ya sea clínico o no, y que estos sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, capacidad limitada de lectura, incapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos de forma gratuita

si lo necesita. Estamos obligados a facilitarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir la información de la forma que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de cuidado de la salud de rutina y preventiva de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, el plan debe localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no encuentra especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227) o directamente a la

Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) al 800-368-1019 o TTY 800-537-7697.

第 1 节 本计划必须尊重计划的受益人权利和文化敏感性

第 1.1 条 我们必须以适合受益人且符合其文化敏感性的方式提供信息（采用英语以外的语言、盲文、大字体或其他替代格式等）

受益人计划必须确保以符合文化要求的方式提供所有（临床和非临床）服务，并且可供所有被保险人可使用，包括英语水平有限者、听力障碍或具有不同文化背景和种族背景的被投保人。某项计划如何满足无障碍要求的示例包括但不限于：提供笔译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

本计划提供免费口译服务，可回答非英语受益人提出的问题。如有需要，我们还可以免费提供盲文、大字体或其他替代格式的信息。我们需要以受益人适当可用的方式提供本计划福利的相关信息。如欲以适合您的方式获取公司提供的信息，请致电客户服务部。

本计划必须赋予女性被保险人选择权，以直接联系网内的女性健康专家，获得女性日常预防性医疗保健服务。

如果本计划网络中的专科提供者不可用，本计划有责任在网外寻找为您提供必要护理的专科提供者。在这种情况下，您仅需支付网内费用分摊。如发现计划网络中尚无专

家承保您所需的服务，请致电本计划，了解如何按照网内费用分摊获得此服务。

若以受益人适当可用的方式获取本计划的信息时遇到任何问题，请致电客户服务部

(503-416-4279 或免费电话 888-712-3258) 提出申诉。营业时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日（2024 年），上午 8 点至晚上 8 点（周六周日无休）；您还可以致电 800-MEDICARE（800-633-4227）或 800-368-1019 或 TTY 800-537-7697 直接向 Office for Civil Rights（民权办公室）提出投诉。

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности как участника плана

<p>Раздел 1.1 Мы должны предоставлять информацию удобным для вас способом в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, и т.д.)</p>

Ваш план должен гарантировать, что все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с учетом культурных особенностей и доступны для всех участников, включая лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или лиц с различными культурными

особенностями и этническим происхождением. Примеры того, как план может соответствовать этим требованиям доступности, включают, помимо прочего, предоставление услуг переводчика, услуг устного переводчика, телетайпа или подключения ТТУ (телефон для текстовых сообщений или телефон с телетайпом).

В нашем плане есть бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы участников, не говорящих по-английски. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это нужно. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в подходящем для вас формате, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Наш план должен предоставить участницам женского пола возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения стандартных и профилактических медицинских услуг для женщин.

Если в сети плана нет поставщиков услуг по какой-либо специальности, план несет ответственность за поиск несетевых специализированных поставщиков услуг, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы платите только сетевую часть долевого участия.

Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, оказывающих необходимую вам услугу, позвоните в план, чтобы узнать, куда обратиться, чтобы получить эту услугу согласно долевному участию в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации по нашему плану в доступном и подходящем для вас формате, позвоните и подайте жалобу в Отдел клиентского обслуживания по телефону 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258. График работы: С 1 октября по 31 марта без выходных с 08:00 до 20:00. Вы можете также подать жалобу в Medicare, позвонив 800-MEDICARE (800-633-4227) или напрямую в Office for Civil Rights (Офис по защите гражданских прав) 800-368-1019 или TTY 800-537-7697.

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách thức phù hợp với quý vị cũng như sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bằng chữ nổi, chữ in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách thức

phù hợp về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được đối với tất cả những người ghi danh tham gia, kể cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, người khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không chỉ gồm, ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ thông dịch, máy đánh chữ từ xa hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại đánh máy từ xa).

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp miễn phí cho quý vị thông tin ở định dạng chữ nổi braille, bản in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách thức phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là nữ giới quyền lựa chọn tiếp cận trực tiếp với bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới, để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ cho phụ nữ.

Nếu không có nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, thì trách nhiệm của chương trình là tìm các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa bên ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị rơi vào tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình đòi hỏi cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận được dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để gửi khiếu nại với ban Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn phí 888-712-3258. Thời gian: Ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, bảy ngày một tuần từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi tới 800-MEDICARE (800-633-4227) hoặc trực tiếp tới Office for Civil Rights (Văn phòng Phụ trách về Dân quyền) 800-368-1019 hoặc TTY 800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保的服務和藥物

您有權在計劃的網絡內選擇主診醫生 (PCP) 來提供和安排您的承保服務。您也有權在沒有轉介的情況下去找婦女健康專科醫生（如婦科醫生）就診。

您有權在合理的時間內從計劃的醫療服務提供者網絡獲得預約和承保服務。這包括在您需要護理時及時獲得專科醫生服務的權利。您也有權在我們的任何一家網絡內藥房配藥或續配，而不會出現長時間的延誤。

如果您認為自己未能在合理時間內獲得醫療護理或 D 部分藥物，第 9 章會說明您可以採取的措施。

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊的隱私

聯邦和州法律保護您的醫療記錄和個人健康資訊的隱私。我們根據這些法律要求保護您的個人健康資訊。

- 您的個人健康資訊包括您在參加本計劃時提供給我們的**個人資訊**以及您的醫療記錄和其他醫療和健康資訊。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，並控制您的健康資訊的使用方式。我們向您提供一份名為 *Notice of Privacy Practice*（*隱私政策通知*）的書面通知，其中介紹了這些權利並解釋了我們如何保護您的健康資訊的隱私。

我們如何保護您的健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權的人不會看到或更改您的記錄。
- 除以下所述情況外，如果我們打算將您的健康資訊提供給不為您提供護理或支付護理費用的任何人，我們必須

首先獲得您或您賦予其法律權力為您做出決定人的書面許可。

- 某些例外情況不要求我們事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律允許或要求的。
 - 我們必須向檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。
 - 由於您是透過 Medicare 加入我們的計劃，因此我們需要向 Medicare 提供您的健康資訊，包括有關您的 D 部分處方藥的資訊。如果 Medicare 披露您的資訊用於研究或其他用途，則將根據聯邦法規和法規進行；通常，這要求不共享能唯一識別您身份的資訊。

您可以查看記錄中的資訊，並瞭解如何與他人共享這些資訊

您有權查看本計劃中保存的醫療記錄，並獲得記錄的副本。我們可以向您收取複印費用。您也有權要求我們對您的醫療記錄進行補充或更正。如果您要求我們這樣做，我們將與您的醫療服務提供者合作決定是否應進行更改。

您有權知道您的健康資訊是如何出於任何非常規目的與他人共享的。

如果您對個人健康資訊的隱私有任何疑問或疑慮，請致電客戶服務部。

如果您想查看 CareOregon Advantage Plus 的隱私政策通知，請訪問我們的網站

careoregonadvantage.org/privacypolicies，或致電客戶服務部索取郵寄副本（電話號碼列印在本手冊的封底上）。

第 1.4 節 我們必須向您提供有關計劃、醫療服務提供者網絡及您的承保服務的資訊

作為 CareOregon Advantage Plus 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要以下任何種類的資訊，請致電客戶服務部：

- **關於本計劃的資訊。** 例如，這包括有關計劃財務狀況的資訊。
- **有關我們的網絡內醫療服務提供者和藥房的資訊。** 您有權瞭解我們網絡內醫療服務提供者和藥房的資質，以及我們如何向網絡內的醫療服務提供者付款的資訊。
- **有關您的保險以及使用保險時必須遵守的規則的資訊。** 第 3 章和第 4 章提供了有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供了有關 D 部分處方藥承保範圍的資訊。
- **有關不承保的原因及您可採取的措施的資訊。** 第 9 章提供有關要求書面解釋不承保醫療服務或 D 部分藥物或限制承保原因的資訊。第 9 章還提供了有關要求我們更改決定的資訊，也稱為上訴。

第 1.5 節 我們必須支持您就護理做出決定的權利

您有權瞭解您的治療方案並參與有關您的醫療護理的決定

您有權從您的醫生和其他醫療服務提供者那裡獲得完整的資訊。您的醫療服務提供者必須以*您可以理解的方式*解釋您的病情和治療方案。

您也有權充分參與有關您的醫療護理的決定。為了幫助您與醫生一起做出最適合您的治療決定，您享有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇。** 您有權瞭解針對您的病情推薦的所有治療方案，無論它們的費用是多少或者是否在我們的計劃承保範圍內。這還包括瞭解本計劃為幫助會員管理藥物和安全用藥而提供的計劃。
- **瞭解風險。** 您有權瞭解護理中所涉及的任何風險。如果任何擬議的醫療護理或治療是研究實驗的一部分，則必須提前告知您。您始終可以選擇拒絕任何實驗性治療。
- **說「不」的權利。** 您有權拒絕任何推薦的治療。這包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使您的醫生建議您不要離開。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您將對由此對您的身體造成的後果承擔全部責任。

如果您無法自行做出醫療決定，您有權指示應採取的措施

有時，由於事故或嚴重疾病，人們無法為自己做出醫療決定。如果您處於這種情況，您有權說出自己的意願。這意味著，*如果需要*，您可以：

- 填寫一份書面表格，**授予他人在您無法自己做出決定時為您做出醫療決定的合法權力。**
- **向您的醫生提供書面指示**，說明如果您無法自己做出決定，希望他們如何處理您的醫療護理。

在這些情況下，可用於提前指示的法律文件稱為**預先指示**。預先醫療指示有不同類型和名稱。名為**生前遺囑**和**醫療保健授權書**的文檔就是預先指示的範例。

如果您想使用預先指示來提供指示，請執行以下操作：

- **獲取表格。**您可以從您的律師、社會工作者或一些辦公用品商店獲取預先指示表格。您有時也可以從為人們提供有關 Medicare 的資訊的機構獲得預先指示表格。您也可以聯絡客戶服務部索取表格（電話號碼列印在本手冊的封底上）。
- **填寫並簽名。**無論您從何處獲得此表格，請記住它是一份法律文檔。您應該考慮讓律師幫助您如何填寫。
- **將副本交給相關人員。**您應該將表格的副本交給您的醫生和您在表格上指定的人，如果您不能為自己做出決定，他們可以為您做出決定。您還可以將副本交給親密的朋友或家人。在家裡保留一份副本。

如果您提前知道自己將要住院，並且您已經簽署了預先指示，請**將一份副本帶到醫院**。

- 醫院會詢問您是否簽署了預先指示表格以及您是否隨身攜帶。
- 如果您尚未簽署預先指示表格，醫院會提供相關表格，並會詢問您是否需要簽署。

請記住，您是否要填寫預先指示（包括在醫院期間是否要簽署預先醫療指示）由您自己選擇。根據法律，任何人不得基於您是否簽署了預先醫療指示而拒絕您的治療或對您進行歧視。

您的指示沒有得到遵守該怎麼辦？

如果您簽署了預先指示，並且您認為醫生或醫院沒有遵循其中的指示，您可以向

Oregon Board of Medical Examiners（Oregon 醫療審查委員會）提出投訴，具體方法是致電 Portland 的 971-673-2700 或免費電話 877-254-6263 或寫信至以下地址：

Oregon Board of Medical Examiners
1500 SW First Avenue, Suite 260
Portland, OR 97201

第 1.6 節 您有權提出投訴並要求我們重新考慮我們做出的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，需要申請理賠或提出上訴，請參閱本文件第 9 章。無論您做要什麼，是要求承保決定，還是提出上訴或投訴，**我們都必須公平對待您。**

第 1.7 節 如果您認為自己受到不公平對待或您的權利沒有得到尊重，該如何處理？

如果與歧視有關，請致電民權辦公室

如果您認為自己因種族、殘疾、宗教、性別、健康、民族、信條（信仰）、年齡、性取向或國籍而受到不公平對待或權利未得到尊重，您應該致電衛生與公眾服務部的**民權辦公室**，電話：800-368-1019 或 TTY 800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

如果是關於其他的？

如果您認為自己受到了不公平的對待或權利沒有得到尊重，*而不是關於歧視的*，您可以獲得處理幫助來處理您遇到的問題：

- 您可以**致電客戶服務部**。
- 您可以**致電 SHIP**。有關詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以**致電 Oregon 長期護理申訴專員辦公室**，有關詳細資訊，請參閱第 2 章第 6 節。
- 或者，您可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) **致電 Medicare** (TTY 877-486-2048)。

第 1.8 節 如何獲取有關您的權利的更多資訊

您可以在以下幾個地方獲得有關您的權利的更多資訊：

- 您可以**致電客戶服務部**。
- 您可以**致電 SHIP**。有關詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以聯絡 **Medicare**。
 - 您可以訪問 Medicare 網站閱讀或下載出版物 *Medicare Rights & Protections*。（該出版物可在以下網址查閱：

[medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)

- 或者，您可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) (TTY 877-486-2048)。

第 2 節 您作為計劃會員的一些責任

下文列出了您作為計劃會員需要做的事情。如有任何疑問，請致電客戶服務部。

- **熟悉承保服務以及獲得這些承保服務必須遵循的規則。**
使用此《承保範圍說明書》瞭解您的承保項目，以及獲取承保服務所需遵循的規則。
 - 第 3 章和第 4 章詳細介紹了您的醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥承保範圍。
- **如果除了我們的計劃外，您還有其他 Medicare 或處方藥保險，請務必告知我們。** 第 1 章向您介紹了如何協調這些福利。
- **告訴您的醫生和其他醫療服務提供者您已加入本計劃。** 在接受醫療護理或購買 D 部分處方藥時，請出示您的計劃會員卡和您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 卡。
- **向您的醫生和其他提供者提供資訊、詢問問題並跟進您的護理，從而協助他們為您提供服務。**
 - 為了獲得最佳護理，請告知醫生和其他醫療服務提供者您的健康問題。遵循您和您的醫生同意的治療方案和指示。

- 確保您的醫生知道您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維生素和補充劑。
- 如果您有任何問題，請務必提出並獲得您可以理解的答案。
- **體諒他人。** 我們希望所有會員尊重其他患者的權利。我們還希望您的行為有助於醫生診所、醫院和其他診所的順利運行。
- **支付費用。** 作為計劃會員，有責任支付以下款項：
 - 您必須繼續支付 Medicare 保費才能繼續成為本計劃的會員。
 - 對於計劃承保的大部分藥物，您必須在獲取藥物時支付您的費用分擔金額。
 - 如果您因為收入較高（如您的上次納稅申報表所示）而需要支付 D 部分的額外金額，您必須繼續直接向政府支付額外金額，才能繼續成為本計劃的會員。
- **如果您將在我們的計劃服務區域搬家，** 您需要告知我們，以便我們及時更新您的會員記錄並知道如何與您聯絡。
- **如果您搬到我們的計劃服務區之外，** 您將無法繼續成為本計劃的會員。
- 如果您搬家，還必須告知社會保障局（或 Railroad Retirement Board）。

第 9 章：
遇到問題或投訴時該怎麼辦
（承保決定、上訴、投訴）

第 1 節 引言

第 1.1 節 如果您有問題或疑慮該怎麼辦

本章介紹了處理問題和疑慮的流程。處理問題的程序取決於兩點：

1. 您的問題涉及 **Medicare** 還是 **Medicaid** 承保的福利。如果您需要幫助決定是使用 Medicare 流程還是 Medicaid 流程，或同時使用兩者，請聯絡客戶服務部。
2. 您遇到的問題類型：
 - 對於某些問題，您需要使用**理賠決定和上訴流程**。
 - 對於另一些問題，您需要使用**投訴流程**；也稱為申訴。

這些流程已獲得 Medicare 的批准。每個流程都有一套我們和您都必須遵守的規則、程式和截止日期。

第 3 節中的指南將幫助您確定要使用的正確流程以及您應該採取的步驟。

第 1.2 節 如何理解法律術語？

本章中解釋的一些規則、程式和截止日期類型有法律術語。其中許多術語對大多數人來說並不熟悉，並且可能難以理解。為了讓大家更容易理解，本章：

- 使用更簡單的詞語代替某些法律術語。例如，本章使用「提出投訴」而不是「提出申訴」，「承保決定」而不是「組織判定」或「承保判定」或「風險判定」，以及「獨立審查機構」而不是「獨立審查實體」。

- 本章還盡可能少地使用縮寫詞。

但是，瞭解正確的法律術語可能會有所幫助，有時甚至非常重要。瞭解使用哪些術語將有助於您更準確地溝通，從而根據自己的情況獲得正確幫助或資訊。為了幫助您瞭解應該使用哪些術語，我們在提供處理特定類型情況的詳細資訊時，會附上法律術語。

第 2 節 如何獲取更多資訊和個人化幫助

我們隨時為您提供幫助。即使您對我們對待您的方式有任何投訴，我們也有義務尊重您的投訴權。因此，您應該始終向客戶服務部門尋求幫助。但在某些情況下，您可能也希望得到與我們無關的人的幫助或指導。以下兩個機構可以為您提供幫助。

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)。

每個州都有一個政府計劃，配備專業的顧問。該計劃與我們或任何保險公司或健康計劃無關。該計劃的顧問可以幫助您瞭解您應該使用哪個流程來處理您遇到的問題。他們還可以回答您的問題，為您提供更多資訊，並提供有關行動的指導。

SHIP 顧問的服務是免費的。您可以在本文檔的第 2 章第 3 節中找到電話號碼和網站 URL。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。要聯絡 Medicare：

- 您可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。

- 您也可以訪問 Medicare 的網站 ([medicare.gov](https://www.medicare.gov))。

您可以從 Oregon Health Plan (Medicaid) 獲得幫助和資訊

您也可以聯絡 Oregon Health Plan (Medicaid) 獲得有關處理問題的更多資訊和幫助。以下是幾種聯絡 Oregon Health Plan 的方式：

- 您可以撥打 OHP 客戶服務免費電話 800-273-0557。TTY 用戶請撥打 711。
- 您可以傳送電子郵件至：
oregonhealthplan.changes@dhsosha.state.or.us
- 您可以在以下網址下載並填寫投訴表格：
apps.state.or.us/Forms/Served/he3001.pdf

第 3 節 要解決您的問題，您應該使用哪種流程？

由於您享受 Medicare，並從 Medicaid 獲得協助，因此您可以使用不同的流程來處理問題或投訴。您使用哪種流程取決於問題是關於 Medicare 福利還是 Medicaid 福利。如果您的問題是關於 Medicare 承保的福利，那麼您應該使用 Medicare 流程。如果您的問題是關於 Medicaid 承保的福利，那麼您應該使用 Medicaid 流程。如果您需要幫助決定是使用 Medicare 流程還是 Medicaid 流程，請聯絡客戶服務部。

Medicare 流程和 Medicaid 流程在本章的不同部分中進行了介紹。要瞭解您應該閱讀哪一部分，請使用下面的圖表。

您的問題是關於 Medicare 福利還是 Medicaid 福利的？

如果您需要幫助確定您的問題是關於 Medicare 福利還是 Medicaid 福利，請聯絡客戶服務部。

我的問題與 **Medicare** 福利有關。

轉到本章的下一部分，**第 4 節，處理有關 Medicare 福利的問題。**

我的問題與 **Medicaid** 保險有關。

跳至本章**第 12 節 處理有關 Medicaid 福利的問題。**

有關 MEDICARE 福利的問題

第 4 節 處理有關 Medicare 福利的問題

第 4.1 節 您是否應該使用該流程進行承保決定和上訴？還是應該使用該流程進行投訴？

如果您有問題或疑慮，只需閱讀本章中適用於您的情況的部分。下面的圖表可幫助您找到本章中與 **Medicare 承保福利** 問題或投訴相關的正確章節。

要確定本章的哪一部分有助於解決有關 **Medicare** 福利的問題或疑慮，請使用此圖表：

您的問題或疑慮是否與福利或承保有關？

這包括醫療護理（醫療項目、服務和/或 B 部分處方藥）是否承保、承保方式以及與醫療護理付款有關的問題。

是。

請參閱本章下一節，**第 5 節，承保決定和上訴依據指南**。

否。

跳到本章末尾的**第 11 節：如何對護理品質、等待時間、客戶服務或其他問題提出投訴**。

第 5 節 承保決定和上訴依據指南

第 5.1 節 要求承保決定和提出上訴：整體情況

承保決定和上訴涉及與醫療護理福利和承保（服務、項目和 B 部分處方藥，包括付款）有關的問題。為了簡單起見，我們通常將醫療項目、服務和 Medicare B 部分處方藥統稱為**醫療護理**。您可以使用理賠決定和上訴流程來處理賠付與否以及賠付方式等問題。

在獲得福利之前要求承保決定

承保決定是我們對您的福利和承保範圍或我們將為您的醫療護理支付的金額作出的決定。例如，如果您的計劃網絡內醫生將您轉介給網絡外的醫療專科醫生，則此轉診被視為有利

的承保決定，除非您的網絡內醫生可以證明您收到了該醫療專科醫生的標準拒絕通知，或者承保範圍說明書明確表示轉介的服務在任何情況下都不在承保範圍之內。如果您的醫生不確定我們是否會賠付特定的醫療服務或拒絕提供您認為您需要的醫療服務，您或您的醫生也可以聯絡我們並要求做出承保決定。換句話說，如果您想知道我們是否會在您接受醫療護理之前承保醫療服務，您可以要求我們為您做出承保決定。在有限的情況下，承保決定請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。駁回請求的情況包括：請求不完整、有人代表您提出請求但未獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回承保決定的請求，我們將向您傳送通知，說明駁回請求的原因以及如何要求對駁回進行審查。

每當我們決定您的承保項目及支付金額時，即為作出承保決定。在某些情況下，我們可能會決定 Medicare 不承保或不再承保您的醫療護理。如果您不同意此承保決定，您可以提出上訴。

提出上訴

如果您對我們做出承保決定不滿意，無論是在獲得福利之前還是之後，您都可以對該決定提出**上訴**。上訴是要求我們審核和更改我們做出的承保範圍決定的一種正式方式。在某些情況下您可要求對承保決定提出**加急**或**快速上訴**，詳情稍後討論。處理您上訴的審查員與作出原始決定的審查員不同。

當您首次對決定提出上訴時，這稱為 **1 級上訴**。在此上訴中，我們會審查我們做出的承保決定，以檢查我們是否正確遵守規則。審查完成後，我們會告知您我們的決定。

在有限的情況下，第 **1 級上訴** 請求可能會被駁回，即我們不會審查該請求。駁回請求的情況包括：請求不完整、有人代表您提出請求但未獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回第 **1 級** 請求，我們將向您傳送通知，說明駁回請求的原因以及如何要求對駁回進行審查。

如果我們拒絕您的全部或部分第 **1 級** 醫療護理上訴，您的上訴將自動轉至與我們無關的獨立審查機構進行的第 **2 級** 上訴。

- 您無需採取任何行動即可啟動第 **2 級** 上訴。**Medicare** 規定，如果我們不完全同意您的第 **1 級** 上訴，我們會自動將您的醫療護理上訴轉至第 **2 級**。
- 有關第 **2 級** 上訴的更多資訊，請參閱本章的**第 6.4 節**。
- 對於 **D** 部分藥物上訴，如果我們拒絕了您的全部或部分上訴，您將需要提出第 **2 級** 上訴。**D** 部分的上訴將在本章第 **7 節** 中進一步討論。

如果您對第 **2 級** 上訴的決定不滿意，您可以繼續進行其他級別的上訴（本章第 **10 節** 介紹了第 **3、4** 和 **5 級** 上訴流程）。

第 5.2 節 要求承保決定或提出上訴時如何獲得幫助

如果您決定要求任何類型的承保決定或對決定提出上訴，可以利用以下資源：

- 您可以**致電客戶服務部聯絡我們**。
- 您可以從您的州健康保險援助計劃**獲得免費幫助**。
- **您的醫生可以為您提出申請**。如果您的醫生幫助您進行第 2 級以上的上訴，則需要指定他們作為您的代表。請致電客戶服務部並索取**代表任命表格**。（該表格也可在 Medicare 的網站 [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或我們的網站 careoregonadvantage.org/medicareFAQ 上獲得。）
 - 對於醫療護理，您的醫生可以代表您請求承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，則會自動轉至第 2 級。
 - 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可以代表您請求承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以請求第 2 級上訴。
- **您可以要求他人代您行事**。如果您願意，您可以指定他人**代表**您請求承保決定或第 1 級上訴。
 - 如果您希望朋友、親戚或其他人擔任您的代表，請致電客戶服務部並索取**代表任命表格**。（該表格也可在 Medicare 的網站 [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)

Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 ***careoregonadvantage.org/medicareFAQ*** 上獲得。）

該表單允許該人代表您行事。它必須由您和您希望代表您行事的人簽署。您必須向我們提供一份已簽名表格的副本。

- 雖然我們可以在沒有表格的情況下接受上訴請求，但在收到表格之前，我們無法開始或完成審查。如果我們在收到您的上訴請求後 **44** 個日曆日內（我們對您的上訴做出決定的截止日期）仍未收到表格，您的上訴請求將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您傳送書面通知，說明您有權要求獨立審查機構審查我們駁回您的上訴的決定。
- **您也有權聘請律師。** 您可以聯絡自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務機構獲取律師姓名。如果您符合條件，還有一些團體將為您提供免費的法律服務。但是，**您無需聘請律師**即可要求任何類型的承保決定或對決定提出上訴。

第 5.3 節 本章的哪一節針對您的情況進行了詳細介紹？

涉及承保決定和上訴的情況有四種。由於每種情況都有不同的規則和截止日期，因此我們在單獨的章節中介紹了每種情況的詳細資訊：

- 本章**第 6 節**：您的醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴

- 本章**第 7 節**：您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴
- 本章**第 8 節**：如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們支付較長的住院時間
- 本章**第 9 節**：如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續提供某些醫療服務（僅適用於以下服務：居家護理、專業護理機構護理及綜合門診康復機構 (CORF) 服務）

如果您不確定應該使用哪個部分，請致電客戶服務部。您還可以從州健康保險援助計劃等政府組織獲得幫助或資訊。

第 6 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

第 6.1 節	本節介紹如果您在獲得醫療護理承保時遇到問題，或者您希望我們賠付您的護理費用時該怎麼辦
----------------	---

本節介紹您的醫療護理福利。本文檔第 4 章介紹了這些福利：**醫療福利表（承保項目）**。在某些情況下，B 部分處方藥的申請適用不同的規則。在這些情況下，我們將解釋 B 部分處方藥的規則與醫療項目和服務的規則有何不同。

本節介紹了您在以下五種情況下可以採取的行動：

1. 您未獲得想要的特定醫療護理，且您認為此類護理已由本計劃承保。**要求承保決定。第 6.2 節。**

2. 本計劃不批准醫生或其他醫療服務提供者希望為您提供的醫療護理，而您認為此類護理屬於計劃承保範圍。**要求承保決定。第 6.2 節。**
3. 您接受了您認為應由計劃承保的醫療護理，但我們表示不會支付此護理的費用。**提出上訴。第 6.3 節。**
4. 您已接受您認為應由計劃承保的醫療護理並支付了費用，您希望要求本計劃賠付此護理費用。**將帳單寄給我們。第 6.5 節。**
5. 您被告知，我們之前批准的某些醫療護理的承保範圍被削減或停止，而您認為削減或停止此類護理可能會損害您的健康。**提出上訴。第 6.3 節。**

注：如果如果要被停止的承保是醫院護理、居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則需閱讀本章第 7 及 8 節。這些類型的護理適用特殊規則。

第 6.2 節 步驟說明：如何要求承保決定

法律術語

當承保決定涉及您的醫療保健時，稱為**組織判定**。

快速承保決定稱為**加急判定**。

第 1 步：確定您是需要標準承保決定還是快速承保決定。

標準承保決定通常在 14 天內做出，對於 B 部分藥物，通常在 72 小時內做出。醫療服務快速承保決定通常在 72 小

時內做出，B 部分藥物快速承保決定通常在 24 小時內做出。為了獲得快速承保決定，您必須滿足兩個要求：

- 您*只能*要求醫療項目和/或服務的賠付（不包括已收到的項目和/或服務的付款請求）。
- 如果使用標準截止日期可能會對您的健康造成嚴重損害或損害您的功能時，您才可以獲得快速承保決定。
- 如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動同意為您提供快速承保決定。
- **如果您在未獲得醫生支持的情況下自行要求快速承保決定，我們將決定您的健康情況是否需要我們給予快速承保決定。**如果我們不批准快速承保決定，我們將向您傳送一封信，內容如下：
 - 解釋我們將採用標準截止日期
 - 解釋如果您的醫生要求做出快速承保決定，我們將自動做出快速承保決定
 - 解釋您可以就我們為您做出標準承保決定而不是您所要求的快速承保決定提出快速投訴

第 2 步：要求本計劃以做出承保決定或快速承保決定。

- 首先致電、寫信或傳真給本計劃，要求我們授權或承保您想要的醫療護理。您、您的醫生或您的代表均可提出此請求。第 2 章載有聯絡資訊。

第 3 步：我們會考慮您的醫療護理承保請求，並給予答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準截止日期。

這意味著我們將在收到您的醫療項目或服務請求後 **14 個日曆日內給您答覆**。如果您的請求涉及 **Medicare B 部分處方藥**，我們將**在收到您的請求後 72 小時內給您答覆**。

- **但是**，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求涉及醫療項目或服務，**我們最多可以延長 14 天的時間**。如果我們需要延長時間，我們會以書面形式通知您。如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，我們不能延長做出決定的時間。
- 如果您認為我們不應該多花這麼多天做出決定，您可以提交快速投訴。我們會在做出決定後盡快答覆您的投訴。（投訴流程與承保決定和上訴流程不同。有關投訴的資訊，請參閱本章第 11 節。）

對於快速承保決定，我們使用加急時間框架。

快速承保決定意味著，如果您的請求涉及醫療項目或服務，我們將**在 72 小時內答覆**。如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，我們將**在 24 小時內答覆**。

- **但是**，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，**我們最多可以延長 14 天的時間**。如果我們需要延長時間，我們會以書面形式通知您。如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，我們不能延長做出決定的時間。

- 如果您認為我們不應該多花這麼多天做出決定，您可以提交快速投訴。（有關投訴的資訊，請參閱本章第 11 節。）我們會在做出決定立即致電您。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面聲明，解釋我們拒絕的原因。

第 4 步：如果我們拒絕您的醫療保險請求，您可以提出上訴。

如果我們拒絕，您有權透過提出上訴要求我們重新考慮此決定。這意味著再次要求獲得您想要的醫療護理承保。如果您提出上訴，則意味著您將進入上訴流程的第 1 級。

第 6.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語

就醫療保險決定向計劃提出的上訴稱為計劃**覆議**。

快速上訴也稱為**加急覆議**。

第 1 步：確定您需要標準上訴還是快速上訴。

標準上訴決定通常在 30 天做出，或對於 B 部分藥物，在 7 天內對做出。快速上訴決定通常在 72 小時內做出。

- 如果您對我們做出的關於您尚未接受的護理承保範圍的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需要決定是否

需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將為您提供快速上訴。

- 獲得快速上訴的要求與本章第 6.2 節中獲得快速承保決定的要求相同。

第 2 步：向計劃提出上訴或快速上訴

- **如果您要求標準上訴，請以書面形式提交標準上訴。** 您也可以致電我們提出上訴。第 2 章載有聯絡資訊。
- **如果您要求快速上訴，請以書面形式提出上訴或致電我們。** 第 2 章載有聯絡資訊。
- 您必須在我們書面通知承保決定答覆之日起 **60 個日曆日內提出上訴請求**。如果您未能在截止日期之前提出上訴，並且有充分的理由，請在提出上訴時解釋您的延遲的原因。我們可能會給您更多時間提出上訴。充分理由的範例可能包括嚴重疾病導致您無法與我們聯絡，或者我們向您提供了不正確或不完整的上訴申請截止日期資訊。
- **您可以索取有關您的醫療決定的資訊副本。您和您的醫生可以添加更多資訊來支援您的上訴。** 我們可以收取複印和向您傳送此資訊的費用。

第 3 步：我們考慮您的上訴並給您答覆。

- 在審查您的上訴時，我們會仔細審閱所有資訊。在我們拒絕您的請求時會檢查我們是否遵守了所有規則。

- 如有必要，我們將收集更多資訊，可能會聯絡您或您的醫生。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況有此需求，我們會儘快給您答覆。
 - 如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求涉及醫療項目或服務，我們**最多可再延長 14 個日曆日**。如果我們需要延長時間，我們會以書面形式通知您。如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，我們不能延長做出決定的時間。
 - 如果我們未在 72 小時內給您答覆（如果我們延長了時間，則在延長時間結束時），我們必須自動將您的請求轉至上訴流程的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。第 6.4 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，則必須在收到您的上訴後 72 小時內批准或提供我們同意提供的承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面決定，並自動將您的上訴轉交獨立審查機構進行第 2 級上訴。獨立審查機構收到您的上訴後將書面通知您。

標準上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後**30 個日曆日內**給您答覆。如果您的請求涉及尚未收到的

Medicare B 部分處方藥，我們將在收到您的上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆。如果您的健康狀況有此需求，我們會儘快做出決定。

- **但是**，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求涉及醫療項目或服務，**我們最多可以延長 14 個日曆日**。如果我們需要延長時間，我們會以書面形式通知您。如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，我們不能延長做出決定的時間。
- 如果您認為我們不應該多花這麼多天做出決定，您可以提交快速投訴。當您提出快速投訴時，我們將在 **24 小時內** 對您的投訴做出答覆。（有關投訴的資訊，請參閱本章第 11 節。）
- 如果我們在截止日期前（或延長期限結束前）未給您答覆，我們會將您的請求轉至第 2 級上訴，由獨立審查機構對上訴進行審查。第 6.4 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求，且您的請求涉及醫療項目或服務**，我們必須在 30 個日曆日內批准或提供承保，或如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，則我們必須在 **7 個日曆日內** 批准或提供承保。

如果本計劃拒絕您的部分或全部上訴，我們會自動將您的上訴轉交獨立審查機構進行第 2 級上訴。

第 6.4 節 步驟說明：如何進行第 2 級上訴

法律術語

獨立審查機構的正式名稱是 **獨立審查實體**。有時也稱為 **IRE**。

獨立審查機構是 Medicare 聘請的**獨立機構**。它與我們無關，也不是政府機構。該機構決定我們做出的決定是否正確或是否應該更改。Medicare 監督其工作。

第 1 步：獨立審查機構會審查您的上訴。

- 我們會將您的上訴資訊傳送給該機構。此資訊稱為您的**個案文檔**。您有權要求我們提供一份**個案文檔的副本**。我們可以收取複印和向您傳送此資訊的費用。
- 您有權向獨立審查機構提供更多資訊來支援您的上訴。
- 獨立審查機構的審查員將仔細審閱與您的上訴相關的所有資訊。

如果您在第 1 級提出快速上訴，您也將在第 2 級提出快速上訴

- 對於快速上訴，審查機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。
- 如果您的請求涉及醫療項目或服務，且獨立審查機構需要收集更多可能對您有利的資訊，**則最多可能再需**

要 14 個日曆日。 如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，獨立審查機構不能延長做出決定的時間。

如果您在第 1 級提出標準上訴，那麼您也將在第 2 級提出標準上訴

- 對於標準上訴，如果您的請求涉及醫療項目或服務，審查機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **30 個日曆日內** 給您答覆。
- 如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，審查機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆。
- 如果您的請求涉及醫療項目或服務，且獨立審查機構需要收集更多可能對您有利的資訊，**則最多可能再需要 14 個日曆日。** 如果您的請求涉及 Medicare B 部分處方藥，獨立審查機構不能延長做出決定的時間。

第 2 步：獨立審查機構給您答覆。

獨立審查機構將以書面形式告知您其決定，並說明原因。

- **如果獨立審查機構同意部分或全部醫療項目或服務請求**，我們必須在收到獨立審查機構對**標準請求**的決定後 **72 小時內** 批准醫療護理承保或在 **14 個日曆日內** 提供服務，或在收到獨立審查機構對**加急請求**的決定後 **72 小時內** 提供服務。
- **如果獨立審查機構同意部分或全部 Medicare B 部分處方藥請求**，我們必須在收到獨立審查機構對**標準請**

求的決定後 **72 小時內** 批准或提供 Medicare B 部分處方藥，或在收到獨立審查機構對**加急請求**的決定後 **24 小時內** 提供服務批准或提供 Medicare B 部分處方藥。

- **如果機構拒絕您的部分或全部上訴**，即表示他們同意本計劃的意見，認為您的醫療護理請求（或部分請求）不應獲得批准。（這稱為**維持決定**或**駁回您的上訴**）。在這種情況下，獨立審查機構將寄信給您：
 - 解釋其決定。
 - 如果您申請的醫療護理賠付的美元金額達到某個最低金額，則通知您有權提出第 3 級上訴。獨立審查機構的書面通知將告知您繼續上訴程序必須滿足的美元金額。
 - 告知您如何提出第 3 級上訴。

第 3 步：如果您的個案符合要求，您可以選擇是否要進一步上訴。

- 在第 2 級上訴之後，上訴程序還有三個級別（共五級上訴）。如果您想提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴後收到的書面通知中會詳細說明如何提出第 3 級上訴。
- 第 3 級上訴由 Administrative Law Judge（行政法法官）或 attorney adjudicator（律師審裁員）處理。本章第 10 節介紹了第 3、4 和 5 級上訴流程。

第 6.5 節 如果您要求我們賠付您收到的醫療帳單，該如何處理？

我們無法直接賠付您的 Medicaid 服務或項目。如果您收到 Medicaid 承保服務和項目的帳單，請將帳單寄給我們。**您不應自行支付帳單。**我們將直接聯絡醫療服務提供者並解決問題。但如果您支付了帳單，如果您遵守了獲得服務或項目的規則，則可以從該醫療保健提供者處獲得退款。

要求賠付就是要求我們做出承保決定

如果您向我們傳送要求賠付的文檔，您就是在要求我們做出承保決定。為了做出此決定，我們將檢查您支付的醫療費用是否屬於承保服務。我們還將檢查您是否遵守了使用保險進行醫療護理的所有規則。

- **如果我們同意您的請求：**如果醫療護理屬於承保範圍且您遵守了所有規則，我們將在收到您的請求後的 60 個日曆日內向您支付費用。如果您尚未支付醫療費用，我們會直接向醫療服務提供者付款。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果醫療護理不屬於承保範圍，或者您確實未遵守所有規則，我們將不支付該費用。相反，我們會向您傳送一封信函，告知您我們不會支付醫療費用並說明原因。

如果對我們的拒絕決定有異議，**您可以提出上訴。**如果您提出上訴，則表示您要求我們更改我們在拒絕您的付款請求時做出的決定。

要提出此上訴，請遵循第 5.3 節中所述的上訴程序。 有關賠付的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內給您答覆。如果您要求我們賠付您已經接受並支付的醫療護理費用，則不得要求快速上訴。
- 如果獨立審查機構決定我們應該付款，我們必須在 30 個日曆日內向您或醫療服務提供者付款。如果您的上訴在第 2 級之後的任何上訴階段獲得同意，我們必須在 60 個日曆日內將您要求的付款支付給您或醫療服務提供者。

第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴

第 7.1 節 本節介紹如果您在獲得 D 部分藥物時遇到問題，或者您希望我們賠付您的 D 部分藥物費用時該怎麼處理

您的福利包括多種處方藥的承保。要獲得承保，該藥物必須用於醫療許可的適應症。

（有關醫療許可的適應症的更多資訊，請參閱第 5 章。）有關 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參閱第 5 章和第 6 章。**本節僅介紹 D 部分藥物的相關資訊。** 為簡單起見，我們在本節的其餘部分一般使用「藥物」一詞，而非每次都使用「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」。我們還使用術語「藥物清單」代替「承保藥物清單」或「處方集」。

- 如果您不知道某種藥物是否在承保範圍內，或您是否符合規定，您可以詢問我們。有些藥物需要事先獲得我們的批准，我們才會承保。
- 如果您的藥房告訴您處方藥無法按書面配藥，藥房將給您一份書面通知，說明如何聯絡我們以要做出承保決定。

D 部分承保決定和上訴

法律術語

關於您的 D 部分藥物的初始承保決定稱為**承保判定**。

承保決定是我們對您的福利和承保範圍或我們將支付的金額作出的決定。本節介紹了您在以下幾種情況下可以採取的行動：

- 要求承保未列於計劃*承保藥物清單*的 D 部分藥物。**請求例外處理。第 7.2 節**
- 要求放棄對計劃承保藥物的限制（如可獲得的藥量限制）**請求例外處理。第 7.2 節**
- 要求獲得藥物的預先批准。**要求承保決定。第 7.4 節**
- 為您已購買的處方藥付款。**要求我們賠付。第 7.4 節**

如果您不同意我們作出的承保決定，可對我們的決定提出上訴。

本節將介紹如何要求承保決定及如何請求上訴。

第 7.2 節 什麼是例外處理？

法律術語

要求承保未列入「藥物清單」的藥物有時稱為要求**處方集例外處理**。

要求取消對藥物承保的限制有時稱為要求**處方集例外處理**。

要求為承保的非首選藥物支付較低的價格有時稱為要求**等級例外處理**。

如果藥物沒有按您希望的方式承保，您可以要求我們進行**例外處理**。例外處理是承保決定的一種。

若要我們考慮您的例外處理請求，您的醫生或其他處方醫生需解釋您需要例外處理批准的醫療原因。以下是您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們做出的兩個例外情況範例：

- 1. 為您承保不在我們的「藥物清單」上的 D 部分藥物。** 如果我們同意承保不在「藥物清單」上的藥物，您將需要支

付適用於我們所有藥物的費用分擔金額。您不能要求對我們要求您支付的藥物費用分擔額做出例外處理。

- 2. 取消對承保藥物的限制。**第 5 章介紹了適用於「藥物清單」中某些藥物的額外規則或限制。如果我們同意做出例外處理並免除對您的限制，您可要求對我們要求您支付的藥物共付額或共同保險金額做出例外處理。

第 7.3 節 要求例外處理的注意事項

您的醫生必須告訴我們醫療原因

您的醫生或其他處方醫生必須向我們提供一份聲明，說明要求例外處理的醫療原因。為了更快地做出決定，請在請求例外處理時附上您的醫生或其他處方醫生提供的醫療資訊。

通常，我們的「藥物清單」包含不止一種用於治療特定病症的藥物。這些不同的藥物被稱為**替代藥物**。如果替代藥物與您申請的藥物一樣有效，並且不會引起更多副作用或其他健康問題，我們通常不會批准您的例外處理請求。

我們可以「同意」或「拒絕」您的請求

- 如果我們批准您的例外處理請求，我們的批准通常在計劃年度結束前有效。只要您的醫生繼續為您開藥，且該藥物對治療您的病症仍然安全有效，該批准就有效。
- 如果我們拒絕您的請求，您可以透過提出上訴要求再次審查我們的決定。

第 7.4 節 步驟說明：如何要求承保決定，包括例外處理

法律術語

快速承保決定稱為**加急承保判定**。

第 1 步：確定您是需要標準承保決定還是快速承保決定。

標準承保決定在我們收到您的醫生聲明後 **72 小時內**做出
快速承保決定在我們收到您的醫生聲明後 **24 小時內**做出。

如果您的健康狀況需要，請要求我們做出快速承保決定。要獲得快速承保決定，您必須滿足兩個要求：

- 您必須申請尚未獲得的藥物。（您不能要求快速承保決定以獲得已購買藥物的賠付。）
- 使用標準截止日期可能會對您的健康造成嚴重損害或損害您的功能。
- **如果您的醫生或其他處方醫生告訴我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。**
- **如果您在未獲得醫生或處方醫生支持的情況下自行要求快速承保決定，我們將決定您的健康情況是否需要我們給予快速承保決定。如果我們不批准快速承保決定，我們將向您傳送一封信，內容如下：**
 - 解釋我們將採用標準截止日期。
 - 解釋如果您的醫生或其他處方醫生要求做出快速承保決定，我們將自動做出快速承保決定

- 告知您如何就我們為您做出標準承保決定而不是您所要求的快速承保決定提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後 24 小時內回覆。

第 2 步：請求標準承保決定或快速承保決定。

首先致電、寫信或傳真給本計劃，要求我們授權或承保您想要的醫療護理。您也可以透過我們的網站訪問承保決定流程。我們必須接受任何書面請求，包括透過 CMS Model Coverage Determination Request Form（CMS，承保範圍確定請求表範本）或本計劃的表格可在我們的網站上下載提交的請求。第 2 章載有聯絡資訊。為了協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及上訴被拒理賠的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或您的代表均可提供此資訊。您也可以讓律師代表您行事。本章第 4 節介紹了如何以書面形式授權他人作為您的代表。

- **如果您請求例外處理，請提供支持性聲明**，即例外處理的醫學原因。您的醫生或其他處方醫生可以將聲明傳真或郵寄給我們。或者您的醫生或其他處方醫生可以透過電話告訴我們，並在必要時透過傳真或郵寄書面聲明進行跟進。

第 3 步：我們會考慮您的請求並給您答覆。

快速做出承保決定的截止日期

- 一般情況下，我們必須在收到您的請求後 **24 小時內** 給您答覆。

- 對於例外情況，我們將在收到您的醫生的支持性聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況有此需求，我們會儘快給您答覆。
- 如果我們未能在此期限內答覆，我們必須將您的請求轉至上訴流程的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，則必須在收到您的請求或支持您的請求的醫生聲明後 24 小時內提供我們同意提供的承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面聲明，解釋我們拒絕的原因。我們也會告知您如何提出上訴。

就您尚未收到的藥物做出標準承保決定的截止日期

- 一般情況下，我們必須在收到您的請求後 **72 小時內** 給您答覆。
 - 對於例外情況，我們將在收到您的醫生的支持性聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況有此需求，我們會儘快給您答覆。
 - 如果我們未能在此期限內答覆，我們必須將您的請求轉至上訴流程的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。

- **如果我們同意您的部分或全部請求**，則必須在收到您的請求或支持您的請求的醫生聲明後 **72 小時內提供我們同意提供的承保**。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面聲明，解釋我們拒絕的原因。我們也會告知您如何提出上訴。

就您已購買藥物付款請求標準承保決定的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內** 給您答覆。
 - 如果我們未能在此期限內答覆，我們必須將您的請求轉至上訴流程的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，我們還必須在收到您的請求後的 14 個日曆日內向您付款。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面聲明，解釋我們拒絕的原因。我們也會告知您如何提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保請求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過提出上訴要求我們重新考慮此決定。這意味著再次要求獲得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，則意味著您將進入上訴流程的第 1 級。

第 7.5 節	步驟說明：如何提出第 1 級上訴
----------------	-------------------------

法律術語

就 D 部分藥物承保決定向計劃提出的上訴稱為計劃**覆議**。
快速上訴也稱為**加急覆議**。

第 1 步：確定您需要標準上訴還是快速上訴。

標準上訴決定通常在 7 天內做出。快速上訴決定通常在 72 小時內做出。如果您的健康狀況需要，請提出快速上訴。

- 如果您對我們做出的關於您尚未獲得的藥物的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需要決定是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與本章第 6.4 節中獲得快速承保決定的要求相同。

第 2 步：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須與我們聯絡，提出第 1 級上訴。如果您的健康狀況需要快速回應，請提出快速上訴。

- **對於標準上訴，請提交書面請求或致電我們。** 第 2 章載有聯絡資訊。
- **如需快速上訴，請以書面形式提交上訴或致電 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 聯絡我們。** 上班時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。第 2 章載有聯絡資訊。

- 我們必須接受任何書面請求，包括透過 *CMS Model Coverage Determination Request Form*（CMS 承保範圍確定請求表範本）提交的請求。請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及索賠相關資訊，以協助我們處理您的請求。
- 您必須在我們書面通知承保決定答覆之日起 **60 個日曆日內提出上訴請求**。如果您未能在截止日期之前提出上訴，並且有充分的理由，請在提出上訴時解釋您的延遲的原因。我們可能會給您更多時間提出上訴。充分理由的範例可能包括嚴重疾病導致您無法與我們聯絡，或者我們向您提供了不正確或不完整的上訴申請截止日期資訊。
- **您可以索取上訴資訊的副本，並添加更多資訊**。您和您的醫生可以添加更多資訊來支援您的上訴。我們可以收取複印和向您傳送此資訊的費用。

第 3 步：我們考慮您的上訴並給您答覆。

- 在審查您的上訴時，我們會再次仔細審閱有關您承保請求的所有資訊。在我們拒絕您的請求時會檢查我們是否遵守了所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以獲取更多資訊。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況有此需求，我們會儘快給您答覆。

- 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們必須將您的請求轉至上訴流程的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。第 6.6 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，則必須在收到您的上訴後 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面聲明，解釋我們拒絕的原因以及您如何對我們的決定提出上訴。

就您尚未收到的藥物提出標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆。如果您尚未收到藥物，並且您的健康情況有此需求，我們將儘快做出決定。
 - 如果我們未在 7 個日曆日內做出決定，我們必須將您的請求轉至上訴流程的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。第 6.6 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，我們必須根據您的健康狀況儘快提供承保，但不得遲於收到您的上訴後 **7 個日曆日**。**如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面聲明，解釋我們拒絕的原因以及您如何對我們的決定提出上訴。

就您已購買藥物付款請求提出標準上訴的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內** 給您答覆。

- 如果我們未能在此期限內答覆，我們必須將您的請求轉至上訴流程的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，我們還必須在收到您的請求後的 30 個日曆日內向您付款。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您傳送一份書面聲明，解釋我們拒絕的原因。我們也會告知您如何提出上訴。

第 4 步：如果如果我們拒絕了您的上訴，您可以決定是否繼續上訴流程，並再次提出上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，則意味著您的上訴將進入上訴流程的第 2 級。

第 7.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

法律術語

獨立審查機構的正式名稱是 **獨立審查實體**。有時也稱為 **IRE**。

獨立審查機構是 Medicare 聘請的獨立機構。它與我們無關，也不是政府機構。該機構決定我們做出的決定是否正確或是否應該更改。Medicare 監督其工作。

第 1 步：您（或您的代表或您的醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審查機構，要求對您的個案進行審查。

- 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們將在寄給您的書面通知中**說明如何向獨立審查機構提出第 2 級上訴**。這些說明將介紹哪些人可以提出第 2 級上訴、必須遵循的截止日期以及如何聯絡審查機構。但是，如果我們未在適用時限內完成審查，或者根據我們的藥物管理計劃對**風險**判定做出不利決定，我們將自動將您的理賠轉交給 IRE。
- 我們會將您的上訴資訊傳送給該機構。此資訊稱為您的**個案文檔**。您有權要求我們提供一份個案文檔的副本。我們可以收取複印和向您傳送此資訊的費用。
- 您有權向獨立審查機構提供更多資訊來支援您的上訴。

第 2 步：獨立審查機構會審查您的上訴。

獨立審查機構的審查員將仔細審閱與您的上訴相關的所有資訊。

快速上訴的截止日期

- 如果您的健康狀況需要，請向獨立審查機構提出快速上訴。
- 如果機構同意為您進行快速上訴，則必須在收到您的第 2 級上訴請求後 **72 小時內** 給您答覆。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，如果您尚未收到藥物，審查機構必須在收到您的第 2 級上訴後的 **7 個日曆日內** 給您答覆。如果您要求我們賠付您已購買的藥物，審查機構必須在收到您的請求後在 **14 個日曆日內** 對您第 2 級上訴做出答覆。

第 3 步：獨立審查機構給您答覆。

對於快速上訴：

- **如果獨立審查機構同意您的部分或全部請求**，我們必須在收到審查機構的決定後 **24 小時內** 提供審查機構批准的藥物承保。

對於標準上訴：

- **如果獨立審查機構同意您的部分或全部承保請求**，我們必須在我們收到審查機構的決定後 **72 小時內** 提供審查機構批准的藥物承保。
- **如果獨立審查機構同意您要求賠付已購藥物費用的部分或全部請求**，我們必須在收到審查機構的決定後 **30 個日曆日內** 向您付款。

如果審查機構拒絕您的上訴，該怎麼辦？

如果機構拒絕您的部分或全部上訴，即表示他們同意我們的意見，認為您的請求（或部分請求）不應獲得批准。（這稱為**維持決定**。它也被稱為**拒絕您的上訴**。）。在這種情況下，獨立審查機構將寄信給您：

- 解釋其決定。
- 如果您申請的藥物承保美元金額達到某個最低金額，則通知您有權提出第 3 級上訴。如果您請求的藥物承保金額過低，您無法再次上訴，第 2 級決定即為最終決定。
- 告訴您繼續上訴程序所需的爭議金額。

第 4 步：如果您的個案符合要求，您可以選擇是否要進一步上訴。

- 在第 2 級上訴之後，上訴程序還有三個級別（共五級上訴）。
- 如果您想提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴決定後收到的書面通知中會詳細說明如何提出第 3 級上訴。
- 第 3 級上訴由 Administrative Law Judge（行政法法官）或 attorney adjudicator（律師審裁員）處理。本章第 10 節詳細介紹了上訴程序的第 3、4 和 5 級。

第 8 節 如果您認為出院過早，如何要求我們承保較長的住院時間

住院時，您有權獲得診斷和治療疾病或損傷所需的所有承保住院服務。

在承保的住院期間，您的醫生和醫院工作人員將與您一起為出院做準備。他們將幫助安排您出院後可能需要的護理。

- 您離開醫院的日期稱為您的**出院日期**。
- 出院日期確定後，您的醫生或醫院工作人員會告訴您。

- 如果您認為要求您出院的時間過早，您可以要求延長住院時間，我們將考慮您的請求。

第 8.1 節 在您住院期間，您將收到 Medicare 的書面通知，其中說明您的權利

在入院後兩天內，您將收到一份名為 *An Important Message from Medicare about Your Rights*（Medicare 關於您的權利的重要資訊）的書面通知。每位 Medicare 會員都會收到一份本通知，如果您沒有收到醫院員工（例如，社工或護士）的通知，請向任何醫院員工索取通知。如果您需要幫助，請每週 7 天、每天 24 小時致電客戶服務部或 800-MEDICARE (800-633-4227)。（TTY 877-486-2048）。

- 1. 仔細閱讀本通知，如有不明之處，請隨時提問。**通知將告知您：
 - 您有權在住院期間和之後根據醫囑接受 Medicare 承保的服務。這包括您有權瞭解這些服務的內涵、由誰支付費用以及在哪裡可以獲得這些服務。
 - 您有權參與有關您住院的任何決定。
 - 在哪裡報告您對醫院護理品質的任何疑慮。
 - 如果您認為出院時間過早，您有權**要求立即審查**出院的決定。這是一種正式、合法的方式，您可以要求延遲出院日期，以便我們為您提供更長的住院治療。
- 2. 您將被要求簽署書面通知，以表明您已收到該通知並瞭解自己的權利。**
 - 您或代表您行事的人將被要求簽署通知。

- 簽署通知 *僅*表明您已收到有關您的權利的資訊。該通知沒有給出您的出院日期。簽署通知**並不意味著**您同意出院日期。

3. 請隨身攜帶本通知，以便在需要時瞭解有關上訴（或報告護理品質的任何疑慮）的資訊。

- 如果您在出院日期前兩天以上簽署通知，您將在計劃出院之前收到另一份通知。
- 如需提前查看此通知，您可以每週 7 天、每天 24 小時致電客戶服務部或 800 MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。您還可以在 [cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices) 上在線查看該通知。

第 8.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴以更改出院日期

如果您想要求我們承保更長的住院服務時間，您需要使用上訴程序提出此請求。在開始之前，請瞭解您採取的步驟以及截止日期。

- **按照流程操作。**
- **遵守截至日期。**
- **如果需要，請尋求幫助。** 如果您有任何疑問或需要幫助，請隨時致電客戶服務部。或者致電州健康保險援助計劃，這是一個提供個人化援助的政府組織。

在第 1 級上訴期間， Quality Improvement Organization 將審查您的上訴。 它將審查您的計劃出院日期是否符合您的醫療需求。

品質改進機構由一群醫生和其他醫護專業人員組成，由政府支付報酬，負責檢查並幫助改善為 Medicare 參保者提供的護理。這包括審查 Medicare 參保者的出院日期。這些專家不屬於我們的計劃。

第 1 步：聯絡您所在 Quality Improvement Organization 進機構，要求立即對您的出院情況進行審查。您必須盡快採取行動。

您如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知（*Medicare 關於您的權利的重要資訊*）會告訴您如何聯絡該機構。或者在第 2 章中查找您所在 Quality Improvement Organization 進機構的名稱、位址和電話號碼。

迅速行動：

- 要提出上訴，您必須在出院前且**不遲於出院當天午夜前**與品質改善機構聯絡。
 - **如果您在此截止日期之前聯絡了品質改進機構，**在等待品質改進機構的決定期間，您可以在出院日期後繼續住院而**無需支付費用**。
 - **如果您未能在此截止日期聯絡品質改進機構，**並且您決定在計劃出院日期後繼續住院，**您可能**

需要支付計劃出院日期後接受的住院護理的所有費用。

- 如果您錯過了聯絡品質改進機構的截止日期，但仍然希望提出上訴，則必須直接向我們的計劃提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參閱本章第 8.4 節。

如果您要求立即對出院情況進行審查，品質改進機構將與我們聯絡。我們將在品質改進機構聯絡我們後的第二天中午前向您發出 **Detailed Notice of Discharge** (出院詳細通知)。該通知給出了您的計劃出院日期，並詳細解釋了您的醫生、醫院和我們認為您在此日期出院是正確的（醫學上合適的）原因。

您可以透過每週 7 天、每天 24 小時致電客戶服務部或 800-MEDICARE (800-633-4227) 獲取 Detailed Notice of Discharge 的樣本。（TTY 用戶請撥打 877-486-2048。）您還可以在 [cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices) 上在線查看通知範本。

第 2 步：品質改進機構對您的個案進行獨立審查。

- 品質改進機構的醫療專業人員（審查員）會詢問您（或您的代表）您認為應該繼續承保服務的原因。您不必準備任何書面材料，但如果您願意，也可以這樣做。

- 審查員還將查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查醫院和我們提供給他們的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知我們的第二天中午，您將收到我們的書面通知，其中說明您的計劃出院日期。該通知詳細解釋了您的醫生、醫院和我們認為您在此日期出院是正確的（醫學上合適的）原因。

第 3 步：在獲得所有必要資訊後的一天內，品質改進機構將對您的上訴做出答覆。

如果同意，會發生什麼？

- 如果審查機構同意您的上訴，則**我們必須繼續提供承保的住院服務，只要這些服務是醫療必需的。**
- 您必須繼續支付您的費用分擔金額（例如自付額或共付額，如果適用）。此外，您的承保醫院服務可能會受到限制。

如果拒絕，會發生什麼？

- 如果審查機構**拒絕**您的上訴，則表示他們認為您的計劃出院日期在醫療上是合適的。如果發生這種情況，**我們對您住院服務的承保將於品質改善機構對您的上訴做出答覆後的次日正午終止。**
- 如果審查機構**拒絕**您的上訴，並且您決定繼續住院，則**您可能需要支付**品質改進機構答覆您的上訴後的第二天中午後接受的醫院護理的全部費用。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴被拒絕，您可以決定是否要再次提出上訴。

- 如果品質改進機構拒絕了您的上訴，而您決定在計劃出院日期後繼續住院，則您可以再次提出上訴。再次提出上訴意味著您將繼續進入**第 2 級上訴**流程。

第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴以更改出院日期

在第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審查其對您第一次上訴做出的決定。如果品質改進機構拒絕了您的第 2 級上訴，您可能需要支付計劃出院日期後繼續住院的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構並要求再次審查。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後的 **60 個日曆日內**申請此審查。只有當您在承保護理終止日期後繼續住院時，才能要求進行此審查。

第 2 步：品質改進機構會對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進機構的審查員將再次仔細審閱與您的上訴相關的所有資訊。

第 3 步：在收到您的第 2 級上訴請求後的 14 個日曆日內，審查員將對您的上訴做出決定，並告知您他們的決定。

如果審查機構同意：

- **我們必須向您賠付**自您第一次上訴遭品質改改進機構駁回後次日中午起所接受醫院護理的分擔費用。**只要**

是醫療必需，我們就必須繼續為您提供住院護理承保。

- 您必須繼續支付您的費用分擔金額，並且承保限制可能適用。

如果審查機構拒絕：

- 這意味著他們同意他們對您的第 1 級上訴做出的決定。
- 您收到的通知將以書面形式告訴您，如果您希望繼續審查流程應該採取哪些步驟。

第 4 步：如果審查機構拒絕，您需要決定是否繼續第 3 級上訴。

- 在第 2 級上訴之後，上訴程序還有三個級別（共五級上訴）。如果您想提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴決定後收到的書面通知中會詳細說明如何提出第 3 級上訴。
- 第 3 級上訴由 Administrative Law Judge（行政法官）或 attorney adjudicator（律師審裁員）處理。本章第 10 節詳細介紹了上訴程序的第 3、4 和 5 級。

第 8.4 節 如果您錯過了提出第 1 級上訴以更改出院日期的截止日期，該如何處理？

法律術語

快速審查（或快速上訴）也稱為**加急上訴**。

您可以向我們提出上訴

如上所述，您必須迅速採取行動，對出院日期提出第 1 級上訴。如果您錯過了聯絡品質改進機構的截止日期，還有另一種方式可以提出上訴。

如果您使用此另一種方式提出上訴，*則前兩級上訴有所不同。*

分步：如何提出第 1 級替代上訴

第 1 步：聯絡我們並要求快速審查。

- **要求快速審查。** 這意味著您要求我們在快速期限而不是標準期限給您答覆。第 2 章載有聯絡資訊。

第 2 步：我們會快速審查您的計劃出院日期，審查其是否符合醫學需求。

- 在本次審查中，我們會審閱有關您住院的所有資訊。我們會審查您的計劃出院日期是否符合您的醫學需求。我們會審查您出院日期的決定是否公平，是否遵守了所有規則。

第 3 步：我們會在您要求快速審查後的 72 小時內做出決定。

- **如果我們同意您的上訴**，即表示我們同意您在出院日期後仍需住院。只要是醫療必需，我們將繼續為您提供承保住院服務。這也意味著我們已經同意向您賠付自我們告知您的承保將終止之日起我們應當承擔的您的護理費用分擔金額。（您必須支付您的費用分擔金額，並且承保限制可能適用。）
- **如果我們拒絕您的上訴**，即表示我們認為您計劃的出院日期在醫療上是合適的。我們對您的住院服務的承保將從表示承保終止之日起結束。
 - 如果您在計劃出院日期後繼續住院，則**您可能需要支付**計劃出院日期後接受的住院護理的全部費用。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您的個案將自動進入下一級上訴流程。

分步：第 2 級 替代上訴程序

法律術語

獨立審查機構的正式名稱是 **Independent Review Entity**（**獨立審查實體**）。有時也稱為 **IRE**。

獨立審查機構是 Medicare 聘請的獨立機構。 它與我們無關，也不是政府機構。該機構決定我們做出的決定是否正確或是否應該更改。Medicare 監督其工作。

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交給獨立審查機構。

- 在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，我們必須將您的第 2 級上訴資訊轉交給獨立審查機構。（如果您認為我們沒有遵守此截止日期或其他截止日期，您可以提出投訴。本章第 11 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審查機構會快速審查您的上訴。審查員在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查機構的審查員將仔細審閱與您的出院上訴相關的所有資訊。
- **如果審查機構同意您的上訴**，則我們必須（向您賠付）我們應承擔的自計劃出院之日起您所接受的醫院護理的費用分擔金額。只要是醫療必需，我們還必須繼續承保您的住院服務。您必須繼續支付您的費用分擔金額。如果存在承保限制，這些限制可能會限制我們的賠付金額或繼續承保您的服務的時間。
- **如果審查機構拒絕您的上訴**，即表示他們同意您的計劃出院日期在醫療上是合適的。
 - 您從獨立審查機構收到的書面通知將說明如何啟動 3 級上訴，該上訴由行政法官或律師審裁員處理。

第 3 步：如果獨立審查機構拒絕了您的上訴，您可以選擇是否進一步提出上訴。

- 在第 2 級上訴之後，上訴程序還有三個級別（共五級上訴）。如果審查員拒絕您的第 2 級上訴，您將決定是接受他們的決定還是繼續進行第 3 級上訴。
- 本章第 10 節詳細介紹了上訴程序的第 3、4 和 5 級。

第 9 節 如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

第 9.1 節 本節僅涉及三項服務： 居家護理、專業護理機構護理和綜合門診康復機構 (CORF) 服務

當您獲得**居家護理、專業護理或康復護理（綜合門診康復機構）**時，只要診斷及治療您的疾病或損傷需要護理，您就有權繼續接受該類護理服務。

當我們決定停止承保三種護理中的任何一種時，我們必須提前通知您。當您的護理承保結束時，*我們將停止支付您的護理費用。*

如果您認為我們過早終止您的護理承保，**您可以對我們的決定提出上訴。**本節將介紹如何提出上訴。

第 9.2 節 我們將預先告知您承保終止的時間

法律術語

Notice of Medicare Non-Coverage（Medicare 不予承保通知）。本節將介紹如何請求**快速上訴**。請求快速上訴是要求更改我們有關何時終止護理的承保決定的正式合法方式。

1. 您至少在本計劃停止承保前兩天**收到書面通知**。通知會告訴您：
 - 我們停止承保護理的日期。
 - 如何申請快速上訴，要求我們繼續承保您的護理一段較長時間。
2. **您或代表您行事的人將被要求簽署書面通知，以表明您已收到通知。**簽署通知僅表明您已收到有關承保何時停止的資訊。**簽名不表示您同意**計劃停止護理的決定。

第 9.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，要求本計劃為您承保更長時間的護理

如果您想要求我們為您承保更長時間的護理，您需要使用上訴程序提出此請求。在開始之前，請瞭解您採取的步驟以及截止日期。

- **按照流程操作。**
- **遵守截至日期。**
- **如果需要，請尋求幫助。**如果您有任何疑問或需要幫助，請隨時致電客戶服務部。或者致電州健康保險援助計劃，這是一個提供個人化援助的政府組織。

在第 1 級上訴期間，Quality Improvement Organization（品質改進機構）將審查您的上訴。它決定您的護理結束日期在醫療上是否合適。

第 1 步：提出您的第 1 級上訴：聯 Quality Improvement Organization 進機構，要求快速上訴。您必須盡快採取行動。

您如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知（*Medicare* 不予承保通知）會告訴您如何聯絡該機構。（或者在第 2 章中查找您所在 Quality Improvement Organization 進機構的名稱、位址和電話號碼。）

迅速行動：

- 您必須在 Medicare 不予承保通知書**生效日期的前一天中午**前聯絡品質改善機構開始上訴。
- 如果您錯過了聯絡品質改進機構的截止日期，但仍然希望提出上訴，則必須直接向我們提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參閱本章第 9.5 節。

第 2 步：品質改進機構對您的個案進行獨立審查。

法律術語

不予承保的詳細說明。 詳細說明終止承保原因的通知。

審查期間會發生什麼？

- 品質改進機構的醫療專業人員（審查員）會詢問您（或您的代表）您認為應該繼續承保服務的原因。您不必準備任何書面材料，但如果您願意，也可以這樣做。
- 審查機構還將審閱您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查本計劃向其提供的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知我們的當天結束之前時，您將收到我們發出的 **Detailed Explanation of Non-Coverage**（**不予承保的詳細說明**），其中詳細解釋了我們終止對您的服務承保的原因。

第 3 步：審查員在獲得所需的所有資訊後的一天內，將告知您他們的決定。

如果審查員同意，會發生什麼？

- 如果審查員同意您的上訴，則我們必須繼續為您提供**醫療必需的承保服務**。
- 您必須繼續支付您的費用分擔金額（例如自付額或共付額，如果適用）。您的承保服務可能存在限制。

如果審查員拒絕，會發生什麼？

- 如果審查員拒絕，則您的承保將在我們告訴您的日期結束。
- 如果您在承保終止之日後決定繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則必須自行支付這些護理的全部費用。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴被拒絕，您可以決定是否要再次提出上訴。

- 如果審查員拒絕您的第 1 級上訴，而您選擇在護理承保終止後繼續接受護理，則可提出第 2 級上訴。

第 9.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，要求本計劃為您承保更長時間的護理

在第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審查其對您第一次上訴做出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能必須支付我們表示承保終止之日後的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構並要求再次審查。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後的 **60 天內** 申請此審查。只有當您在承保護理終止日期後繼續接受護理時，才能要求進行此審查。

第 2 步：品質改進機構會對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進機構的審查員將再次仔細審閱與您的上訴相關的所有資訊。

第 3 步：在收到您的上訴請求後的 14 天內，審查員將對您的上訴做出決定，並告知您他們的決定。

如果審查機構同意，會發生什麼？

- **我們必須向您賠付**自我們告知您的承保將終止之日起我們應當承擔的您的護理費用分擔金額。只要是醫療必需，**我們就必須繼續為**您提供護理承保。
- 您必須繼續支付您的費用分擔金額，並且承保限制可能適用。

如果審查機構拒絕，會發生什麼？

- 這意味著他們同意對您的第 1 級上訴做出的決定。
- 您收到的通知將以書面形式告訴您，如果您希望繼續審查流程應該採取哪些步驟。它將向您詳細說明如何繼續下一級上訴，下一級上訴由行政法官或律師審裁員處理。

第 4 步：如果審查機構拒絕，您需要決定是否繼續上訴。

- 在第 2 級之後還有三個上訴級別，總共五個上訴級別。如果您想提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴決定後收到的書面通知中會詳細說明如何提出第 3 級上訴。
- 第 3 級上訴由行政法官或律師審裁員處理。本章第 10 節詳細介紹了上訴程序的第 3、4 和 5 級。

第 9.5 節 如果您錯過了提出 1 級上訴的截止日期，該如何處理？

您可以向我們提出上訴

如上所述，您必須盡快聯絡品質改進機構以開始第一次上訴（最多一兩天內）。如果您錯過了聯絡該機構的截止日期，還有另一種方式可以提出上訴。如果您使用此另一種方式提出上訴，則前兩級上訴有所不同。

分步：如何提出第 1 級替代上訴

法律術語

快速審查（或快速上訴）也稱為**加急上訴**。

第 1 步：聯絡我們並要求快速審查。

- **要求快速審查**。這意味著您要求我們在快速期限而不是標準期限給您答覆。第 2 章載有聯絡資訊。

第 2 步：我們將快速審查有關何時終止承保您的服務的決定。

- 在本次審查中，我們會再次審閱有關您的個案的所有資訊。我們會審查在設定您的計劃承保服務的終止日期時，我們是否遵守了所有規則。

第 3 步：我們會在您要求快速審查後的 72 小時內做出決定。

- **如果我們同意您的上訴**，即表示我們已同意您需要更長時間的服務，並將在醫療必須的情況下繼續提供承

保服務。這也意味著我們已經同意向您賠付自我們告知您的承保將終止之日起我們應當承擔的您的護理費用分擔金額。（您必須支付您的費用分擔金額，並且承保限制可能適用。）

- **如果我們拒絕您的上訴**，則您的承保將於我們通知您的日期終止，我們將不支付此日期後的任何分擔費用。
- 如果您在我們告知的承保終止之日後仍繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則必須**支付**此類護理的**全部費用**。

第 4 步：如果我們**拒絕**您的快速上訴，您的個案將**自動**進入下一級上訴流程。

法律術語

獨立審查機構的正式名稱是 **獨立審查實體**。有時也稱為 **IRE**。

分步：第 2 級 替代上訴程序

在第 2 級上訴中，**獨立審查機構**會審查我們對您的快速上訴做出的決定。該機構將決定是否應更改決定。**獨立審查機構是 Medicare 聘請的獨立機構**。該機構與我們的計劃無關，也不是政府機構。該機構是 Medicare 選擇的一家公司，負責獨立審查機構的工作。Medicare 監督其工作。

第 1 步：我們會自動將您的個案轉交給獨立審查機構。

- 在告知您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，我們必須將您的第 2 級上訴資訊轉交給獨立審查機構。（如果您認為我們沒有遵守此截止日期或其他截止日期，您可以提出投訴。本章第 11 節介紹了如何提出投訴。）

第 2 步：獨立審查機構會快速審查您的上訴。審查員在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查機構的審查員將仔細審閱與您的上訴相關的所有資訊。
- **如果審查機構同意您的上訴**，則我們必須向您賠付我們應承擔的自我們告知的承保終止之日起您所接受的護理的費用分擔金額。只要是醫療必需，我們就必須繼續提供護理承保。您必須繼續支付您的費用分擔金額。如果存在承保限制，這些限制可能會限制我們的賠付金額或繼續承保服務的時間。
- **如果該機構拒絕您的上訴**，即表示他們同意本計劃對您第一次申訴做出的決定，且不會更改。
- 獨立審查機構的通知將以書面形式告訴您，如果您希望繼續第 3 級上訴，該如何處理。

第 3 步：如果獨立審查機構拒絕了您的申訴，您可以選擇是否進一步提出上訴。

- 在第 2 級之後還有三個上訴級別，總共五個上訴級別。如果您想提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴決定後收到的書面通知中會詳細說明如何提出第 3 級上訴。

- 第 3 級上訴由行政法官或律師審裁員審查。本章第 10 節詳細介紹了上訴程序的第 3、4 和 5 級。

第 10 節 上訴至第 3 級及以上

第 10.1 節 醫療服務請求的第 3、4 和 5 級上訴

如果您提出了第 1 級和第 2 級上訴，但上訴均被駁回，則適合閱讀本節。

如果您上訴的項目或醫療服務的美元價值達到一定的最低金額，您可以繼續上訴至其他級別。如果美元價值低於最低金額，則無法進一步上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆將說明如何提出第 3 級上訴。

對於大多數涉及上訴的情況，後三級上訴的處理方式大致相同。以下是各級上訴的審查員。

第 3 級上訴 為聯邦政府工作的行政法官或律師審裁員將審查您的上訴並給您答覆。

- **如果行政法官或律師審裁員同意您的上訴，則上訴程序可能結束，也可能不會結束。**與第 2 級上訴的決定不同，我們有權對對您有利的對 3 級決定提出上訴。如果我們決定上訴，將進入第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，我們必須在收到行政法官或律師審裁員的決定後 60 個日曆日內批准或向您提供醫療服務。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將向您寄送第 4 級上訴申請的副本以及任何隨附文檔。我們可

能會等待第 4 級上訴裁決，然後再批准或提供有爭議的醫療服務。

- **如果行政法官或律師審裁員拒絕您的上訴，則上訴程序可能結束，也可能不會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，則上訴程序結束。
 - 如果您不想接受該決定，則可以繼續下一級審查程序。您收到的通知將告訴您如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴：Medicare Appeals Council (Council) 將審查您的上訴並給您答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

- **如果同意上訴，或者如果委員會拒絕我們審查有利的第 3 級上訴決定的請求，上訴程序可能結束，也可能不會結束。**與第 2 級的決定不同，我們有權對對您有利的對 4 級決定提出上訴。我們將決定是否將該決定上訴到第 5 級。
 - 如果我們決定不對該決定提出上訴，我們必須在收到委員會的決定後 60 個日曆日內批准或向您提供醫療服務。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- **如果拒絕上訴，或者如果委員會拒絕我們的上訴請求，上訴程序可能結束，也可能不會結束。**

- 如果您決定接受駁回您上訴的決定，則上訴程序結束。
- 如果您不想接受該決定，則可以繼續進入下一級審查程序。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將告訴您規則是否允許您繼續進行第 5 級上訴以及如何繼續進行第 5 級上訴。

第 5 級上訴 Federal District Court（聯邦地區法院）的法官將審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定*同意*或*拒絕*您的請求。這是最終裁決。在聯邦地區法院之後再無其他上訴級別。

第 10.2 節 針對 D 部分藥物申請的第 3、4 及 5 級上訴

如果您提出了第 1 級和第 2 級上訴，但上訴均被駁回，則適合閱讀本節。

如果您上訴的藥物的達到一定美元金額，您可以繼續上訴至其他級別。如果金額不足，則無法進一步上訴。您收到的對 2 級上訴的書面回覆將說明應與誰聯絡以及如何要求第 3 級上訴。

對於大多數涉及上訴的情況，後三級上訴的處理方式大致相同。以下是各級上訴的審查員。

第 3 級上訴 為聯邦政府工作的行政法官或律師審裁員將審查您的上訴並給您答覆。

- **如果同意上訴，則上訴程序將結束。** 我們必須在收到裁決後 **72 小時內（快速上訴為 24 小時）批准或提供** 行政法官或律師審裁員批准的**藥物承保**，或在 **30 個日曆日內付款**。
- **如果拒絕上訴，上訴程序可能結束，也可能不會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，則上訴程序結束。
 - 如果您不想接受該決定，則可以繼續下一級審查程序。您收到的通知將告訴您如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴 Medicare Appeals Council（Council） 將審查您的上訴並給您答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

- **如果同意上訴，則上訴程序將結束。** 我們必須在收到裁決後 **72 小時內（快速上訴為 24 小時）批准或提供** 委員會批准的**藥物承保**，或在 **30 個日曆日內付款**。
- **如果拒絕上訴，上訴程序可能結束，也可能不會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，則上訴程序結束。
 - 如果您不想接受該決定，則可以繼續進入下一級審查程序。如果委員會駁回您的上訴，或拒絕審查上訴請求，通知將告訴您規則是否允許您繼續第 5 級上訴。通知還會告訴您如果選擇繼續上訴，應該與誰聯絡以及下一步該怎麼辦、

第 5 級上訴 Federal District Court 的法官將審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定 *同意* 或 *拒絕* 您的請求。這是最終裁決。在聯邦地區法院之後再無其他上訴級別。

第 11 節 如何對護理品質、等待時間、客戶服務或其他問題提出

第 11.1 節 哪些問題可以透過投訴程序處理？

投訴程序 *僅* 用於處理某些類型的問題。包括護理品質、等待時間、客戶服務有關的問題。以下是投訴程序處理的問題類型的範例。

投訴	範例
醫療護理品質	<ul style="list-style-type: none"> ● 您是否對所接受的護理（包括醫院護理）的品質感到不滿意？
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> ● 是否有人不尊重您的隱私或分享您的機密資訊？
不尊重、客戶服務差或其他負面行為	<ul style="list-style-type: none"> ● 是否有人對您無禮或不尊重？ ● 您是否對我們的客戶服務不滿意？ ● 是否有人鼓勵您退出我們的計劃？

投訴	範例
等待時間	<ul style="list-style-type: none">● 您是否在預約時遇到問題，或等待時間過長？● 醫生、藥劑師或其他醫護專業人員是否讓您等待太久？還是由我們的客戶服務或計劃的其他工作人員讓您等待太久？<ul style="list-style-type: none">○ 例如，在通話中、候診室或檢查室中等待時間過長，或者在開處方時等待時間過長。
清潔度	<ul style="list-style-type: none">● 您是否對診所、醫院或醫生診所的清潔度或條件不滿意？
我們向您提供的資訊	<ul style="list-style-type: none">● 我們是否未按規定向您發出通知？● 我們的書面資訊是否難以理解？

投訴	範例
<p>及時性 （這些類型的投訴都與我們在承保決定和上訴方面的及時性有關）</p>	<p>如果您要求作出承保決定或提出上訴，而您認為我們的回應不夠迅速，您可以對我們的怠慢提出投訴。以下是範例：</p> <ul style="list-style-type: none">● 如果您要求我們快速做出承保決定或快速上訴，但我們拒絕了；您可以提出投訴。● 如果您認為我們沒有遵遵守承保決定或上訴的截止日期；您可以提出投訴。● 如果您認為我們未在截止日期前為您承保或賠付已批准的特定醫療項目或服務或藥物；您可以提出投訴。● 如果您認為我們未能在規定的期限內將您的個案轉交給獨立審查機構；您可以提出投訴。

第 11.2

節 如何投訴

法律術語

- **投訴**也稱為**申訴**。
- **提出投訴**也稱為**提出申訴**。
- **使用投訴流程**也稱為**使用申訴流程**。
- **快速投訴**也稱為**加急申訴**。

第 11.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：透過電話或書面形式及時與我們聯絡。

- **通常應首先致電客戶服務部。**如果您還需要做其他事情，客戶服務部會通知您。
- **如果您不想打電話（或者打了電話後仍不滿意），您可以以書面形式提出投訴並將其傳送給我們。**如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回覆您的投訴。具體操作如下：
 - 申訴（投訴）可以口頭或書面形式提交給客戶服務部。
 - 申訴協調員將審查投訴，並在五個工作日內傳送確認函。
 - 我們必須根據您的健康情況儘快處理您的投訴，但不得遲於收到您的投訴後 30 天。
 - 如果您提出投訴是因為我們拒絕了您的「快速承保決定」或「快速上訴」請求，您有權提出「快

速投訴」。如果您提出「快速投訴」，我們必須在 24 小時內給您答覆。

- 如果您要求延長時間，或者如果我們有理由需要更多資訊，且延遲符合您的最佳利益，我們可以將時限最多延長 14 天。
- 投訴的**截止日期**是自您遇到要投訴的問題之日起 60 個日曆日。

第 2 步：我們會調查您的投訴並給您答覆。

- **如果可能，我們會立即回覆您。** 如果您致電我們提出投訴，我們也許可以在該投訴通話中給您答覆。
- **大多數投訴會在 30 個日曆日內得到答覆。** 如果我們需要更多資訊，並且延遲符合您的最佳利益，或者您要求延長時間，我們最多可以再花 14 個日曆日（總共 44 個日曆日）來回覆您的投訴。如果我們決定延長時間，我們會以書面形式通知您。
- **如果您提出投訴是因為我們拒絕了您的快速承保決定或快速上訴請求，我們將自動為您提供快速投訴。** 如果您提出快速投訴，我們必須在 24 小時內給您答覆。
- **如果我們不同意您的部分或全部投訴，或不對您投訴的問題負責，** 我們將在給您的回覆中說明原因。

第 11.4 節 您還可以向品質改進機構提出有關護理品質的投訴

當您的投訴是涉及 *護理品質* 時，您還有兩個額外的選擇：

- **您可以直接向品質改進機構投訴。** 品質改進機構由一群執業醫生和其他醫護專業人員組成，由政府支付報酬，負責檢查並幫助改善為 Medicare 患者提供的護理。第 2 章載有聯絡資訊。

或

- **您可以同時向品質改進機構和我們提出投訴。**

第 11.5 節 您也可以向 Medicare 提出投訴

您可以直接向 Medicare 提交有關 CareOregon Advantage Plus 的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請轉到

medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可以致電

800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY/TDD 用戶請致電 877-486-2048。

有關 MEDICAID 福利的問題

第 12 節 處理有關 Medicaid 福利的問題

如何對決定提出上訴

在上訴中，您的 Medicaid Managed Care Plan（Medicaid 管理式護理計劃）將要求醫護專業人員審查您的個案。如需要求上訴：

- 致電或寫信給您的 Medicaid 管理式護理計劃的客戶服務部
- 如果您有按服務收費的 OHP，請致電或寫信給 OHP

您可以透過填寫“Appeal and Hearing Request Form”（「上訴和聆訊申請表」）（OHP 3302 或 MSC 443）來申請上訴和聆訊。您的 Medicaid 管理式護理計劃在向您寄送 Notice of Adverse Benefit Determination（NOABD，不利福利判定通知）信函時會附上此表格。您也可以致電您的 Medicaid 管理式護理計劃、致電 OHP 客戶服務部或瀏覽以下網址，以您的首選語言獲取此表格：

oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx

如果您需要協助提出上訴，請致電您的 Medicaid 管理式護理計劃。您將在 16 天內收到他們的“Notice of Appeal Resolution”（「上訴解決通知」）。其中告知您審查者是否同意 OHP 或您的 Medicaid 管理式護理計劃的決定。同時，如果您符合以下條件，則可以繼續獲得被停止的服務：

- 要求您的 Medicaid 管理式護理計劃繼續提供服務；
- 在 NOABD 信函上的生效日期後 10 天內提出。
- 如果您在生效日期之後收到信函，請致電尋求說明。
- 如果審查員同意最初的決定，您可能需要為 NOABD 信函上的生效日期之後接受的服務付費。

如果您需要快速（加急）上訴

您和您的醫療服務提供者可能認為您有緊急的醫療、牙科或心理健康問題，無法等待正常上訴。如果是這樣，請告訴您的 Medicaid 管理式護理計劃，您需要快速（加急）上訴。

將您的請求傳真給他們。請附上醫療服務提供者的聲明，或要求醫療服務提供者來電解釋緊急原因。如果您的 Medicaid 管理式護理計劃同意這是緊急情況，他們將在 72 小時內致電給您做出決定。

醫療服務提供者上訴

如 Medicaid 管理式護理計劃拒絕遵循醫囑，您的醫療服務提供者有權為您上訴。您必須以書面形式同意。

如何獲得管理員聆訊

Medicaid 管理式護理計劃會員和按服務收費 OHP 的參保者可以向 Oregon 行政法官請求聆訊。從拒絕服務「不利福利判定通知 (NOABD)」或「上訴解決通知」之日起，您將有 120 天的時間請求 OHP 聆訊。

您可以透過填寫「上訴和聆訊申請表」（OHP 3302 或 MSC 443）來請求聆訊。您的 Medicaid 管理式護理計劃在向您寄送 NOABD 信函時會附上此表格。您也可以致電您的 Medicaid 管理式護理計劃或 OHP 客戶服務部獲取此表格。您也可以在 [oregon.gov/ohs/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx](https://www.oregon.gov/ohs/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx) 上找到此表格

如果您已加入 Medicaid 管理式護理計劃，您可以同時請求上訴和聆訊。

在聆訊中，您可以告訴法官您不同意該決定的原因以及應承保服務的原因。您不需要律師，但您可以聘請律師或請其他人（如您的醫生）陪同。如果您聘請律師，您必須支付律師費。或者，您可以撥打公共福利熱線（Legal Aid Services of

Oregon and the Oregon Law Center Oregon（法律援助服務和 Oregon 法律中心）的一項計劃），電話：800-520-5292，TTY 711，尋求建議和可能的代理。有關免費法律援助的資訊也可以在以下網址找到：oregonlawhelp.org

緊急醫療問題的快速聆訊

您和您的醫療服務提供者可能認為您有緊急的醫療問題，無法等待常規聆訊。將您的聆訊申請表傳真至 OHP 聆訊組，電話為 503-945-6035。請附上醫療服務提供者提供的聲明表（OHP 3302 表或 MSC 443 表），說明緊急原因。如果 OHP 醫療主任同意這屬於緊急情況，聆訊組將在三個工作日內給您打電話。

重要須知

CareOregon Advantage Plus 客戶服務代表可以幫助您提出投訴。如果您需要幫助，請致電 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 並要求與客戶服務代表通話。TTY 用戶請撥打 711。

對決定提出上訴不會影響您繼續享受 CareOregon Advantage Plus 的服務。但是，如果拒絕或限制服務的決定獲得通過，您可能需要支付上訴過程中所提供的服務的費用。

第 10 章： 終止計劃會員資格

第 1 節 終止計劃會員資格簡介

終止您的 CareOregon Advantage Plus 會員資格可能是**自願的**（您自己的選擇）或**非自願的**（不是您自己的選擇）：

- 您可以**自願**決定退出我們的計劃。第 2 節和第 3 節提供了有關自願終止會員資格的資訊。
- 還有一些有限的情況是您沒有選擇退出，但我們需要終止您的會員資格。第 5 節介紹了我們必須終止您的會員資格的情況。

如果您退出本計劃，本計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，而您將繼續支付您的費用分擔金額，直至會員資格終止為止。

第 2 節 您何時可以終止本計劃的會員資格？

<h3>第 2.1 節 您可能因為已加入 Medicare 和 Medicaid 而終止會員資格</h3>

大多數 Medicare 的參保者只能在一年中的特定時間終止其會員資格。由於您已加入 Medicaid，您可在以下每個特別投保期內終止本計劃的會員資格或轉投其他計劃：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

如果您在此期間加入了我們的計劃，則必須等待下一個週期才能終止您的會員資格或轉換到其他計劃。在 10 月至 12 月期間，您不能利用此特別投保期終止您的計劃會員資格。但

是，所有 Medicare 的參保者都可在 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度投保期內進行變更。第 2.2 節將詳細介紹年度投保期。

- 選擇下列任何一種 Medicare 計劃：
 - 另一項 Medicare 健康計劃，包含或不包含處方藥保險
 - Original Medicare，包含單獨的 Medicare 處方藥計劃
 - Original Medicare，不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃
 - 如果您選擇此選項，Medicare 可能會為您投保藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

注意：如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或以上未投保可抵扣的處方藥保險，日後若投保 Medicare 藥物計劃，則可能需要支付 D 部分逾期投保罰金。

請聯絡您的州 Medicaid 辦公室，瞭解您的 Medicaid 計劃選項（電話號碼在本文檔第 2 章第 6 節中）。

- **您的會員資格何時終止？** 您的會員資格通常會在我們收到您變更計劃的請求後的下個月第一天終止。您新計劃的投保也將在這一天開始。

第 2.2 節 您可以在年度投保期內終止會員資格

您可以在 **年度投保期**（也稱為 年度開放投保期）內終止您的會員資格。在此期間，請審查您的健康和藥物保險，並決定下一年度的保險。

- **年度投保期**為 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **選擇保留您當前的保險或更改來年的保險。**如果您決定更換為新計劃，則可以選擇以下任何一種計劃：
 - 另一項 Medicare 健康計劃，包含或不包含處方藥保險。
 - Original Medicare，包含單獨的 Medicare 處方藥計劃

或

- Original Medicare 不含單獨的 Medicare 處方藥計劃
- **在您的新計劃於 1 月 1 日開始承保時**，您在本計劃的會員資格將終止。

如果您獲得 Medicare 「額外補助」以支付處方藥費用：如果您轉投 Original Medicare 保險，且未投保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您投保藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

注意：如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或以上未投保可抵扣的處方藥保險，日後若投保 Medicare 藥物計劃，則可能需要支付 D 部分逾期投保罰金。

第 2.3 節 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期內終止會員資格

在 Medicare Advantage 開放投保期內，您有機會對您的健康保險進行一次更改。

- **每年的 Medicare Advantage 開放投保期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在每年的 Medicare Advantage 開放投保期**，您可以：
 - 轉投另一項包含或不包含處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃。
 - 退出我們的計劃，並透過 Original Medicare 獲得承保。如果您選擇在此期間轉投 Original Medicare，您也可以在此期間加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。
- **您的會員資格將**在您投保其他 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉投 Original Medicare 的請求後的下個月第一天終止。如果您也投保 Medicare 處方藥計劃，您的藥物計劃會員資格將在該藥物計劃收到您的投保請求後的下一個月第一天開始。

第 2.4 節 在某些情況下，您可以在特別投保期內終止會員資格

在某些情況下，您可能能夠在一年內的其他時間終止您的會員資格。這稱為**特殊投保期**。

如果以下任何一種情況適用於您，**您可以在特別投保期內終止會員資格**。這些只是範例，如需完整清單，您可以聯絡計劃，致電 Medicare 或訪問 Medicare 網站 ([medicare.gov](https://www.medicare.gov))：

- 通常，當您搬家時。
- 如果您已投保 Oregon Health Plan (Medicaid)。
- 如果您有資格獲得「額外補助」以支付 Medicare 處方藥的費用。
- 如果我們違反了與您簽訂的合同。
- 如果您在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理。
- 如果您加入了 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, 老年人全包服務項目)。

注意：如果您參加了藥物管理計劃，可能無法更改計劃。第 5 章第 10 節將詳細介紹藥物管理計劃。

注意：第 2.1 節詳細介紹了 Medicaid 投保人的特別投保期。

- **投保期限**因您的情況而異。
- **要瞭解您是否符合特殊投保期的資格**，請每週 7 天、每天 24 小時致電 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。如果您因特殊情況而有資格終止會員資格，您可以選擇同時更改您的 Medicare 健康保險和處方藥保險。您可以選擇：
- 另一項包含或不包含處方藥保險的 Medicare 健康計劃。

- Original Medicare, 包含單獨的 Medicare 處方藥計劃
或

- Original Medicare 不含單獨的 Medicare 處方藥計劃

注意：如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或以上未投保可抵扣的處方藥保險，日後若投保 Medicare 藥物計劃，則可能需要支付 D 部分逾期投保罰金。

如果您獲得 Medicare 「額外補助」以支付處方藥費用：如果您轉投 Original Medicare 保險，且未投保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您投保藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

您的會員資格通常通常會在我們收到您變更計劃的請求後的下個月第一天終止。

注意：第 2.1 節和第 2.2 節詳細介紹了 Medicaid 和 「額外補助」投保人的特別投保期。

第 2.5 節 您可在哪裡獲取有關何時可停保的詳細資訊？

如果您對終止會員資格有任何疑問，可以：

- 致電客戶服務部。
- 在 *Medicare & You 2024* 手冊中查找相關資訊。

- 您可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) 聯絡 Medicare。（TTY 877-486-2048）。

第 3 節 如何終止本計劃的會員資格？

下表說明了您應該如何終止本計劃的會員資格。

如果您要從本計畫轉投到 另一項計劃： 您應該這樣做：

另一項 Medicare 健康計劃

- 投保新的 Medicare 健康計劃。您的新保險將於下個月的第一天開始生效。
- 當您的新計劃開始承保時，您將自動退出 CareOregon Advantage Plus。

Original Medicare, 包含單獨的 Medicare 處方藥計劃

- 加入新的 Medicare 處方藥計劃。您的新保險將於下個月的第一天開始生效。
- 當您的新計劃開始承保時，您將自動退出 CareOregon Advantage Plus。

如果您要從本計畫轉投到 另一項計劃： 您應該這樣做：

Original Medicare, 不包含單獨的 Medicare 處方藥計劃

- 如果您轉投 Original Medicare 保險, 且未投保單獨的 Medicare 處方藥計劃, Medicare 可能會為您投保藥物計劃, 除非您選擇退出自動投保。
- 如果您退出 Medicare 處方藥保險, 並且連續 63 天或更長時間沒有可信賴的處方藥保險, 日後若投保 Medicare 藥物計劃, 您可能需要支付逾期投保罰金。

- **向我們傳送書面退保申請。** 如果您需要更多有關如何處理的資訊, 請聯絡客戶服務部 (電話號碼列印在本手冊的封底上)。
- 您可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) 聯絡 Medicare, 要求退保。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。
- 當您的 Original Medicare 承保開始時, 您將退出 CareOregon Advantage Plus。

注意：如果您退出 Medicare 處方藥保險, 且連續 63 天或以上未投保可抵扣的處方藥保險, 日後若投保 Medicare 藥物計劃, 則可能需要支付 D 部分逾期投保罰金。

有關您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利的問題，請在週一至週五上午 7 點至下午 6 點撥打免費電話 800-699-9075 (TTY 711) 聯絡 Oregon Health Plan 客戶服務部。請諮詢加入其他計劃或復投 Original Medicare 對您投保 Oregon Health Plan (Medicaid) 的影響。

第 4 節 在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得您的醫療項目、服務和藥物

在您的 CareOregon Advantage Plus 會員資格終止並且新的 Medicare 保險開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲取您的醫療項目、服務和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡內醫療服務提供者獲得醫療服務。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購處方藥。
- 如果您在會員資格終止當天住院，您的住院費用將由我們的計劃承保，直至您出院為止（即使您是在新的健康保險開始後出院的）。

第 5 節 CareOregon Advantage Plus 在某些情況下必須終止您的計劃會員資格

<h4>第 5.1 節 我們在什麼情況下必須終止您的計劃會員資格？</h4>

如果發生以下任何情況，CareOregon Advantage Plus **必須終止您的計劃會員資格**：

- 如果您不再投保 Medicare A 部分和 B 部分

第 10 章 終止計劃會員資格

- 如果您不再符合 **Medicaid** 的資格。如第 1 章第 2.1 節所述，我們的計劃適用於同時符合 **Medicare** 和 **Medicaid** 資格的人士。一旦計劃得知您不再符合這些特殊資格要求，您將有 **90** 天的時間來滿足計劃的特殊資格要求。如果您在 **90** 天期限結束時仍然不符合本計劃的特殊資格要求，您在本計劃的會員資格將終止。您將收到我們的通知，告知您會員資格的終止和您的選擇。
- 如果您搬出我們的服務區域
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月
 - 如果您搬家或長途旅行，請致電客戶服務部，瞭解您要搬家或前往的地點是否在本計劃的區域內。
- 如果您被監禁（入獄）
- 如果您不再是美國公民或在美國合法居留
- 如果您謊報或隱瞞了其他提供處方藥保險的保險資訊
- 如果您在投保本計劃時故意提供錯誤資訊，且該資訊會影響您投保本計劃的資格。（除非事先得到 **Medicare** 的許可，否則我們不能因此讓您退出我們的計劃）。
- 如果您的行為具有持續破壞性，使我們難以為您和本計劃的其他會員提供醫療服務。（除非事先得到 **Medicare** 的許可，否則我們不能因此讓您退出我們的計劃）。
- 如果您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先得到 **Medicare** 的許可，否則我們不能因此讓您退出我們的計劃）。

- 如果我們因此原因終止您的會員資格，Medicare 可能會讓 Inspector General（監察長）對您的情況進行調查。
- 如果您因為收入原因需要支付額外的 D 部分費用，但您沒有支付，Medicare 將讓您退出我們的計劃。

在哪裡可以獲得更多資訊？

如果您有任何疑問或想瞭解有關我們在什麼情況下可以終止您的會員資格的更多資訊，請致電客戶服務部。

第 5.2 節 我們不能以任何健康相關的理由要求您退出本計劃

CareOregon Advantage Plus 不得以任何健康相關的理由要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您應該怎麼做？

如果您覺得您因健康相關原因而被要求退出本計劃，請每週 7 天，每天 24 小時致電 800-MEDICARE (800-633-4227)（TTY 877-486-2048）。

第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，我們必須以書面形式告知您終止會員資格的原因。我們還必須說明您如何就我們終止您的會員資格的決定提出申訴或投訴。

第 11 章： 法律聲明

第 1 節 關於適用法律的通知

適用於本承保範圍說明書文檔的主要法律是《社會保障法》第十八章以及聯邦醫療保險和醫療補助服務中心 CMS 根據《社會保障法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，在某些情況下，您所居住州的法律可能適用。即使本文檔中未包含或解釋這些法律，它們也可能會影響您的權利和責任。

第 2 節 有關不歧視的通知

我們的計劃必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。**我們不會**基於種族、族裔、國籍、膚色、宗教、性、性別、年齡、性取向、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、遺傳資訊、可保證明或服務區域內的地理位置進行**歧視**。所有提供 Medicare Advantage 計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守聯邦反歧視法律，包括 1964 年民權法第六章、1973 年 Rehabilitation Act（康復法案）、1975 年 Age Discrimination Act（年齡歧視法）、Americans with Disabilities Act（美國殘疾人法案）、平價醫療法案》第 1557 條、適用於獲得聯邦資助的機構的所有其他法律，以及因任何其他原因而適用的任何其他法律和規則。

如果您想瞭解更多資訊或擔心受到歧視或不公平待遇，請致電 800-368-1019

(TTY 800-537-7697) 聯絡衛生與公眾服務部的**民權辦公室**或您當地的民權辦公室。您還可以在 hhs.gov/ocr/index.html 上查看衛生與公眾服務部民權辦公室的資訊。

如果您有殘疾並需要獲得護理方面的幫助，請致電我們的客戶服務部。如果您有投訴，例如輪椅通道問題，客戶服務部可以提供幫助。

第 3 節 關於 Medicare 第二付款人代位求償權的通知

我們有權利也有責任對 Medicare 不是主要付款人的承保 Medicare 服務收取費用。根據 CMS 法規（42 CFR 第 422.108 和 423.462 節），CareOregon Advantage Plus 作為 Medicare Advantage 機構，將行使與部長根據 CMS 法規（42 CFR 第 411 部分 B 至 D 小節）行使的相同追償權，本節中確立的規則將取代任何州法律。

第 12 章： 重要詞彙的定義

允許金額 – 允許金額是 Medicare 在扣除自付額和共同保險或其他付款限額后支付的金額。這是支付給接受指派的醫療服務提供者的金額。

門診外科中心 – 門診外科中心是指專門為不需要住院且預計在中心住院不超過 24 小時的患者提供門診手術服務的實體。

上訴 – 如果您不同意我們拒絕承保醫療護理服務或處方藥或拒絕支付您已接受的服務或藥物費用的決定，您可以提出上訴。如果您不同意我們停止您正在接受的服務的決定，也可以提出上訴。

福利期 – 我們的計劃和 Original Medicare 衡量您對醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的使用方式。福利期從您入住醫院或專業護理機構之日開始。當您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 專業護理）時，福利期結束。如果您在一個福利期結束後入住醫院或專業護理機構，則新的福利期開始。福利期沒有次數限制。

生物製品 – 由天然和活源（如動物細胞、植物細胞、細菌或酵母）製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法精準複製，因此替代形式稱為生物仿製藥。生物仿製藥通常與生物原研藥一樣有效和安全。

生物仿製藥 – 被認為與生物原研藥非常相似但不完全相同的處方藥。生物仿製藥通常與生物原研藥一樣有效和安全；但是，生物仿製藥通常需要新的處方來替代生物原研藥。可互換的生物仿製藥滿足了額外的要求，在符合州法律的情況下，無需新處方即可在藥房替代生物原研藥。

品牌藥 – 由最初研發該藥物的製藥公司生產和銷售的處方藥。品牌藥與仿製藥具有相同的活性成分配方。然而，仿製藥由其他藥品生產商生產和銷售，一般要等到品牌藥專利到期後才能獲得。

重大傷病承保階段 – D 部分藥物承保中的階段，在您（或代表您的其他合資格方）在承保年度內為 D 部分承保藥物支付的金額達到 8,000 時開始。在此付款階段，計劃將支付您的 D 部分承保藥物的全部費用。您無需支付任何費用。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – 管理 Medicare 的聯邦機構。

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP, 慢性護理特殊需求計劃) – 一種 SNP，只限符合醫療保險資格且患有一種或多種嚴重或致殘慢性病的個人投保，如 42 CFR 422.2 所定義，包括根據 42 CFR 422.4(a)(1)(iv) 中規定的多種常見共病及臨床相關病症群組限制投保。

共同保險額 – 您可能需要支付的金額，以百分比表示（例如 20%），作為您分擔的服務或處方藥費用。

投訴 – 投訴的正式名稱是**提出申訴**。投訴程序僅用於處理某些類型的問題。包括護理品質、等待時間和您獲得的客戶服務有關的問題。它還包括您因為計劃未遵循上訴流程中的時限而提出的投訴。

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) – 主要提供疾病或受傷後康復服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療和言語語言病理學服務以及家庭環境評估服務。

Coordinated Care Organization (CCO) – CCO 是與 Oregon 簽訂合同以管理您的醫療保健的公司。這些機構的設立是為了讓您的所有醫療服務提供者（包括醫生、護士、諮詢師、牙醫）共同合作預防疾病，並改善您和社區參加 OHP 計劃的所有人的健康。CCO 不僅在您生病時為您提供治療，還會與您合作，幫助您保持健康，幫助您管理自己的健康情況。

共付額（共付進） – 您可能需要支付的醫療服務或用品費用的分擔金額，例如醫生就診、醫院門診就診或處方藥。共付額是一個固定金額（例如 10 美元），而不是百分比。

費用分擔 – 費用分擔是指會員在接受服務或藥物時必須支付的金額。費用分擔包括以下三種付款方式的任意組合：

- （1）計劃在承保服務或藥物之前可能規定的任何自付額；
- （2）計劃要求在接受特定服務或藥物時支付的任何固定共付額；或
- （3）計劃要求在接受特定服務或藥物時支付的任何共同保險額，即服務或藥物總付款額的某個百分比。

費用分擔等級 – 承保藥物清單上的每種藥物均屬於五個費用分擔等級之一。一般來說，費用分擔等級越高，您的藥物費用就越高：

承保判定 – 決定您的處方藥是否在計劃承保範圍內，以及您需要支付的處方藥費用

（如有）。一般來說，如果您拿著處方去藥房配藥，而藥房告知您該處方不計劃承保範圍內，這並非承保判定。您需要致電或寫信給您的計劃，要求對承保作出正式決定。承保判定在本文件中稱為承保決定。

承保藥物 – 本計劃承保的所有處方藥。

承保服務 – 本計劃承保的所有醫療護理服務和用品。

可抵扣的處方藥保險 – 處方藥保險（例如，僱主或工會提供的保險），其平均賠付額至少與 Medicare 的標準處方藥承保額相當。符合 Medicare 資格時投保此類保險的人，如果日後決定投保 Medicare 處方藥保險，通常可以保留該保險而無需支付罰金。

監護護理 – 監護護理是指在不需專業醫療護理或專業護理時，在療養院、安寧療護機構或其他機構環境中提供的個人護理。監護護理由沒有專業技能或未經培訓的人提供，包括幫助進行日常生活活動，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床或椅子、走動和如廁。它還可能包括大多數人自己進行的與健康相關的護理，例如使用眼藥水。Medicare 不支付監護護理費用。

客戶服務部 – 本計劃的一個部門，負責為您解答有關會員資格、福利、申訴和上訴的問題。客戶服務部的電話號碼列印在本手冊的背面。

每日費用分擔額 – 當您的醫生為您開出的某些藥物的用量少於整月的用量並且您需要支付共付額時，可能會適用每日費用分擔額。每日費用分擔額是共付額除以每月用藥天數。下面是一個範例：如果您一個月用藥量的共付額是 30 美元，而您計劃中一個月的用藥量是 30 天，那麼您的「每日費用分擔額」為每天 1 美元。

自付額 – 在本計劃支付之前您必須支付的醫療護理或處方費用金額。

退保或停保 – 終止的計劃會員資格的過程。

配藥費 – 每次配發承保藥物時收取的費用，用於支付處方配藥的成本，例如藥劑師準備和包裝處方的時間。

Dual Eligible Individual（雙重資格個人） – 同時符合 Medicare 和 Medicaid 承保資格的個人。

Dual Eligible Special Needs Plans（D-SNP，雙重資格特殊需求計劃） – D-SNP 為既有資格享受 Medicare（《社會保障法》第 XVIII 章），又有資格從 Medicaid（第 XIX 章）的州計劃中獲得醫療補助的個人提供保險。各州會承擔一些 Medicare 費用，具體取決於所在州和個人的資格。

Dual Eligible Individual（雙重資格個人） – 同時符合 Medicare 和 Medicaid 承保資格的個人。

耐用醫療設備 (DME) – 因醫療原因由醫生訂購的某些醫療設備。例如，助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成設備、氧氣設備、霧化器或由醫療服務提供者訂購的在家中使用的醫院病床。

醫療緊急情況 – 是指您或任何其他對健康和醫學有一般瞭解的謹慎外行認為您需要立即就醫以防止您失去生命（如果您是孕婦，則防止您失去未出生的孩子）、失去肢體或喪失肢體功能，或喪失或嚴重損害身體機能的醫療癥狀。醫療癥狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或病情迅速惡化。

緊急護理 – 承保服務包括：（1）由有資格提供緊急服務的醫療服務提供者提供；（2）需要治療、評估或穩定緊急醫療狀況。

承保範圍說明書 (EOC) 和披露資訊 – 本文檔以及您的投保單和任何其他附件、附加條款或其他所選的附加險，其中解釋了您的承保範圍、我們的責任、您的權利以及您作為本計劃會員的責任。

例外處理 - 承保決定的一種，如果獲得批准，您可以獲得不在處方集上的藥物（處方集例外處理），或以較低的費用分擔等級獲得非首選藥物（等級例外處理）。如果本計劃要求您在獲取所申請的藥物之前先嘗試另一種藥物，或本計劃限制您所申請藥物的數量或劑量，您也可以申請例外處理（處方集例外處理）。

額外補助 – Medicare 或州計劃，旨在幫助收入和資源有限的人支付 Medicare 處方藥計劃的費用，例如保費、自付額和共同保險額。

仿製藥 – 經美國食品和藥物監督管理局 (FDA) 批准，具有與品牌藥相同活性成分的處方藥。一般來說，仿製藥的藥效與品牌藥物相同，且價格通常較低。

申訴 – 您對本計劃、醫療服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。此類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。

Home Health Aide（家庭健康助理） – 提供不需要執業護士或治療師技能的服務的人員，例如幫助進行個人護理（例如，洗澡、如廁、穿衣或進行規定的鍛煉）。

安寧療護 – 一項為經醫學證明患有絕症（即預期壽命為 6 個月或更短）的會員提供特殊治療的福利。我們，您的計劃，必須提供您所在地理區域的安寧療護機構名單。如果您選擇

安寧療護並繼續繳付保費，您仍然是本計劃的會員。您仍然可以獲得所有醫療必須的服務以及我們提供的補充福利。

住院時間 – 您正式入院接受專業醫療服務時的住院時間。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者。

Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) – 如果您前兩年在國稅局納稅申報表上申報的修改後調整總收入高於一定金額，您將支付標準保費金額和與收入相關的月度調整金額，也稱為 IRMAA。IRMAA 是附加在保費上的額外費用。只有不到 5% 的 Medicare 患者受到影響，因此大多數人不需要支付更高的保費。

Initial Coverage Limit (初始承保限額) – 初始承保階段的最高承保限額。

初始承保階段 – 這是您當年的自付額達到 8,000 美元之前的階段。

Initial Enrollment Period (首次參加期) – 當您首次符合 Medicare 資格時，可以投保 Medicare A 部分和 B 部分的期間。如果您在年滿 65 歲時符合 Medicare 資格，則您的首次參加期是 7 個月，從您年滿 65 歲的月份前 3 個月開始，包括您年滿 65 歲當月，到您年滿 65 歲的月份後 3 個月結束。

Institutional Special Needs Plan (SNP, 機構特殊需求計劃) – 為在長期護理 (LTC) 機構中連續住院或預計連續住院 90 天或更長時間的合格個人投保的計劃。這些機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、skilled nursing facility/nursing facility (SNF/NF, 專業護理機構/護理機構)、Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual

Disabilities (ICF/IID, 智障人士中級護理設施)、inpatient psychiatric facility (精神病住院中心) 和/或 CMS 批准的設施, 提供 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 承保的類似長期醫療保健服務; 其住院者的需求和醫療保健狀況與其他指定設施類型相似。機構特殊需求計劃必須與特定的 LTC 機構有合同安排 (或擁有和運營)。

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP) – 根據州評估結果, 為居住在社區但需要機構護理的符合資格人員投保的計劃。評估必須使用相同的州級護理評估工具進行, 並由提供計劃的機構以外的實體進行管理。如有必要, 此類特殊需求計劃可能將承保範圍限制為居住在 assisted living facility (ALF, 合同輔助生活設施) 中的個人, 以確保統一提供專業護理。

承保藥物清單 (處方集或「藥物清單」) – 計劃承保的處方藥清單。

低收入補助 (LIS) – 請參閱「額外補助」。

最高收費 – 在 Original Medicare 中, 非參與醫療服務提供者就承保服務向您收取的最高金額。該金額為 Medicare 批准金額的 15%。但是, 最高收費僅適用於某些服務, 可能不適用於醫療設備和用品。

最大自付金額 – 您在一個日曆年內為承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付金額。您為計劃保費、Medicare A 部分和 B 部分保費以及處方藥支付的金額不計入最大自付金額。
(注: 由於我們的會員也可獲得 Medicaid 的援助, 所以很少有會員會達到此最大自付金額。)

Medicaid（聯邦醫療補助）（或 Medical Assistance（聯邦醫療補助援助） – 一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。各州的 Medicaid 計劃各不相同，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，則大多數醫療費用都在承保範圍內。

醫療許可的適應症 – 經食品和藥物監督管理局批准或得到某些參考文獻支持的藥物用途。

醫療必需性 – 服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療狀況所必需的，並符合公認的醫療實踐標準。

Medicare - 針對 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下殘疾人士以及終末期腎病患者（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）人士的聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放投保期 – 從 1 月 1 日到 3 月 31 日， Medicare Advantage 計劃的會員可以取消其計劃投保，轉投其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得承保 如果您選擇在此期間轉投 Original Medicare，您也可以在此期間加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。 Medicare Advantage 開放投保期也適用於個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月期間。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時也稱為 Medicare Part C（聯邦醫療保險 C 部分）。由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計劃，為您提供 Medicare A 部分和 B 部分的所有福利。 Medicare Advantage 計劃可以是 i) Health Maintenance Organization（HMO，醫療健保組織）、ii) Preferred Provider Organization（PPO，優選服務者機構）、iii) Private

Fee-for-Service (PFFS, 私人付費服務) 計劃或 iv Medicare Medical Savings Account (MSA, 醫療儲蓄帳戶) 計劃。除了從這些類型的計劃中進行選擇外, Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下, Medicare Advantage 計劃還提供 Medicare D 部分承保 (處方藥承保)。這些計劃稱為 **Medicare Advantage 具有處方藥承保的聯邦醫療保險優勢計劃**。

Medicare Cost Plan (Medicare 費用計劃) – Medicare 費用計劃是由醫療健保組織 (HMO) 或 Competitive Medical Plan (CMP, 競爭性醫療計劃) 根據法案第 1876(h) 條的費用賠付合同營運的計劃。

Medicare Coverage Gap Discount Program – 一項為已達到承保缺口階段且尚未獲得「額外補助」的 D 部分會員提供大多數承保 D 部分品牌藥折扣的計劃。折扣基於聯邦政府與某些藥品生產商之間的協議。

Medicare-承保服務 – Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 健康計劃必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。「聯邦醫療保險承保服務」不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利, 例如視力、牙科或聽力保險。

Medicare 健康計劃 – Medicare 健康計劃由一家與 Medicare 簽約的私人公司提供, 為投保該計劃的 Medicare 人士提供 A 部分和 B 部分福利。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare 費用計劃、特殊需求計劃、示範/試點計劃和老年人全包服務項目 (PACE)。

Medicare 處方藥承保 (Medicare D 部分) – 幫助支付門診處方藥，疫苗，生物製劑和 Medicare A 部分或 B 部分未承保的一些用品的保險。

Medigap (Medicare 醫療補充保險) 政策 – 私人保險公司銷售的 Medicare 補充保險，以填補 Original Medicare 的「缺口」。Medigap 政策僅適用於原來的 Medicare。

(Medicare Advantage 計劃不是 Medicare 政策。)

會員 (本計劃會員或計劃會員) – 有資格獲得承保服務的 Medicare 人員，已投保本計劃，並且其投保已獲得聯邦醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 確認。

網絡內藥房 – 與本計劃簽約的藥房，本計劃的會員可以在此獲得處方藥福利。在大多數情況下，只有在網絡內藥物配藥時，您的處方才能獲得承保。

網絡內醫療服務提供者 – 醫療服務提供者是指經 Medicare 和州政府許可或認證可提供醫療護理服務的醫生、其他醫護專業人員、醫院及其他醫療護理機構的總稱。**網絡內醫療服務提供者**與本計劃簽訂協議，接受我們的付款作為全額付款，並在某些情況下協調並為本計劃的會員提供承保服務。網絡內醫療服務提供者也稱為「計劃醫療服務提供者」。

組織判定 – 本計劃就是否承保項目或服務，或您需為承保項目或服務支付多少費用所做出的決定。在本文檔中，組織判定稱為承保決定。

原來的 Medicare (傳統聯邦醫療保險或按服務收費的聯邦醫療保險) – Original Medicare 由政府提供，而非 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃等私人健康計劃。根據

Original Medicare， Medicare 服務由向醫生、醫院和其他醫療服務提供者支付國會規定的付款金額來承保。您可以到任何接受 Medicare 的醫生、醫院或其他醫療服務提供者那裡就診。但您必須支付自付額。Medicare 支付 Medicare 批准的分擔金額，您支付您的分擔金額。Original Medicare 分為兩部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），在美國各地均有提供。

網絡外藥房 – 未與本計劃簽訂協調或向本計劃會員提供承保藥物合約的藥房。除非符合特定條件，否則您從網絡外藥房購買的大多數藥物都不在本計劃的承保範圍內。

網絡外醫療服務提供者或網絡外機構 – 未與本計劃簽訂協調或向本計劃會員提供承保服務合約的醫療服務提供者或機構。網絡外醫療服務提供者是指不受本計劃的僱用、擁有或營運的醫療服務提供者。

自付費用 – 請參閱上文的費用分擔定義。會員支付部分服務或藥物的分擔費用要求也稱為會員的自付費用要求。

PACE 計劃 - PACE（老年人全包服務項目）計劃將針對體弱人群的醫療、社會和長期服務與支持 (LTSS) 結合在一起，幫助人們盡可能長時間的保持獨立並在社區中生活（而不必搬到療養院）。參加 PACE 計劃的人士透過該計劃同時享受 Medicare 和 Medicaid 福利。

C 部分 – 請參閱 聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃。

D 部分 – 自願性聯邦醫療保險處方藥福利計劃。

D 部分藥物 – 可由 D 部分承保的藥物。我們可能會也可能不會提供所有 D 部分藥物的承保。某些類別的藥物已被國會

排除在 D 部分的承保範圍之外。每項計劃都必須承保某些類別的 D 部分藥物。

D 部分逾期投保罰金 – 如果您在首次符合加入 D 部分計劃的資格後連續 63 天以上未投保可抵扣的保險（預計平均賠付額至少與標準 Medicare 處方藥保險一樣多的保險），則添加到您的 Medicare 藥物保險月保費中的金額。如果您失去了「額外補助」，並且您連續 63 天或以上沒有 D 部分或其他可抵扣的處方藥承保，您可能會被收取逾期投保罰金。

服務點 – CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) 提供 Point-of-Service (POS) 選項，您可以在特定條件下向網絡外的 PCP 和專科醫生尋求治療。有關詳細資訊，請參閱「服務點福利」第 4 章第 2.1 節。

Preferred Provider Organization (PPO) 計劃 – 優選服務者機構計劃是一項 Medicare Advantage 計劃，它擁有一個簽約醫療服務提供者網絡，這些醫療服務提供者已同意以指定的付款金額為計劃會員提供治療。PPO 計劃必須承保所有計劃福利，無論這些福利是由網絡內還是網絡外醫療服務提供者提供。如果從網絡外醫療服務提供者處獲得計劃福利，會員費用分擔金額通常會更高。PPO 計劃對從網絡內（優選）醫療服務提供者處獲得的服務有年度自付費用限額，並對網絡內（優選）和網絡外（非優選）醫療服務提供者提供的服務的總自付費用有更高的限制。

保費 – 定期向 Medicare、保險公司或醫療保健計劃支付醫療或處方藥保險費用。

處方藥福利管理人 – 通常被稱為 Pharmacy Benefits Manager (PBM, 藥房福利管理人), 是處方藥計劃的第三方管理機構。PBM 主要負責處理和支付處方藥索賠, 但也可能負責與藥房簽訂合同並與藥品生產商談判折扣和回扣。

Primary Care Provider (PCP) – 您在遇到大多數健康問題首先就診的醫生或其醫療服務提供者。在許多 Medicare 健康計劃中, 您必須首先到主診醫生那裡就診, 然後才能去看任何其他醫療服務提供者。

事先授權 – 獲得服務或某些藥物的事先批准。需要事先授權的承保服務在第 4 章的醫療福利表中標記。需要事先授權的承保藥物在處方集中標記。

假肢和矯形器 – 醫療器械, 包括但不限於手臂、背部和頸部支架; 假肢; 假眼; 以及更換身體內部部位或功能所需的設備, 包括造口用品以及腸內和腸外營養治療。

Quality Improvement Organization (QIO) – 由一群執業醫生和其他醫護專業人員組成的機構, 由政府支付報酬, 負責檢查並幫助改善為 Medicare 患者提供的護理。

數量限制 – 一種管理工具, 旨在出於品質、安全或使用原因限制選定藥物的使用。我們可能會對每張處方或規定時間內承保的藥物數量進行限制。

即時福利工具 – 一個門戶或計算機應用程式, 參保者可以在其中查找完整、準確、及時、臨床上適當的、參保者特定的處方集和福利資訊。這包括費用分擔金額、與給定藥物一樣

可用於相同健康狀況的替代處方集藥物，以及適用於替代藥物的承保範圍限制（事先授權、分步治療、數量限制）。

康復服務 – 這些服務包括物理治療、言語和語言治療以及職業治療。

服務區域 – 加入特定健康計劃所必須居住的地理區域。對於限制您可以使用的醫生和醫院的計劃而言，通常也是您可以獲得常規（非緊急）服務的區域。如果您永久搬出計劃的服務區域，計劃必須取消您的參保資格。

Skilled Nursing Facility (SNF) 護理 – 在專業護理機構中每天持續提供的專業護理和康復服務。護理的範例包括只能由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

特殊需求計劃 – 一種特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為特定人群提供更有針對性的醫療護理，例如同時享有 Medicare 和 Medicaid 的人群、居住在療養院的人群或患有某些慢性疾病的人群。

分步療法 – 一種利用工具，要求您首先嘗試另一種藥物來治療您的病症，然後我們才會承保您的醫生最初開出的藥物。

Supplemental Security Income (SSI, 社會安全生活補助金) – 社會保障局每月向收入和資源有限的殘疾人、盲人或 65 歲及以上的老人發放的福利。SSI 福利與社會保障福利不同。

急需服務 – 非緊急服務的承保服務，在網絡內醫療服務提供者暫時不可用或無法提供服務或參保者不在服務區域時提

供。例如，您在週末需要立即護理。服務必須是急需的且具有醫療必需性。

CareOregon Advantage Plus 客戶服務部

聯絡方式	客戶服務部 – 聯絡資訊
電話	<p>503-416-4279, 或免費電話 888-712-3258</p> <p>撥打此號碼是免費的。10月1日至3月31日, 每週7天, 上午8點至晚上8點; 4月1日至9月30日, 週一至週五上午8點至晚上8點</p> <p>客戶服務部還為非英語人士提供免費的語言翻譯服務。</p>
TTY	<p>711</p> <p>此號碼需要特殊的電話設備, 僅適用於聽力或說話有困難的人。</p> <p>撥打此號碼是免費的。10月1日至3月31日, 每週7天, 上午8點至晚上8點; 4月1日至9月30日, 週一至週五上午8點至晚上8點</p>
傳真	711
寫信	<p>315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204</p> <p><i>customerservice@careoregon.org</i></p>
網站	<i>careoregonadvantage.org</i>

老年健康保險福利援助 (SHIBA) (Oregon's SHIP)

SHIBA 是一項州計劃, 由聯邦政府提供資金, 為投保 Medicare 的人士提供免費的本地健康保險諮詢。

聯絡方式	聯絡資訊
電話	免費電話 800-722-4134
TTY	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅適用於聽力或說話有困難的人。
寫信	P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405 或使用安全在線表格聯絡 <i>shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx</i>
網站	<i>shiba.oregon.gov</i>

CareOregon Advantage Plus 是一項與 Medicare/Medicaid 均簽有合約的 HMO-POS D-SNP 計劃。投保 CareOregon Advantage Plus 需視合約續約情況而定。「更多選擇，更優質的照護」是指，與 2023 年計劃年度相比，我們在 2024 年有規模更大的藥房和醫療服務提供者網絡。

COA-23592652-0929-CC-LP

老年人健康保險福利協助

(Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA) (俄勒岡州的州政府健康保險協助計劃 [State Health Insurance Assistance Program, SHIP])

SHIBA 是一項州政府計劃，透過聯邦政府獲得資金，以向擁有 Medicare 的人士提供免費的當地健康保險諮詢。

致電：503-378-2014 或 800-722-4134

TTY/TDD: 711

寫信：P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405

或者使用其安全的線上表格進行聯繫，網址為

healthcare.oregon.gov/shiba/get-help/Pages/shiba-contact-form.aspx

網站：shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx

CareOregon Advantage 客戶服務部

致電：503-416-4279 或免費電話 888-712-3258、聽障專線 711

營業時間：

從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點

從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點



facebook.com/careoregon

twitter.com/careoregon

careoregonadvantage.org

COA-23583726-CC_0913

