

更多选择，更好的关怀。这是我们的优势。

2025

承保证明

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

针对 Oregon 的以下县：Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah,
Tillamook 和 Washington

H5859_CO2025_EOC_C



2025 年 1 月 1 日 - 2025 年 12 月 31 日

承保责任证明书

针对 CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP 保险 [即表示：Health Maintenance Organization（HMO，医疗保健组织）Point of Service（POS，服务点），Dual Eligible Special Needs Plan（D-SNP，双重资格特殊需求计划）] 受益人的 Medicare 健康福利和服务以及处方药承保范围

本文件规定了 2025 年 1 月 1 日 - 2025 年 12 月 31 日期间，您的 Medicare 和 Medicaid 医疗保健及处方药承保的详细情况。本证明书系为重要法律文件。请妥善保管本文件。

如对本文件存有任何疑问，请致电 Customer Service（客户服务部）：503-416-4279 或 888-712-3258。（电传打字机（TTY）用户应致电 711）。联络时段为 10 月 1 日 - 3 月 31 日 2025 年 上午 8 点至晚上 8 点 周六周日无休；4 月 1 日 - 9 月 30 日 2025 年 上午 8 点至晚上 8 点 周一至周五。接听免费。

CareOregon Advantage Plus（CareOregon 优选 + 计划）系由 Health Plan of CareOregon, Inc. 提供。在《承保责任证明书》中，凡提及《我们/的》、《本公司/的》或《我方/的》，即指 Health Plan of CareOregon, Inc.。凡提及《计划》或《我们的/本公司计划》，即指 CareOregon Advantage Plus。

我们免费提供本文件的俄语版、简体中文版、西班牙语版、繁体中文版、越南语版版。相关信息以盲文、大字体、音频等不同形式提供。如需其他格式的计划资料，请致电客户服务部（请查阅本手册封底所注联系电话）。

2026 年 1 月 1 日起，福利、保费、免赔额和/或自付额/共付额可能会发生变更。

处方集、药房网络和/或医疗护理提供者网络可能随时变更。必要时将向您发出通知。我们将提前至少 30 天将相关变更通知受影响的被保险人。

本文件主要解释了您的权益。通过本文件，您将了解：

- 保费计划和费用分摊；
- 医疗福利和处方药福利；
- 对服务或待遇不满意时如何投诉；
- 需要其他援助时如何联系我们；以及，
- Medicare 法案要求的其他保护。

H5859_CO2025EOC_C

2025 年承保责任证明书

目录

第 1 章：受益人入门知识	8
第 1 节 简介	9
第 2 节 计划受益人的资格	12
第 3 节 拟向您下发的重要受益人资格资料	15
第 4 节 CareOregon Advantage Plus 受益人每月缴费额 ...	18
第 5 节 有关每月保费的更多信息	23
第 6 节 实时更新计划受益人档案	24
第 7 节 其他保险如何与本计划配合使用	25
第 2 章：重要联系电话及相关资源	28
第 1 节 CareOregon Advantage Plus 联系方式（如何联 系本公司，包括如何 联系客户服务部）	29
第 2 节 Medicare（如何获得联邦 Medicare 项目受助 并从中直接获取信息）	39

第 3 节 State Health Insurance Assistance Program （有 关 Medicare 的免费帮助、信息及问题解答）	43
第 4 节 Quality Improvement Organization	45
第 5 节 社会保障局	46
第 6 节 Oregon Health Plan （Medicaid ）	48
第 7 节 帮助支付处方药费用项目的相关信息	51
第 8 节 如何联系 Railroad Retirement Board.....	54
第 9 节 是否持有《团体保险》或其他健康保险？	55
第 3 章：通过本计划助力受益人医疗服务.....	57
第 1 节 计划受益人享有医疗护理的须知事项	58
第 2 节 通过计划网络中的提供者获得医疗护理	61
第 3 节 如有紧急情况或紧急护理需求或灾难期间如 何获得服务	67
第 4 节 直接收取全部服务费时如何处理？	70
第 5 节 参加临床研究时，如何承保医疗服务？	72
第 6 节 接受宗教性非医疗保健机构护理时遵循的规 则	75
第 7 节 耐用医疗设备所有权规则.....	76

第 4 章：医疗福利图表（承保范围）	79
第 1 节 了解承保服务.....	80
第 2 节 通过 <i>医疗福利图</i> 表查找承保服务	81
第 3 节 CareOregon Advantage Plus 之外还承保哪些服 务？	158
第 4 节 本计划不承保的服务有哪些？	164
第 5 章：D 部分处方药纳入计划的 承保范围	170
第 1 节 简介	171
第 2 节 网络药房配药或通过计划配备的邮购服务配 药	173
第 3 节 受益人药品不得超出本计划的《药品清单》 ...	178
第 4 节 部分药品存在承保限制.....	182
第 5 节 未按照受益人期待的承保方式承保某种药品 时如何处理？	184
第 6 节 某种药品的承保范围变更时如何处理？	187
第 7 节 哪类药品 <i>不属于</i> 本计划承保范围？	192
第 8 节 处方配药	194
第 9 节 D 部分特殊情况下的药品承保.....	194

第 10 节.....	药品安全和药物管理项目	
.....		197
第 6 章：D 部分处方药付费明细		201
第 1 节 简介		202
第 2 节 所付药费取决购买药品时的药品支付阶段		206
第 3 节 向受益人发出报告，述明其药品付款情况及 其所处付款阶段.....		207
第 4 节 免赔额阶段受益人全额支付 1 - 4 级药费		210
第 5 节 本计划于初期承保阶段所付药费份额及受益 人所付份额		210
第 6 节 在重大疾病承保阶段，本计划将支付承保 D 部 分承保药品的全部费用		215
第 7 节 D 部分疫苗。受益人所付费用取决于配药方式 和地点		216
第 7 章：受益人向本公司请求赔付其承保医疗服务或 药品账单		219
第 1 节 受益人应向本公司请求赔付其承保服务或药 品的情形		220
第 2 节 如何要求公司赔付或支付受益人所收账单		224

第 3 节 我们将考虑受益人的付款请求并决定是否批准	225
第 8 章：受益人的权利与责任.....	227
第 1 节 本计划必须尊重计划的受益人权利和文化敏感性	228
第 2 节 您作为计划受益人承担的若干责任	237
第 9 章：问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）的解决方案.....	240
第 1 节 简介	242
第 2 节 获得更多信息和个性化帮助的渠道	243
第 3 节 应使用哪个流程解决受益人遇到的问题？	244
第 4 节 处理 Medicare 福利的相关问题.....	245
第 5 节 承保决定和上诉的基础知识指南	246
第 6 节 受益人的医疗护理：如何请求承保决定或会对承保决定上诉.....	251
第 7 节 受益人的 D 部分处方药：如何请求承保决定或上诉	264

第 8 节 如果您认为过早出院，如何请求本公司延长 住院时间	280
第 9 节 认定承保即将结束时如何要求本公司继续承 保某些医疗服务.....	288
第 10 节..... 将受益人上诉升级为 3 级以上（含）	294
第 11 节..如何投诉护理质量、等待时间、客户服务或其他 问题。	299
第 12 节.....处理 Medicaid 福利的相关问题	304
第 10 章：受益人退出计划.....	309
第 1 节 受益人退出计划概述.....	310
第 2 节 何时可以终止计划的受益人资格？	310
第 3 节 如何终止计划的受益人资格？	316
第 4 节 受益人资格终止之前，您必须继续通过本公 司计划获取您的医疗物品、服务和药品	319
第 5 节 某些情况下 CareOregon Advantage Plus 必须终 止您在本计划中的受益人资格	319

第 11 章：法律声明.....	323
第 1 节 适用法律声明.....	324
第 2 节 非歧视声明	324
第 3 节 Medicare 次要付款人代位权声明.....	325
第 12 章：重要术语定义	326

第 1 章：

受益人入门知识

第 1 节 简介

第 1.1 条 投保 CareOregon Advantage Plus — 专属 Medicare 优选计划（特殊需求计划）

Medicare 和 Medicaid 皆为您提供保障：

- **Medicare** 是一项针对 65 岁（含）老年人、65 岁以下残疾人士、以及患有终末期肾病（肾衰竭）者的联邦健康保险计划。
- **Oregon Health Plan（Medicaid）** 是联邦政府和州政府推出的一项联合计划，旨在帮助某些收入和资金有限者支付医疗费用。各州及您自身享有的 Medicaid 类型不同，Medicaid 的承保范围亦存在差异。某些拥有 Medicaid 的人群受助支付其 Medicare 保险费及其他费用。其他人群也获得了 Medicare 承保范围以外的额外服务和药品。

您已具备通过 CareOregon Advantage Plus 计划纳入 Medicare 医疗保健和处方药承保范围的资格。我们需要提供 A 部分和 B 部分的所有服务。但在本计划中，费用分摊和医疗护理提供者服务与 Original Medicare 不同。

CareOregon Advantage Plus 是一项专属 Medicare Advantage Plan（Medicare 优选计划）Medicare Special Needs Plan, Medicare 特殊需求计划），仅限有特殊医疗保健需求者方

可享有其权益。CareOregon Advantage Plus 的对象为拥有 Medicare 且有权获得 Medicare 补助的人士。

因为您通过 Medicaid 的 A 部分和 B 部分费用分摊（免赔额、共付额、共付额）获得 Medicaid 补助，因此，您无需为自身的 Medicare 医疗保健服务缴纳任何费用。Medicare 还通过覆盖 Medicare 常规承保范围以外的医疗保健服务，进而为您提供其他福利。Medicare 还将向您提供《额外的帮助》，用于支付您的 Medicare 处方药费用。CareOregon Advantage Plus 将帮助您管理所有此类福利，从而助您获得有权享有的医疗保健服务和支付补助。

CareOregon Advantage Plus 系由非营利组织运营。Medicare 特殊需求计划与所有 Medicare Advantage Plan 一样，亦经由 Medicare 批准。这项计划还与俄勒冈州 Medicaid 项目签约，用以协调您的 Medicaid 福利。我们很高兴为您提供处方药承保等 Medicare 医疗保健服务。

本计划的承保范围符合 Qualifying Health Coverage（QHC，符合条件的保险承保范围）， 满足 Patient Protection and Affordable Care Act（ACA，患者保护与平价医疗法案）的个人分摊责任要求。请访问 Internal Revenue Service（IRS，美国联邦税务局）网站了解更多信息：

www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

第 1.2 条 《承保责任证明书》的文件内容?

本文件即《承保责任证明书》，旨在告知您如何获得 Medicare 医疗护理和处方药。本《承保责任证明书》阐释了您的权利和责任、承保范围、计划受益人的支付费用，以及对服务或待遇不满意时如何投诉。

*承保范围*和*承保服务*一词是指向 CareOregon Advantage Plus 受益人提供的医疗护理和服务以及处方药。

了解这项计划的规则以及对您适用的服务至关重要。我们期待您花时间仔细阅读本《承保责任证明书》文件。

如有任何困惑、忧虑或任何疑问，请联系客户服务部。

第 1.3 条 《承保责任证明书》的相关法律信息

本《承保责任证明书》纳入贵我双方签订的 CareOregon Advantage Plus 如何保障护理的合同内。本合同其他部分包括您的投保登记表、*承保药品清单*（处方集）以及我们向您提供的承保范围或承保范围影响条件的变更通知。此类通知有时被称为*附文*或*修正案*。

您于 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日期间投保 CareOregon Advantage Plus 时，本合同即告生效。

每个日历年内，Medicare 均允许我们变更己方提出的各项计划。这意味着我们可以在 2025 年 12 月 31 日之后，变更 CareOregon Advantage Plus 的费用和福利。我们亦可于 2025

年 12 月 31 日之后，在您所属服务区域内停止提供本计划，或者在其他服务区域内提供本计划。

Medicare（Medicare 与 Medicaid 服务中心）每年必须批准 CareOregon Advantage Plus。如果我们继续提供本计划并且 Medicare 更新本计划的审批，您每年均可继续以本计划受益人的身份获得 Medicare 保障。

第 2 节 计划受益人的资格

第 2.1 条 受益人的资格要求

您必须满足以下条件方可具备受益人资格：

- 同时持有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- - 且 - 居于我们所属的地理服务区域（下文第 2.3 条阐述了我们的服务区域）。对于囚犯，即使其实际位置位于地理服务区域，但仍不视为其居于地理服务区域内。
- - 且 - 系属美国公民或合法居住在美国
- - 且 - 符合下述特殊资格要求。

计划的特殊资格要求

本公司的计划旨在满足享有 Medicaid 福利的人群的需求。

（Medicaid 是联邦政府和州政府推出的一项联合计划，旨在帮助某些收入和资金有限者支付医疗费用。）如欲具备本公司计划的资格，您必须具备 Medicare 和 Medicaid 全额福利的资格。

请注意：如已失去资格但可以合理预期在两个月内重获资格的，则您仍然有资格成为我们计划的受益人（第 4 章第 2.1 条解释了认定资格持续有效期间的承保范围和费用分摊）。

第 2.2 条 什么是 Medicaid？

Oregon Health Plan（Medicaid）是联邦政府和州政府推出的一项联合计划，旨在帮助某些收入和资金有限者支付医疗费用和长期护理费用。各州自行确定收入与资金的计算方式、资格条件、承保服务以及服务费用。在遵循联邦指导方针的前提下，各州亦可决定如何运行本州的项目。

此外，还通过 Medicaid 提供一些项目，帮助 Medicare 人群支付 Medicare 保费等 Medicare 费用。这些《Medicare 储蓄项目》每年帮助收入和资金有限者储蓄：

- **Qualified Medicare Beneficiary（QMB+，合格 Medicare 受益人）**：帮助支付 Medicare A 部分和 B 部分保费以及其他费用分摊（如免赔额、自付额及共付额）。有 QMB+ 的人还有资格享受全额 Medicaid 福利。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary（SLMB+，指定低收入 Medicare 受益人）**：帮助支付 B 部分保费。有 SLMB+ 的人还有资格享受全额 Medicaid 福利。

第 2.3 条 CareOregon Advantage Plus 的计划服务区域说明

CareOregon Advantage Plus 仅适用于居住在计划所属服务区域的个人。如欲继续成为计划受益人，则您必须仍然居住在计划所属服务区域内。服务区域如下所述。

我们的服务区域包括俄勒冈州下辖的以下县：克拉克马斯、哥伦比亚、杰克逊、摩特诺玛、蒂拉穆克、华盛顿。

如果您计划搬离服务区域，您将无法继续成为本计划的受益人。请联系客户服务部，了解在您所属新区域内是否有本计划。搬离服务区域时，您将有一个《特殊投保期》，在此期间，您可以转为 Original Medicare 或参加新区域的 Medicare 健康或药品计划。

搬离服务区域或变更邮寄地址的，请务必致电社会保障局。请查阅第 2 章第 5 节中所述美国社会保障局的联系电话和联系信息。

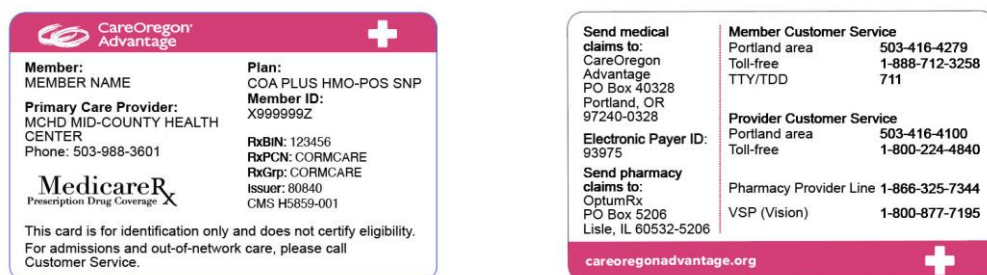
第 2.4 条 美国公民或合法居留

Medicare 健康计划的受益人必须是美国公民或合法居于美国的人士。如果您因此失去受益人资格，Medicare（Centers for Medicare & Medicaid Services）将通知 CareOregon Advantage Plus。不满足此要求的，CareOregon Advantage Plus 必须注销您的投保。

第 3 节 拟向您下发的重要受益人资格资料

第 3.1 条 计划会员卡

既已成为本公司计划的成员，在您获得本计划承保的服务以及在网络药房购买处方药时，必须使用您的会员卡。您还应该向提供者出示您的 **Medicaid** 卡。此为会员卡的样卡，主要展现了会员卡的外观：



既已成为本公司计划的受益人，请勿使用您的 **Medicare** 红、白、蓝卡获取承保医疗服务。如果您使用 **Medicare** 卡片而非 **CareOregon Advantage Plus** 会员卡，您可能需要自行支付全部医疗服务费用。请安全妥善保管 **Medicare** 卡。如果您需要医院服务、临终关怀服务或参加 **Medicare** 批准的临床研究（也称为临床试验），可能会要求您出示 **Medicare** 卡。

如果您的计划会员卡损坏、丢失或被盗，请立即致电客户服务部，我们将向您补发新卡。

第 3.2 条 提供者名录

《提供者名录》中列示了本公司当前的网络提供者。**网络提供者**是指与本公司签约以收取报酬并同意全额计划费用分摊

的医生和其他医疗保健专业人士、医疗团体、医院以及其他医疗保健机构。

您必须通过网络提供者获得医疗护理和服务。未经适当授权擅自前往别处的，则您必须全额付款。但紧急情况除外，包括网络不可用时急需服务（即不合理或无法获得内网服务的情形）、区域外透析服务以及 CareOregon Advantage Plus 授权使用网外提供者情形。

CareOregon Advantage Plus 具有服务点（POS）福利，允许您在特定条件下使用网外 Primary Care Provider（PCP，初级保健提供者）和专科医生提供的护理。请参阅《服务点优势》（第 4 章第 2.1 条）了解更多信息。

可访问本公司网站 careoregonadvantage.org/providersearch 了解最新提供者和耐用医疗设备供应商一览表。

如果您并未获得《服务商名录》副本，则请联系客户服务部索取一份副本（电子版或纸质形式）。纸质《提供者名录》将于三个工作日内邮寄至府上。

第 3.3 条 药房目录

《药房目录》列示了我们的网络药房。**网络药房**是指所有同意为本计划受益人配给承保处方的药房。您可以使用《药房目录》查找您想要使用的网络药房。关于何时可以使用本计划的网外药房的信息，请参阅第 5 章第 2.5 条。

若无《药房目录》，则请联系客户服务部获取副本。您亦可以访问本公司网站 careoregonadvantage.org/pharmacy 查找

此信息。您也可以致电客户服务部获取提供者的更新信息或要求将《药房目录》邮寄至府上。请查阅《2025 年药房目录》，了解已纳入本公司网络的药房。

第 3.4 条 本计划的承保药品清单（处方集）

本计划有配备一份《承保药品清单（处方集）》，简称为《药品清单》。清单详述了 CareOregon Advantage Plus 中包含的 D 部分福利所承保的 D 部分处方药。清单药品是在医生和药剂师团队的帮助下，本计划选定的药品。该清单必须满足 Medicare 设定的要求。Medicare 业已批准 CareOregon Advantage Plus 《药品清单》。

《药品清单》还告诉您是否有任何规则限制您的药品承保范围。

我们将为您提供一份《药品清单》副本。我们提供的《药品清单》包含本公司受益人最常使用的承保药品的信息。然而，提供的《药品清单》中并未纳入的其他药品亦在我们的承保范围内。如果某种药品并未纳入《药品清单》，则您应该访问本公司网站或联系客服部，进而了解该药品是否在我们的承保范围内。如欲获取有关承保药品的实时完整信息，您可以访问本计划的网站

（careoregonadvantage.org/druglist）或致电客户服务部。

第 4 节 CareOregon Advantage Plus 受益人每月缴费额

您的费用可能包含：

- 计划保费（第 4.1 条）
- Medicare B 部分每月保费（第 4.2 条）
- D 部分逾期投保罚金（第 4.3 条）
- 收入相关每月调整金额（第 4.4 条）

在某些情况下，受益人计划保费可能会较低

有些项目旨在帮助资金有限者支付药品费用。其中包括《额外的帮助》和 State Pharmaceutical Assistance Programs（国家药品援助项目）。第 2 章第 7 节详细介绍了此类援助项目。如果您符合资格，加入此项目可能会降低您的每月计划保费。

如果您 *已经* 加入其中某个项目并从中获得帮助，则本《**承保责任证明书**》中有关保费的信息可能对您不适用。我们已向您发送了一份单独插页，即 *享受处方药费用额外补助人群的承保证明附加条款*（也称为低收入补贴附加条款或 LIS 附加条款），其中阐述了您的药品承保范围。若无此插页，请致电客户服务部索要 LIS 附加条款。

对于不同收入的人群而言，Medicare B 部分和 D 部分保费存在一定差异。如果此类保费存有疑问，请查阅 *Medicare & You 2025*（您的 Medicare 2025 年版）手册副本，其中名为 *2025 Medicare Costs*（2025 年 Medicare 费用明细）的章节。

如欲获得此副本，您可以从 Medicare 网站 (www.medicare.gov/medicare-and-you) 下载。您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 每周 7 天、每天 24 小时电话服务订购印刷版。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

第 4.1 条 计划保费

您无需针对 CareOregon Advantage Plus 单独支付每月计划保费。

第 4.2 条 Medicare B 部分每月保费

许多受益人需要缴纳其他 Medicare 保费

有些受益人需要缴纳其他 Medicare 保费如上文第 2 节所作阐释，为了获得加入我们计划的资格，您必须确保 Medicaid 资格始终有效，同时拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。对于大多数 CareOregon Advantage Plus 受益人而言，Medicaid 支付您的 A 部分保费（前提是您并未获得资格）以及 B 部分保费。

如果 Oregon Health Plan（Medicaid）并未为您支付 Medicare 保费，如欲维持您计划受益人的身份，您的 Medicare 保费不得中断。其中包括 B 部分的保费，还可能包括无资格免费享有 A 部分受益人的 A 部分保费。

第 4.3 条 D 部分逾期投保罚金

由于您具备双重保险资格，如果您始终拥有双重资格身份，则您无需缴纳逾 Late Enrollment Penalty（LEP, 期投保罚金；

但如果您失去双重资格身份，则可能会产生逾期投保罚金。如果在您的初始投保期结束后的任何时间，您已连续 63 天或更长时间并未投保 D 部分或其他可信处方药承保，则 D 部分逾期投保罚金即构成您必须为 D 部分承保范围支付的额外保费。可信处方药承保是指符合 Medicare 最低标准的承保范围，因为预计支付费用一般至少与 Medicare 的标准处方药承保相同。逾期投保罚金的费用额取决于您并未持有 D 部分或其他可信用处方药承保的时长。D 部分承保范围的受益人必须支付此罚金。

如属以下情况者**将无需**支付罚金：

- 您从 Medicare 获得《额外的帮助》，用以支付您的处方药费用。
- 您并未持有可信用承保的连续时间少于 63 天。
- 您通过其他来源 如原雇主、工会、TRICARE，三军协同护理计划或 Veterans Health Administration（退伍军人健康管理局）获得可信的药品承保。保险公司或人力资源部门每年均会告知您的药品承保是否属于可信承保范围。可能会通过函件向您送达此信息或将信息纳入计划的简讯中。如果您后续加入 Medicare 药品计划，则可能需要此信息，因此请保留此信息。
 - **注意：**任何通知均须述明您拥有可信处方药承保（预计所付金额与 Medicare 标准处方药计划相同）。

- **注意：**以下内容不纳入可信用处方药承保范围：处方药折扣卡、免费诊所、药品折扣网站。

Medicare 决定惩处金额。其原理如下：

- 首先，计算一下在您有资格参加 Medicare 药品计划之后，逾期参加 Medicare 药品计划的完整月数。如果断保达 63 天或以上，则计算您并未持有可信处方药承保的完整月数。若无可信承保，则每个月罚处 1% 的罚金。例如，如果您已 14 个月无承保，则罚金比例为 14%。
- 然后，Medicare 确定上一年全国 Medicare 药品计划的平均每月保费金额。2024 年平均保费金额为 34.70 美元，但 2025 年该金额可能会发生变更。
- 将罚金百分比乘以每月平均保费，然后四舍五入至最接近的 10 美分，计算得出每月罚金。本例中，罚金金额为 14% 乘以 34.70 美元，等于 4.86 美元。四舍五入为 4.90 美元。**对于承担 D 部分逾期投保罚金的人士，这笔金额将计入其每月保费中。**

关于每月 D 部分逾期投保罚金，须注意以下三大重要事项：

- 第一，因为平均每月保费每年均会发生变动，因此**罚金每年可能会随之变更。**
- 第二，只要加入了具有 Medicare D 部分药品福利的计划，即使您变更计划，**您每月仍继续支付罚金。**

- 第三，如果您未满 65 岁且目前享有 Medicare 福利，则 D 部分逾期投保罚金将于您年满 65 岁时重置。您年满 65 岁之后，D 部分逾期投保罚金将仅以初始老龄投保期录入 Medicare 之后，您并未持有保险的月份数进行计算。

如果您不同意 D 部分逾期投保罚金，您自身或您的代表可以要求复审。一般而言，须在收悉首封逾期投保罚金付款函之日起的 **60 天内**请求复审。但如果您在加入计划之前支付罚金，您可能再无其他机会要求对逾期投保罚金进行复审。

第 4.4 条 收入相关每月调整金额

某些受益人可能需要支付额外费用，称为 D 部分收入相关每月调整金额也称为 IRMAA。额外费用是根据 2 年前 IRS 美国联邦税务局纳税申报表所报告的调整后总收入计算得出。如果此金额高于一定金额，您将支付标准保费金额和额外 IRMAA。有关根据您的收入可能需要支付的额外费用的更多信息，请访问 www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans。

若必须支付额外费用，社会保障局（并非您的 Medicare 计划）将向您发出函告，告知您额外金额的具体数目。无论您通常如何支付计划保费，除非每月收益不足以支付积欠的额外费用，否则将从您的社会保障局、Railroad Retirement Board（铁路系统退休理事会）或 Office of Personnel Management（联邦人事管理局）的收益支票中扣除额外费

用。收益支票不足以支付额外金额的部分，将向您下发 Medicare 账单。**您必须向政府支付额外费用。您不得使用每月计划保费支付该费用。拒不支付额外费用的，将撤销受益人计划资格且再不享有处方药承保。**

不同意支付额外费用的，可要求社会保障局复审这项决定。如欲了解有关如何执行这一流程的更多信息，请致电 1-800-772-1213（TTY 1-800-325-0778）联系社会保障局。

第 5 节 有关每月保费的更多信息

第 5.1 条 年内能否变更您的每月计划保费？

不能。我们不能变更年内收取的本计划的每月计划保费金额。次年每月计划保费发生变更的，我们会在（当年）9 月通知您，变更将于（次年）1 月 1 日生效。

但是，在某些情况下，如果拖欠，您也许可以停止支付延迟加入罚款。或需要开始支付延迟加入罚款。如果您在一年内获得《额外的帮助》项目的资格或失去《额外的帮助》项目的资格，则可能会发生这种情况。

- 如果您目前支付了 D 部分延迟加入罚款并在这一一年中有资格获得《额外的帮助》，您将能够停止支付罚款。
- 如果您失去《额外的帮助》，并且您连续 63 天或更长时间没有 D 部分或其他值得信赖的处方药承保，您可能要承担延迟加入罚款。

请查阅第 2 章第 7 节中了解有关《额外的帮助》项目的更多信息。

第 6 节 实时更新计划受益人档案

您的受益人档案包含您的地址和联系电话等投保登记表所含信息。受益人档案体现了 Primary Care Provider（初级护理提供机构）等受益人的特定计划承保范围。

计划网络中的医生、医院、药剂师、其他提供者需要获得您的正确相关信息。**相关网络提供者通过您的受益人档案来了解具体承保服务和药品以及为您分摊的费用金额。**因此，您帮助我们及时更新信息至关重要。

变更内容说明：

- 变更姓名、地址或联系电话
- 变更任何其他健康保险承保范围（如您的雇主、配偶或同居伴侣的雇主、工伤赔偿或 Medicaid）
- 车祸理赔等任何责任理赔的
- 已被疗养院收治的
- 在区外或网外的医院或急诊室接受护理的
- 指定的责任方（如护理人员）发生变化的
- 正在参加临床研究的（**注意：**虽然无需告知您拟参加的临床研究计划，但我们建议您告知）

任何此类信息发生任何变更的，请致电客户服务部（联系电话见本手册封底）。您还可以访问

careoregonadvantage.org/memberportal 受益人门户向我们发送安全通信

搬离或变更邮寄地址的，请务必联系社会保障局。请查阅第 2 章第 5 节中所述美国社会保障局的联系电话和联系信息。

此外，必须联系俄勒冈州 Medicaid 项目（Oregon Health Plan）个案工作者或

Oregon Health Plan 的客户服务部，向其传达此类变更。请查阅第 2 章第 6 节了解

Oregon Health Plan 的联系电话。

第 7 节 其他保险如何与本计划配合使用

其他保险

Medicare 要求我们收集您持有的任何其他医疗保险或药品承保范围的相关信息。因为我们必须将您的任何其他承保范围与本计划下的福利进行协调。亦可称之为**收益协调**。

每年，我们会向受益人发送函告，其中列明我们了解到的任何其他医疗或药品保险承保范围。请仔细阅读此信息。如果正确无误，则无需执行任何操作。如果信息有误或者尚有未列出的其他承保范围，请致电客户服务部。可能需要（在确认保险公司身份后）向其他保险公司提供您的计划受益人 ID（身份证件）编号，以便能够正确、按时支付您的账单。

如有其他保险（如雇主团体健康保险）时，根据 **Medicare** 制定的规则，决定系由本公司计划还是您的其他保险率先付款。率先付款的保险称为主要付款人，主要支付其承保限额。第二付款人称为次要付款人，仅支付主要承保范围未涵盖的费用。次要付款人可能不会支付所有未涵盖的费用。如已投保其他保险，请告知您的医生、医院和药房。

此类规则适用于雇主或工会团体健康计划承保：

- 如已投保退休人员保险，则 **Medicare** 首先付款。
- 如果您的团体健康计划承保范围涵盖您自身或家庭受益人当前的就业，则率先付款方取决于您的年龄、雇主的雇员数量以及您是否有基于年龄、残障或终末期肾病 End-Stage Renal Disease（ESRD，终末期肾病）的医疗保险。
 - 如果您未满 65 岁且属残障人士，您自身或您的家庭受益人仍在就业，只要雇主的雇员人数达 100 人以上（含），或者雇主多元计划下至少有一名雇主的雇员人数达 100 人，则由您的团体健康计划将率先支付。
 - 如果您已满 65 岁且您的配偶或同居伴侣仍在就业，只要雇主的雇员人数达 20 人以上（含），或者雇主多元计划下至少有一名雇主的雇员人数达 20 人，则由您的团体健康计划将率先支付。

- 如果您因患有 ESRD 而享有 Medicare，在您有资格享有 Medicare 后的前 30 个月内，由您的团体健康计划率先支付费用。

此类保险通常率先支付每种类型的相关服务费用：

- 无过失保险（包括车险）
- 责任（包括车险）
- 黑肺病福利
- 工伤赔偿

Medicaid 和 TRICARE 不会先行支付 Medicare 涵盖的服务费用。仅在支付 Medicare 和/或雇主团体健康计划付款后。

第 2 章：

重要联系电话 及相关资源

第 1 节 CareOregon Advantage Plus 联系方式

(如何联系本公司，包括如何联系客户服务部)

如何联系本公司计划的客户服务部

如需获得有关索赔、账单或会员卡问题的帮助，请致电或致函 CareOregon Advantage Plus 客户服务部。我们十分愿意为您提供帮助。

方式	客户服务部 - 联系信息
电话	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费服务时间：。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点； 4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。 客户服务部还为非英语人士提供免费口译服务。
TTY	711 营业时间：该号码接打免费。10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。
传真	503-416-3723
致函	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 customerservice@careoregon.org
网站	careoregonadvantage.org 受益人门户： careoregonadvantage.org/memberportal

请求针对自身医疗护理提供承保决定或提出上诉时，如何联系我们

承保决定是指我们针对您的福利和承保范围、或我们将为受益人的医疗服务或 D 部分处方药支付的金额，进而做出的决定。上诉是指要求我们复审和变更所作承保决定的正规方式。如欲了解请求承保决定或针对医疗护理或 D 部分处方药而提出上诉的更多信息，请参阅第 9 章：*问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）的解决方案*。

第 2 章 重要联系电话及相关资源

方式	医疗护理保险理赔决定部- 联系信息
电话	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。
TTY	711 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。
传真	503-416-3671
致函	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

方式	Coverage Decisions for Part B and Part D Prescription Drugs (B 部分和 D 部分处方药承保决定部) - 联系信息
电话：	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。
TTY	711 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。
传真	B 部分：503-416-4722 D 部分：503-416-8109
致函	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
网站	careoregonadvantage.org/rxinfo

方式	Appeals for Medical Care（医疗护理起诉部）- 联系信息
电话	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。
传真	503-416-8118
致函	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

方式	B 部分和 D 部分处方药起诉部- 联系信息
电话	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。
TTY	711 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。
传真	503-416-1428
致函	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
网站	careoregonadvantage.org/rxinfo

请求针对自身医疗护理提出投诉时，如何联系我们

您可以对本公司或本公司旗下的某家网络提供者或药房提出投诉，包括护理质量投诉。此类投诉不涉及承保范围或付款纠纷。如欲了解针对医疗护理提出投诉的更多信息，请参阅第 9 章：*问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）的解决方案*。

方式	医疗护理和 D 部分处方药投诉部- 联系信息
电话	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日（2025 年）上午 8 点至晚上 8 点（周六周日无休）；4 月 1 日 - 9 月 30 日（2025 年）上午 8 点至晚上 8 点（周一至周五）。
TTY	711 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日（2025 年）上午 8 点至晚上 8 点（周六周日无休）；4 月 1 日 - 9 月 30 日（2025 年）上午 8 点至晚上 8 点（周一至周五）。
传真	503-416-1313
致函	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
MEDICARE 网站	您可以直接向 Medicare 提交 CareOregon Advantage Plus 的相关投诉。如欲向 Medicare 提交线上投诉，请访问： <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>。

要求支付所享医疗护理费或药费份额的请求提交情形

如果您已收悉认定由我们支付的账单或已支付服务费用（如提供者账单），您可能需要我们偿付或赔付提供者账单。详见第 7 章（*受益人向本公司请求支付其医疗服务或药品账单份额*）。本公司仅偿付 Medicare 承保的服务，并非 Medicaid 承保的服务。如果偿付请求获批，本公司所附款项仅涵盖 Medicare 的许可金额（通常会向提供者支付服务费），但不包含 Medicaid 涵盖的任何部分，如 Medicare 共付额和免赔额。

请注意：如向本公司发出付款请求但任何部分遭到拒付，您可以对本公司的决定提出上诉。详见第 9 章 *问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）的解决方案*。

方式	C 部分付款请求部 - 联系信息
电话	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。 客户服务部还为非英语人士提供免费口译服务。
TTY	711 该号码接打免费。 营业时间：10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点。
传真	503-416-8115
致函	收件人：DMR - Claims Department, 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
网站	careoregonadvantage.org

方式	D 部分付款请求部 - 联系信息
电话	503-416-4279 或 888-712-3258 该号码接打免费。 营业时间： 10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。 客户服务部还为非英语人士提供免费口译服务。
致函	收件人：Pharmacy Department - 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
网站	careoregonadvantage.org/rxreimbursement

第 2 节 Medicare

（如何获得联邦 Medicare 项目受助并从中直接获取信息）

Medicare 是一项针对 65 岁（含）以上老年人、某些 65 岁以下残障人士、以及终末期肾病患者（需要透析或肾移植的永久性肾衰竭）的联邦医疗保险项目。

Centers for Medicare & Medicaid Services（有时称为 CMS）系为负责 Medicare 的联邦机构。该机构与本公司在内的多家 Medicare Advantage 组织签订合约。

方式 Medicare – 联系信息	
电话	1-800-MEDICARE, 或 1-800-633-4227 该号码接打免费。 每周 7 天、每天 24 小时。
TTY	1-877-486-2048 该号码需要特殊电话设备, 仅适用于听力或言语障碍者。 该号码接打免费。

方式 Medicare – 联系信息

网站 www.Medicare.gov

此为 Medicare 的政府官方网站。该网站提供了有关 Medicare 和当前 Medicare 问题的最新信息。该网站也提供了医院、疗养院、医生、家庭健康机构、透析机构的信息。该网站包含可以直接从计算机打印的各类文档。您也可以查找所在州的 Medicare 联系人。

Medicare 网站亦通过以下工具提供您的 Medicare 资格和投保方案的相关详细信息：

- **Medicare 资格工具**：提供 Medicare 资格状态信息。
- **Medicare 计划查找器**：提供您所属区域可用的 Medicare 处方药计划、Medicare 健康计划、Medicare Supplement Insurance（Medicare，Medicare 补充保险）保单的个性化信息。此类工具有助于估算各项 Medicare 计划中的自付费用。

方式 Medicare – 联系信息

网站 您也可以通过该网站告知 Medicare 针对
(续 CareOregon Advantage Plus 提出的任何投诉
)

- **告知 Medicare 您的投诉：**您可以直接向 Medicare 提交 CareOregon Advantage Plus 的相关投诉。如欲向 Medicare 提交线上投诉，请访问：
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 认真对待您的投诉，并将利用此类信息来帮助提升 Medicare 项目的质量。

如果受益人没有计算机，可向当地图书馆或老年中心寻求帮助，通过其计算机访问本网站。您也可以致电 Medicare 并告知其目前查找的相关信息。相关人员将在网站上查找信息并与您一起查看信息。

(您可以致电 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (每周 7 天、每天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。)

第 3 节 **State Health Insurance Assistance Program** (有关 Medicare 的免费帮助、信息及问题解答)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 州健康保险援助计划) 是一项政府计划, 各州皆配有训练有素的顾问。在俄勒冈州, State Health Insurance Assistance Program 称为 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, 老年人健康保险福利援助)。

Senior Health Insurance Benefits Assistance 是一项独立 (不与任何保险公司或健康计划相关) 的计划, 主要由联邦政府拨付资金, 为投保 Medicare 的白投保人提供免费的当地健康保险咨询。

Senior Health Insurance Benefits Assistance 顾问可帮助您: 了解自身享有的 Medicare 权利, 对医疗护理或治疗提出投诉, 解决 Medicare 账单问题。Senior Health Insurance Benefits Assistance 顾问还可以帮助您解决 Medicare 疑问或问题, 了解您的 Medicare 计划方案, 回答计划转换的有关问题。

获取 State Health Insurance Assistance Program 和其他资金的方法：

- 请访问 <https://www.shiphelp.org>（点击页面中间位置的 SHIP LOCATOR）
- 从列表中选择您所在的《**STATE**》（州）。您会进入另一页面，其中显示了您所在州的专属电话号码和资金。

方式	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (Oregon's SHIP) - 联系信息
电话：	免费电话 800-722-4134
TTY	711
致函	500 Summer St NE E-12 Salem, OR 97301-1097 电子邮件： shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
网站	oregonshiba.org 也可使用其安全线上表格取得联系 shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx

第 4 节 Quality Improvement Organization

各州均设有指定的 Quality Improvement Organization 为 Medicare 受益人提供服务。对于俄勒冈州，Quality Improvement Organization 称为 **KEPRO**。

KEPRO 拥有旗下拥有一众医生和其他医疗保健专业人员，由 Medicare 支付报酬，负责检查并帮助提高 Medicare 患者的护理护理质量。**KEPRO** 属于独立组织，与本公司计划无关。

如出现以下任何情况，您应该联系 **KEPRO**：

- 对所接受的护理质量提出投诉的。
- 您认为自身住院保险即将结束承保的。
- 您认为家庭医疗保健、专业护理设施护理或 Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility（CORF，综合门诊康复设施）服务的承保范围即将结束。

方式	KEPRO/Acentra Health（俄勒冈州 Quality Improvement Organization）- 联系信息
电话：	888-305-6759 周一至周五上午 8 点至下午 5 点（Pacific Standard Time, [PST, 太平洋标准时间]）。 周末及节假日上午 10 点至下午 4 点（PST）。
TTY	711
致函	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
网站	keproqio.com

第 5 节 社会保障局

社会保障局负责确定资格并管理 Medicare 的投保事宜。65 岁以上（含）的美国公民和合法永久居民，或者患有残疾或终末期肾病并满足特定条件的美国公民和合法永久居民，均有资格投保 Medicare。如已获得社会保障局支票，则自动投保加入 Medicare。未获得社会保障局支票的，则须投保加入 Medicare。如欲申请 Medicare，可致电社会保障局或前往当地社会保障局办公室办理。

社会保障局亦负责确定必须支付 D 部分药品承保额外费用的相关群体（因为这类群体收入较高）。如收悉社会保障局签发的函告，告知您必须支付额外金额但您对金额有疑问的，或者因生活变故而导致您的收入下滑的，您可以致电社会保障局要求复议。

迁居或变更邮寄地址的，请务必联系社会保障局予以告知。

方式	社会保障局 - 联系信息
电话：	1-800-772-1213 该号码接打免费。 周一至周五上午 8 点至晚上 7 点。 可通过社会保障局的 24 小时自助电话服务获取记录信息并处理某些业务。
TTY	1-800-325-0778 该号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或言语障碍者。 该号码接打免费。 周一至周五上午 8 点至晚上 7 点。
网站	www.ssa.gov

第 6 节 Oregon Health Plan (Medicaid)

如欲具备 CareOregon Advantage Plus 的资格，您必须具备 Medicare 和 Oregon Health Plan (Medicaid) 全额福利的资格。

Oregon Health Plan (Medicaid) 是联邦政府和州政府推出的一项联合计划，旨在帮助某些收入和资金有限者支付医疗费用。

此外，还通过 Medicaid 提供一些项目，可帮助 Medicare 人群支付 Medicare 保费等 Medicare 费用。这些《Medicare 储蓄项目》每年帮助收入和资金有限者储蓄：

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB, 合格 Medicare 受益人)**：帮助支付 Medicare 的 A 部分和 B 部分的保费以及其他费用分摊（如免赔额、共付额和自付额）。某些 QMB 患者亦有资格享受全额 Medicaid 福利 (QMB+)。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB, 指定低收入 Medicare 受益人)**：帮助支付 B 部分保费。某些 SLMB 患者亦有资格享受全额 Medicaid 福利 (SLMB+)。

Medicaid 是联邦和州政府的联合计划，旨在帮助某些收入和资源有限的人支付医疗费用。

如对 Medicaid 补助存有任何疑问，请联系 Oregon Health Plan。

方式	Oregon Health Plan（俄勒冈州 Medicaid 项目）- 联系信息
电话：	Oregon Health Plan 客户服务部：800-273-0557 周一至周五上午 8 点至下午 5 点。
TTY	711
致函	Oregon Health Authority Administrative Office 500 Summer St. NE E-20 Salem, OR 97301-1097
网站	oregon.gov/oha

Governor's Advocacy Office（州长倡导办公室）帮助参加 Medicaid 者解决服务或账单问题。针对本公司计划提出申诉或起诉

方式	Governor's Advocacy Office - 联系信息
电话：	503-945-6904 或免费致电 800-442-5238 周一至周五上午 8 点至下午 5 点。
TTY	711
致函	Department of Human Services（人力资源部） 500 Summer St. NE E-17 Salem, OR 97301 电子邮件：gao.info@dhsosha.state.or.us
网站	oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages.gao.aspx

Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman（俄勒冈州长期护理监察员办公室）帮助获得疗养院的相关信息，解决疗养院与居民或其家庭之间的问题。

方式	Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman - 联系信息
电话：	503-378-6533 或免费致电 800-522-2602 周一至周五上午 8 点至下午 5 点。
TTY	711
致函	830 D St. NE Salem, OR 97301 电子邮件： ltco.info@rights.oregon.gov
网站	oltco.org

第 7 节 帮助支付处方药费用项目的相关信息

可访问 **Medicare.gov** 网站

（<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>）

了解如何降低处方药费的相关信息。对于收入有限者，亦出台其他项目提供帮助（如下所述）。

Medicare 《额外的帮助》项目

如有资格享有 Medicaid，则因此有资格获得 Medicare 提供的《额外的帮助》，进而支付您的处方药计划费用。您无需采取其他措施即可获得此《额外的帮助》。

如对《额外的帮助》有疑问，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户应拨打 1-877-486-2048 每周 7 天，每天 24 小时。
- 社会保障局办公室电话 1-800-772-1213，周一至周五上午 8 点至晚上 7 点。TTY 用户应致电 1-800-325-0778；或
- 当地 State Medicaid Office (州 Medicaid 办公室) (申请) (请参阅本章第 6 节查阅联系信息)。

如果您认为在药房取得处方药时，所付费用分摊金额有误，可按本计划提供的流程，请求协助获取适当自付额标准的相关证据，或者如果您已经有证据，请向我们提供相关证据。

- 如需协助获取《额外的帮助》补贴标准的证据，请联系本公司客户服务部；我们将搜集 Medicare 和俄勒冈州相关资料为您进行必要取证。
- 取得相关自付额标准的证据时，我们将更新系统，以便您在药房获取下一处方时支付正确自付额。发生自付额超额支付时，我们将偿还相关金额。我们将向您转寄超额付款金额的支票或者抵消将来发生的自付额。如果药

房尚未向您收取自付额，但将您的自付额视为积欠债务的，我们可能会直接向药房付款。如果某个州代表您进行付款，则我们可能会直接向该州付款。如有疑问，请联系客户服务部。

Acquired Immune Deficiency Syndrome（AIDS，获得性免疫缺陷综合征/艾滋病）

Drug Assistance Program（ADAP，艾滋病药品协助计划）承保如何处理？

什么是 AIDS Drug Assistance Program（ADAP）？

AIDS Drug Assistance Program（ADAP）帮助符合 ADAP 资格的 Human Immunodeficiency Virus（HIV，人类免疫缺陷病毒/艾滋病毒）的患者获得挽救生命的 HIV 药品。ADAP 处方集中的 Medicare D 部分处方药具备通过 CAREAssist 获得处方费用分摊援助的标准。

注意：如需获得所在州的 ADAP 运营资格，个人必须满足特定标准，包括州居住证明和 HIV 病况证明、州规定的低收入标准以及未投保/投保不足的情况。变更相关计划时，请通知当地 ADAP 注册工作人员，以便您可以继续获得补助。有关资格标准、承保药品或如何加入该项目的相关信息，请致电 CAREAssist：971-673-0144 或免费致电 800-805-2313。

第 8 节 如何联系 Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board 属于独立的联邦机构，负责管理全国铁路职工及其家庭的综合福利项目。如果您通过 Railroad Retirement Board 接收 Medicare，则迁居或变更邮寄地址时，请务必予以告知。如对 Railroad Retirement Board 的福利存有疑问，请联系该机构。

方式	Railroad Retirement Board – 联系信息
电话：	1-877-772-5772 该号码接打免费。 如果按下《0》键，可于周一、周二、周四、周五上午 9 点至下午 3 点 30 分以及周三上午 9 点至中午 12 点与 Railroad Retirement Board（RRB，铁路系统退休理事会）代表通话。 如果按下《1》键，则可每天 24 小时（包括周末和节假日）访问自助 RRB 服务热线、记录信息。
TTY	1-312-751-4701 该号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或言语障碍者。 该号码接打免费。
网站	rrb.gov/

第 9 节 是否持有《团体保险》或其他健康保险？

本计划中，如果您自身（或配偶或同居伴侣）从您（或配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体处获得福利，如有任何疑问，可致电雇主/工会福利管理员或客户服务部。您可以咨询您（或配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员的健康福

利、保费或投保期限等情况。（请查阅本文件封底所注客户服务部联系电话）。您也可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；TTY：1-877-486-2048）查询本计划下的 Medicare 承保相关问题。

如果您通过您（或配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体而持有其他处方药承保，请联系**该团体的福利管理员**。福利管理员可帮您确定当前处方药承保如何与本公司计划配合使用。

第 3 章：

通过本计划助力 受益人医疗服务 服务

第 1 节 计划受益人享有医疗护理的须知事项

本章主要解释了受益人需要了解通过本计划获得医疗护理的相关信息。本章规定了术语定义，解释了获得计划承保的医疗、服务、设备、处方药及其他医疗护理时，需要遵循的各项规则。

关于本计划承保的医疗护理详细信息，请查阅第 4 章（*医疗福利图表，即承保范围*）所载福利表。

第 1.1 什么是网络提供者及承保服务？

- **提供者**是指经州许可提供医疗服务和护理的医生及其他医疗保健专业人员。提供者一词亦包括医院及其他医疗保健机构。
- **网络提供者**是指与本公司签约以全额收取报酬的医生和其他医疗保健专业人员、医疗团体、医院以及其他医疗保健机构。本公司业已安排此类提供者向计划受益人提供承保服务。公司网络中的提供者直接向本公司收取其为受益人提供的护理费用。向网络提供者咨询服务时，无需就承保服务支付任何费用。
- **承保服务**包括本计划承保的所有医疗护理、保健服务、用品设备以及处方药。第 4 章的福利图表中列明了您的医疗护理承保服务。我们将于第 5 章探讨处方药承保服务。

第 1.2 条 纳入计划承保的医疗护理时遵循的基本规则

CareOregon Advantage Plus 作为 Medicare 和 Oregon Health Plan (Medicaid) 的一项健康计划，必须承保 Original Medicare 承保的所有服务；除 Original Medicare 承保的服务外，还可以提供其他服务；请参阅第 4 章第 2.1 条了解更多信息。

通常而言，CareOregon Advantage Plus 将承保您的医疗护理，但前提是：

- **本计划的医疗福利图表中涵盖了您接受的护理**（关于此表，详见本文件第 4 章）。
- **兹认定您接受的护理具有医疗需要。**医疗需要是指预防、诊断或治疗您的病症所需要的且符合公认医学实践标准的服务、用品、设备或药品。
- **配备一家网络初级护理提供机构（PCP）为您提供护理并监督您的护理情况。**计划受益人必须选择一名网络 PCP（请参阅本章第 2.1 条了解更多信息）。
 - 多数情况下，仅在您事先批准计划的情况下，方能使用专科医生、医院、专业护理机构或家庭医疗保健机构等计划网络的其他提供者。这一过程即构成受益人转介。请参阅本章第 2.3 条了解更多信息。
 - 急救护理或紧急服务无需受益人 PCP 转介。受益人也可以获得某些其他类型的护理，无需事先获得

PCP 批准（详情请参阅本章第 2.2 条了解更多信息）。

- **受益人须从网络提供者处获得护理**（详情请参阅本章第 2 节了解更多信息）。多数情况下，网外提供者（计划网络之外的提供者）提供的护理将纳入承保范围。这意味着您必须向此提供者全额支付服务费用。但以下三种情况除外：
 - 本计划覆盖您从网外提供者处获得的急救护理或紧急服务。请参阅本章第 3 节了解更多详情，以及急救或紧急服务的含义。
 - 如果您需要获得 **Medicare** 要求本公司计划承保的医疗护理，但公司网络中尚无此类护理专科医生，则您可以从网外提供者处获得这项护理，费用与您的网内常规付费相同。可能需要事先授权。如遇此情形，这些服务将纳入我们的承保范围，等同于从网络提供者处获得这项护理。请参阅本章第 2.4 条，了解获得网外就医批准的信息。
 - 受益人暂时处于计划服务区域外，或者暂时无法获得或无法使用其服务提供者时，受益人在经 **Medicare** 认证的透析设施获得的肾脏透析服务属于本计划的承保范围。根据本计划支付的透析费用分摊均不得超出 **Original Medicare** 中的费用分摊。受益人处于计划服务区域外并从计划网外的提供者处获得透析服务的，受益人的分摊费用不得超出网

内支付的费用分摊。但如果常规网内透析提供者暂时无法使用，受益人选择在服务区域内从计划网外提供者处获取服务的，透析费用分摊可能会较高。

第 2 节 通过计划网络中的提供者获得医疗护理

第 2.1 条 必须选择初级护理提供机构（PCP）提供并监督护理事宜

什么是 PCP？PCP 提供哪些服务？

- 什么是 PCP？PCP 是一种由医生和/或执业护士组成的诊所，执业者符合州的相关要求、培训有素，可提供基本的医疗护理。
- 具备 PCP 执业资质的提供者类型有哪些？最具备 PCP 执业资质的提供者包括：家庭医学、内科、全科医学、儿科。
- 您的 PCP 将向本计划请求提供某些服务。这一流程称为授权。需要授权的护理包括住院、门诊手术、耐用医疗设备等。
- PCP 在协调承保服务方面发挥哪些作用？通常会要求受益人首先咨询 PCP，从而满足其大部分常规医疗保健需求。您的 PCP 也会协调您作为计划受益人而获得的其他承保服务。例如，有时受益人需获得 PCP 批准后，方能前往专科医生处就诊。这一过程称为转介。您的 PCP 还将安排实验室检查、X 光检查、治疗。

如何选择 PCP？

每位 CareOregon Advantage 受益人均配备一家初级护理提供机构（PCP）。新受益人未在其投保申请中选择 PCP 的，则计划将为该受益人选择一家 PCP。已有受益人的 PCP 保持不变。您的 PCP 将协调您的护理事宜，但女性健康和急救护理除外。如果您的 PCP 在您是我们计划的受益人期间离开网络，我们将书面通知您，要求您选择新的 PCP。如果受益人未在要求的时间内选择 PCP，计划将为该受益人选择 PCP。

更换 PCP

您可以出于任何原因随时更换您的 PCP。此外，您的 PCP 可能会离开计划的提供者网络，届时您必须寻找新的 PCP。

如需查找接诊新患者的新 PCP，请查看我们提供的在线提供者目录：careoregonadvantage.org/providersearch。您也可以致电客户服务部寻求帮助：503-416-4279 或免费致电：888-712-3258；10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；

4 月 1 日至 9 月 30 日，上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。TTY 用户应致电 711。

致电时请务必告知客户服务部，您是否需要专科医生会诊或获得其他承保服务。客户服务部将帮助您明确想要对接的 PCP 是否接诊新患者，进一步核实在更换 PCP 时，您可以继续享有已获得的专业护理和其他服务。

当您配备新的 PCP 时，变更立即生效。

第 2.2 条 无 PCP 转介时可获得哪类医疗护理？

您可以获得以下服务，无需事先获得 PCP 的批准。

- 乳腺检查、乳腺 X 射线摄影筛查（乳腺 X 射线）、巴氏试验、盆腔检查等常规女性医疗保健。
- 流感疫苗（或疫苗）、COVID-19，新型冠状病毒肺炎疫苗、乙肝疫苗、肺炎疫苗。
- 网络提供者或网外提供者提供的急救服务。
- 紧急的计划承保服务，即非急救情况下需要立即就医的服务，前提是您暂时不在计划的服务范围内，或者考虑此服务的时间、地点和情况，从网络计划合约提供者获得此服务是不合理的。紧急服务的例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有状况意外突发。但是，即使您不在计划的服务范围内或计划网络暂时不可用，医疗上必要的常规医疗服务提供者就诊（例如年度检查）也不被认为是迫切需要的。
- 您暂时不在计划服务区域时，可在经 Medicare 认证的透析设施获得肾透析服务。如有可能，请于离开服务区域之前致电客户服务部，以便我们可以在您离开时，帮助安排进行维持性透析。

第 2.3 条 如何获得专科医生和其他网络提供者的护理

专科医生是指针对特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。专科医生种类繁多。相关示例包括：

- 肿瘤专科医生对癌症患者的护理
- 心脏病专科医生对心脏病患者的护理
- 骨科医生对患有某些骨骼、关节或肌肉疾病的患者提供的护理

如属计划受益人，则您的 PCP 负责将您转介至 CareOregon Advantage Plus 或向 CareOregon Advantage Plus 提交请求（称为授权）。需要授权的护理包括住院、门诊手术、耐用医疗设备等。如欲了解需要事先授权的服务类型的更多信息，请参阅第 4 章第 2.1 条。

CareOregon Advantage Plus 将决定批准或拒绝您的 PCP 提交的请求。如果本公司表示不会为您的服务承保，则您或您的提供者有权提出上诉。如欲如何针对拒绝请求而提出上诉的更多信息，详见第 9 章。

及时选择 PCP，但并不限制受益人前往 PCP 推荐的特定专科医生或医院就诊。受益人可以请求前往提供者名录（careoregonadvantage.org/providersearch）中的任何网络专科医生或医院就诊。

专科医生或其他网络提供者退出计划时如何处理？

我们可能会变更受益人年内计划中的医院、医生和专科医生（提供者）。如果您的医生或专科医生退出受益人计划，您将享有某些权利和保护措施（汇总如下）：

- 尽管我们的提供者网络年内可能会发生变更，但按照 **Medicare** 要求，我们将始终为您提供合格医生和专科医生服务。
- 如果您的提供者将退出计划，我们会通知您，以便您有时间选择新的提供者。
 - 如果您的初级保健或行为健康提供者退出计划，且您在过去三年内已于该提供者处就诊，我们将通知您。
 - 如果您的任何其他提供者退出计划，且已将您分配至该提供者、当前接受其护理或在过去三个月已于该提供者处就诊，我们将通知您。
- 我们将协助您选择合格的新网内提供者，届时您可以通过该提供者获得持续护理。
- 如果您目前正在接受现任医疗服务提供者的医疗服务或治疗，您有权提出请求，我们将与您合作，确保您目前接受的医疗需要治疗或疗法不会中断。
- 我们将提供对您适用的不同投保期的相关信息、变更计划的选择方案。

- 网内提供者或福利无法或不足以满足您的医疗需求时，我们将安排任何医疗需要的承保福利（本公司提供者网络不覆盖），但执行网内费用分摊。可能需要事先授权；如欲了解如何获得网外提供者护理的更多信息，请参阅第 2.4 条。
- 发现您的医生或专科医生拟退出计划时，请联系我们，以便我们帮您寻找新的提供者来管理您的护理事宜。
- 如您认定，我们并未为您派遣合格的提供者代行既往提供者之职，或者您的护理事宜并未得到妥善管理，您有权向 Quality Improvement Organization（QIO，质量改进组织）提出护理质量投诉、向本计划提出护理质量申诉；亦可同时投诉和申诉。请参阅第 9 章。

第 2.4 条 如何获得网外提供者护理

可通过本计划的服务点（POS）福利联系网外 PCP 和专科医生，进而获得 Medicare 承保服务。您就诊的网外提供者须遵守本公司计划为网内提供者制定的同等规则 and 规定。例如，在治疗前，网外提供者的某些服务可能需要获得计划授权。如欲了解服务点权益的更多信息，请参阅第 4 章第 2.1 条。

若无 CareOregon Advantage Plus 专科医生或提供者可用，您的 PCP 将询问我们是否可以前往网外提供者处就诊。未经事先授权即从非计划（网外）提供者处获得非急救护理的，

由您自担全部费用，但紧急服务、本公司网络不可用、或区域外透析服务除外。如收到网外提供者发出的（您认定）应由本公司支付的紧急服务费账单，请联系客户服务部（联系电话见本手册封底）或将该账单发送至本公司进行付款。

第 3 节 如有紧急情况或紧急护理需求或灾难期间 如何获得服务

第 3.1 条 医疗紧急情况时获得护理

什么是医疗紧急情况？发生时如何处理？

医疗紧急情况是指您自身或具备常规健康和医学知识的谨慎普通人士认为您出现了医学症状，需要立即就医，以免死亡（如属妊娠妇女，则以免胎儿死亡）、肢体丧失或丧失肢体机能、或身体机能丧失或严重受损。医学症状可能是疾病、损伤、重度疼痛或病情迅速恶化。

如有医疗紧急情况：

- **请尽快求助。**请拨打 911 寻求帮助或前往最近的急诊室或医院。如有需要，请呼叫救护车。无需率先获得 PCP 的批准或转介。无需通过网络医生。无论您身在美国还是境内任何地点，如有需求，您可以获得持有适当州许可证的提供者提供的承保紧急医疗护理（即使其不属于本公司网络）。

如有医疗紧急情况时，承保范围包括哪些内容？

无论您身在美国还是境内任何地点，如有需求，您可以获得承保紧急医疗护理。

如果通过任何其他方式前往急诊室皆有可能危及您的健康时，本计划提供救护车服务。紧急情况期间发生医疗服务亦纳入我们的承保范围。

急救护理医生将决定您何时病情稳定、医疗紧急情况何时结束。

紧急情况结束后，您有权接受随访护理，确保病情保持稳定。您的随访护理亦纳入本计划的承保范围。由网外提供者提供急救护理的，我们将在您的病情及实际情况允许的情况下，尽快安排网络提供者接管您的护理事宜。

如遇非医疗紧急情况时，如何处理？

有时难以判定您是否发生医疗紧急情况。例如，认为自身健康处于严重危险之中，您可能会寻求急救护理，但医生可能会认定这毕竟不属于医疗紧急情况。如果事实证明此情形并非紧急情况，只要您合理认定自身健康处于严重危险之中，则我们会承保您的护理。

但在医生表示此情形并非紧急情况后，*仅在您通过以下任一方式获得额外护理时*，我们方可承保额外护理：

- 向网络提供者寻求额外护理。

- - 或 - 您获得的额外护理被认定为紧急服务，且您遵守获得此紧急护理的规则（详情请参阅下文第 3.2 条了解更多信息）。

第 3.2 条 需要紧急服务时获得护理

什么是紧急服务？

如果您暂时不在计划的服务范围内，或者考虑此服务的时间、地点和情况，从网络计划合约提供者获得此服务是不合理的，则需要立即就医的非急诊情况的计划承保服务属于紧急服务。紧急服务的例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有状况意外突发。但是，即使您不在计划的服务范围内或计划网络暂时不可用，医疗上必要的常规医疗服务提供者就诊（例如年度检查）也不被认为是迫切需要的。

您应该始终尝试从网络提供者处获取紧急服务。但如果提供者暂时无法获得或无法使用，并且网络可用时，等待网络提供者提供护理不合理性，此时，您从网外提供者处获得的紧急服务将纳入我们的承保范围。

您可以通过访问计划服务区内可用的参与式紧急护理中心，或从紧急护理提供者处访问服务区外的任何参与式紧急护理中心，进而实现这一目标。如需帮助寻找或获得紧急护理，可在正常营业时间内联系客户服务部（联系电话见本手册封底）。如在其他时间段需要援助（寻求以下方面的建议），可致电我们的 24 小时护理人员咨询热线 866-209-4589

（免费）：您需要多久护理一次疾病，需要何种医疗保健，

就诊前需要采取哪些措施进行自我看护，以及如何获得所需护理。

本公司计划不承保急救服务、紧急服务、或美国及其境外的任何其他护理服务。

第 3.3 条 灾难期间获得护理

如果您所在州的州长、U.S. Secretary of Health and Human Services（美国卫生与公众服务部）部长或美国总统宣布，您所属地理区域进入灾难状态或紧急状态，您仍然有权获得计划护理。

请访问以下网站：careoregonadvantage.org，了解灾难期间如何获得所需护理的相关信息。

灾难期间无法使用网络提供者的，计划将允许您按网内费用分摊的方式，获得网外提供者提供的护理。灾难期间无法使用网络药房的，也可以在网外药房配药。详情请参阅第 5 章第 2.5 条了解更多信息。

第 4 节 直接收取全部服务费时如何处理？

第 4.1 条 您可以要求我们直接支付承保服务

业已支付承保服务费用或收悉承保医疗服务账单的，请参阅第 7 章（*受益人向本公司请求赔付其医疗服务或药品账单*）了解具体应对措施的相关信息。CareOregon Advantage Plus 只能报销 Medicare 承保的服务。由于我们与 Oregon Health Plan (Medicaid) 的安排，我们无法报销 Medicaid 承保的服

务。如果您的报销请求获得批准，我们向您支付的款项将仅涵盖 Medicare 允许的金额（我们通常会向提供者支付服务的金额），而不涵盖 Medicaid 涵盖的任何部分，例如 Medicare 共同保险和免赔额。

第 4.2 条 承保服务不在计划内时如何处理？

CareOregon Advantage Plus 承保本文件第 4 章医疗福利图表中列出的所有医疗需要服务。如果接受了计划未覆盖的服务或从网外获得未经授权的服务，则由您负责全部服务费用。第 4 章第 3.1 条列出了 Medicare 未承保的某些 Medicaid 承保服务。您还可以联系客户服务部（联系电话见本手册封底），了解有关 Medicaid 承保服务的更多信息。

如对本公司是否会支付您正在考虑的任何医疗服务或护理费用存有疑问，您有权在获得医疗服务或护理之前，咨询本公司是否承保。您亦有权据此提出书面要求。如果公司表明不会承保您的服务，您有权针对本公司的拒绝承保决定而提出上诉。请参阅第 9 章，了解如何对公司决定提出上诉的更多信息。

对于存在福利限制的承保服务，您也需要在此类承保服务福利利用尽之后，针对您获得的任何服务承担全部费用。如欲了解福利限额使用情况时，您也可以致电客户服务部（联系电话见本手册封底）。

第 5 节 参加临床研究时，如何承保医疗服务？

第 5.1 条 什么是临床研究？

临床研究（也称为 *临床试验*）是指医生和科学家测试新型医疗护理的一种方式，如抗癌新药的疗效。某些临床研究业已获得 Medicare 批准。Medicare 批准的临床研究通常要求志愿者参与研究。

一旦 Medicare 批准该研究且您表达了参与意向，则从事该研究的相关人员将与您取得联系，向您解释有关该研究的更多信息，同时了解您是否符合研究科学家设定的各项要求。如果您符合该研究的要求且您表示充分理解和接受研究所涉内容，则您可以参加该研究。

如果您参加了 Medicare 批准的某项研究，则对于您在研究获得的承保服务，由 Original Medicare 承担大部分费用。如果您告诉本公司正在参加合格的临床试验，则您仅需承担该试验服务的网内费用分摊。如已支付更多费用（例如已支付 Original Medicare 费用分摊金额），我们将退还已付金额与网内费用分摊之间的差额。但需提供证明文件，证实您支付的具体金额。参加临床研究时，可继续加入本公司计划，且可继续通过本计划获得（与研究无关的）其他护理。

如欲参加 Medicare 批准的临床研究，无需告知本公司或获得本公司或您的 PCP 批准。临床研究中为您提供护理的提供者，无需加入本公司计划的提供者网络。请注意：不包括

本计划覆盖的各项福利，其中包括用于评估获益的临床试验或临床注册。包括 **national coverage determinations**（NCD，全国治疗覆盖决定因素指引）和 **investigational device trials**（IDE，试验性器械临床试验）中规定的某些福利，且可能需要事先授权和遵守其他计划规则。

尽管无需获得计划许可即可参与由 **Original Medicare** 为 **Medicare Advantage** 被保险人承保的临床研究，但建议您在选择参加符合 **Medicare** 资格的临床试验时，提前通知本公司。

参加未经 **Medicare** 批准的研究时，*参与该研究的所有费用由您自行承担。*

第 5.2 条 参加临床研究时付费方是谁？

一旦您加入 **Medicare** 批准的临床研究，**Original Medicare** 将承保您的研究常规项目和服务，包括：

- 住院期间的食宿费用；即使您并未参加研究，**Medicare** 仍会承担这项费用
- 手术或其他医疗程序（如属研究程序）
- 新治疗的副作用和并发症的治疗

Medicare 支付此类服务的部分费用，其余部分由本公司计划承担。对于临床研究中获得的承保服务，与所有承保服务一样，您无需支付任何费用。

参与临床研究时，**以下任何费用 Medicare 与本公司计划概不负责：**

- 一般而言，研究正在试验的新项目或服务的费用，**Medicare 概不承担**；但 **Medicare 将会承保**该项目或服务的情况除外（即使您并未参加研究）。
- 仅为收集数据（并非用于您的直接医疗保健）而提供的项目或服务。例如：如果您的病情通常只需进行一次 CT 扫描，则 **Medicare 概不承担**研究中进行的每月 CT 扫描费用。
- 通常由研究赞助者免费为研究中的任何参与者提供物品和服务。

想要获知更多信息？

您可以访问 Medicare 网站阅读或下载出版物 *Medicare and Clinical Research Studies*，进而获取有关参加临床研究的更多信息。（出版物获取链接：

www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您也可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

第 6 节 接受宗教性非医疗保健机构护理时遵循的规则

第 6.1 条 什么是宗教性非医疗保健机构？

宗教性非医疗保健机构是指为医院或专业护理设施接受治疗的疾病提供常规护理的机构。如果在医院或专业护理设施接受治疗违反受益人的宗教信仰，则在宗教性非医疗保健机构接受治疗将纳入本公司承保范围。这项福利仅适用于 A 部分住院服务（非医疗保健服务）。

第 6.2 条 接受宗教性非医疗保健机构护理

如欲获得宗教性非医疗保健机构护理，则您必须签署一份法律文件，表明您确实反对接受**非破例**医疗。

- **非破例**医疗护理或治疗是指 *自愿*且任何联邦、州或地方法律 *不要求*的任何医疗护理或治疗。
- **破例**医疗是指您获得的 *非自愿*或联邦、州或当地法律 *要求*的医疗护理或治疗。

如欲获得计划承保，您获得的宗教性非医疗保健机构护理必须满足以下条件：

- 提供护理的设施必须经过 Medicare 认证。
- 您所收服务的计划承保仅限于 *非宗教*方面的护理。
- 若从该机构获得了设施内提供的服务，则适用于以下条件：

- 按照您的病情，必须能够接受住院护理或专业护理设施护理的承保服务。
- - 且 - 在您被设施收治之前必须事先获得计划批准，否则本公司不承保您的入院护理。

Medicare 住院医院承保限额适用（详情请参阅第 4 章第 2.1 条所示福利图表了解更多信息）。

第 7 节 耐用医疗设备所有权规则

第 7.1 条 按计划支付一定数量款项后，是否会拥有耐用医疗设备？

耐用医疗设备（DME）包括供氧设备和用品、轮椅、助行器、电动床垫系统、拐杖、糖尿病用品、言语生成设备、intravenous（IV，静脉输注）输液泵、雾化器以及由提供者订购的供家庭使用的病床等物品。假肢等某些物品始终归受益人所有。本节中，我们将探讨受益人必须租用的其他类型的 DME。

Original Medicare 中，某些类型 DME 租用者在支付 13 个月的自付额后，即可拥有该设备。无论您在计划受益人期间为该物品支付多少自付费用，即使您在加入计划之前，按 Original Medicare 连续 12 次支付 DME 物品，但 CareOregon Advantage Plus 受益人通常无权获得租用 DME 物品的所有权。某些有限情况下，我们会将 DME 项目的所有权转让给

受益人。请致电客户服务部（联系电话见本手册封底），了解您必须满足的要求以及需要提供的文件。

转为 Original Medicare 时针对耐用医疗设备所付款项如何处理？

如果您在计划中并未获得 DME 物品的所有权，则转为 Original Medicare 后，必须连续支付 13 次后方可拥有该物品。加入计划时所付费用不计入在内。

示例 1：您在 Original Medicare 中连续付款 12 次以下（含），然后加入本计划。您在 Original Medicare 中支付的款项不计入在内。在拥有该物品之前，您必须向本计划支付 13 笔款项。

示例 2：您在 Original Medicare 中连续付款 12 次以下（含），然后加入本计划。您虽已加入计划中，但在计划中并未获得所有权。然后转为 Original Medicare。再次加入 Original Medicare 后，需要连续重新支付 13 次方能拥有该物品。所有既往付款（无论是支付给本计划还是支付给 Original Medicare）均不计算在内。

第 7.2 条 供氧设备、用品和维护规则

受益人有权享有哪些供氧福利？

如有资格获得 Medicare 供氧设备承保，则 CareOregon Advantage Plus 将承保：

- 供氧设备租赁
- 输送氧气和氧含量
- 输送氧气和氧含量的管道和相关氧气配件
- 供氧设备的维修维护

如果退出 CareOregon Advantage Plus 或不再需要供氧设备，则必须归还供氧设备。

退出本次计划并返回 Original Medicare 时，会发生何种情形？

Original Medicare 要求氧气供应商为您提供五年服务。您在前 36 个月内租用设备。剩下的 24 个月，供应商提供设备并进行维护（受益人仍需承担氧气的自付额）。五年后，您可以选择使用同一家供应商或改用另一家供应商。此时，五年周期再次开始，即使您使用同一家供应商，也要求您支付前 36 个月的自付额。如果您加入或退出本计划，则五年周期将重新开始计算。

第 4 章：

医疗福利图表

(承保范围)

第 1 节 了解承保服务

本章提供了医疗福利图表，其中列出了 CareOregon Advantage Plus 受益人获得的承保服务。在本章结尾处，可查阅不承保的医疗服务信息。本章也解释了对某些服务的限制。

第 1.1 条 承保服务无需付费

受益人从 Medicaid 获助；因此，只要其遵循计划的护理规则，则受益人无需为其承保服务支付任何费用。（请参见第 3 章，了解有关获得护理的计划规则的更多信息。）

第 1.2 条 承保医疗服务最多支付多少费用？

注意：因为受益人也获得 Medicaid 受助，因此极少有受益人达到自付费用上限。对于 A 部分和 B 部分承保服务的最高自付金额，您无需承担任何自付费用。

因为您参加了 Medicare Advantage Plan，因此，对于计划承保的医疗服务，每年您的强制自付金额存在限额。该限额被称为医疗服务的 maximum out-of-pocket（MOOP，最高自付金额）。对于 2025 日历年，这一数额为 9350 美元。

受益人所付承保服务的金额计入最高自付金额。受益人所付 D 部分处方药金额不计入其最高自付金额。此外，受益人所付某些服务费不计入最高自付金额。具体服务类目详见医疗福利图表。您的最高自付金额达到 9350 美元的，则本年度剩余时间里，您无需承保服务支付任何自付费用。但您必须

继续支付 Medicare B 部分保费（但 Medicaid 或其他第三方为您支付 B 部分保费的情况除外）。

第 2 节 通过医疗福利图表查找承保服务

第 2.1 条 您作为计划受益人的 医疗保险福利

下页的医疗福利图表列出了 CareOregon Advantage Plus 的承保服务范围。D 部分处方药的承保范围见第 5 章。表中列出的医疗福利图表服务仅当满足以下承保要求时方可纳入承保：

- 必须根据 Medicare 和 Medicaid 制定的承保范围指南，向您提供 Medicare 和 Medicaid 承保范围内的服务。
- 您的服务（包括医疗护理、服务、用品、设备和 B 部分处方药）必须具有医疗需要性。医疗需要是指预防、诊断或治疗您的病症所需要的且符合公认医学实践标准的服务、用品、设备或药品。
- 对于新加入的受益人，您的 MA 协调护理计划必须提供至少 90 天的过渡期，在此期间，新的 MA 计划不得要求现行疗程的事先授权，即使网络外提供者之前已开始了疗程。

- 您从网络提供者处接受护理。多数情况下，我们不会承保您从网外提供者处接受的护理，但急救或紧急护理、或者计划或网络提供者给予您转诊的情形除外。这意味着您必须向此提供者全额支付服务费用。
- 配备一家初级护理提供机构（PCP）为您提供护理并监督您的护理情况。多数情况下，您在获得 PCP 事先批准后，方能前往计划网络中的其他提供者处就诊。这一过程即构成为受益人转介。
- 医疗福利图表中所列某些服务，*仅在您的医生或其他网络提供者事先获得本公司批准（有时称为事先授权）后方可纳入承保。需要事先批准的承保服务在医疗福利图表以**粗体**显示。*
- 如果您的协调护理计划批准了一个疗程的事先授权请求，根据适用的承保标准、您的病史和治疗提供者的建议，该批准必须在医学上合理且在必要的时间内有效，以避免护理中断。

关于本公司的承保范围，需要了解的其他重要信息包括：

- Medicare 和 Medicaid 皆为您提供保障。Medicare 承保医疗保健和处方药。Medicaid 承保您的 Medicare 服务费用分摊。Medicaid *也承保长期护理、非处方药、基于家庭和社区的服务等* Medicare 并不承保的服务。
- 与所有 Medicare 健康计划一样，本公司承保 Original Medicare 承保的所有内容。

（如欲了解关于 Original Medicare 的承保范围和成本的更多信息，请查阅您的 *Medicare & You 2025*。请在线查看：www.medicare.gov 或致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。）

- 对于 Original Medicare 项下免费承保的所有预防性服务，我们也免费为您承保此类服务。但如果您在接受预防服务的访视期间还接受了现有疾病的治疗或监测，则自付额将适用于针对现有疾病接受的护理。
- 如果 Medicare 在 2025 年间将任何新服务纳入承保，则 Medicare 或本计划将承保此类服务。
- 如果您同时满足 Medicare 和 Medicaid 的资格要求，则费用分摊金额将由 Medicaid 承担。请参阅第 4 章第 3.1 条，了解按照 Medicaid 计划您有资格获得的服务。
- 如果认定您在本次计划的两个月内始终具备保险资格，我们将继续提供所有 Medicare Advantage 计划覆盖的 Medicare 福利。但在此期间，我们将不再继续支付您的 Oregon Health Plan（Medicaid）承保中包含的 Medicaid 福利，或者对于在您尚未丧失 Medicaid 资格时通常为您支付的 Medicare 保费或费用分摊，我们概不负责。

只要受益人满足上述承保要求，则其无需为福利图表中列出的服务支付任何费用。

针对有资格获得《额外的帮助》的参与者的**重要福利信息**：

- 获得《额外的帮助》**Medicare** 处方药项目费用的，如保费、免赔额、共付额，您可能有资格获得其他有针对性的附加福利和/或有针对性的费用分摊减免。
- 如需了解更多详情，请参阅下面医疗福利图表中的 VBID 行。

 福利图表中的预防性服务旁边会显示苹果标记。

医疗福利图表

受益人承保服务

获得这些服务时的
强制
费用

腹主动脉瘤筛查

对高危人群进行一次超声波筛查。仅在您存在某些风险因素且您获得医生、助理医生、执业护士或临床护理专家的转诊进行筛查时，本计划将承保该筛查。

有资格参加这项预防性筛查的受益人无需承担共付额、自付额或免赔额。

针灸治疗慢性腰背痛

0 美元

承保服务包括：

如属以下情况，则 Medicare 受益人最多可在 90 天内进行 12 次访视：

出于这项福利目的，腰背痛是指：

- 持续 12 周或更长时间；
- 非特异性，因为此症状尚无可识别的系统性原因（即与转移性、炎症性、感染性疾病等无关）；
- 与手术无关；且
- 与妊娠无关。

可能需要遵守授权规则

针灸治疗慢性腰背痛（续）

针对表现出改善的患者，将追加承保 8 个疗程。每年进行不超过 20 次针灸治疗。

如果患者未改善或出现恶化，则必须停止治疗。

提供者要求：

医生（如 Social Security Act（社会保障法案）（法案）第 1861（r）（1）条中所作定义）可以根据适用的州要求提供针灸。

助理医师（PA）、执业护士（NP）/临床护理专家（CNSs）（如法案第 1861（aa）（5）条所述）以及助理护士符合所有适用的州要求并具备以下条件的，可提供针灸：

- 毕业于经 Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine（ACAOM）认证的学校，获针灸或东方医学硕士学位或博士学位；且，
- 在美国的州、境内或英联邦（即波多黎各）或哥伦比亚特区内，持有

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
现行有效且不受限制的通用针灸执业许可证 提供针灸的助理护士必须依据 42 Code of Federal Regulations（CFR，美国联邦法规）§§ 410.26 和 410.27，在本公司章程要求的医生、PA 或 NP/CNS 的适当监督执业。	
救护车服务	0 美元
仅在提供给疾病可能危及健康的受益人时，或者本计划授权时，方可提供送往最近可提供护理的适当设施所用的承保救护车服务（无论是否属于紧急情况），包括固定翼、旋翼和地面救护车服务。承保救护车服务并非用于紧急情况，则应证实：对于该受益人的情况，其他运输工具可能危及其健康，且使用救护车运输属医疗需要。	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 年度健康访视 如果您已持有 B 部分超过 12 个月，则可以进行年度健康访视，从而根据您的目前的健康和风险因素，制定或更新个性化预防计划。每 12 个月承保一次。 注意：在 Welcome to Medicare 预防性访视后的 12 个月内，不得进行首次年度健康访视。然而，在您持有 B 部分 12 个月后，Welcome to Medicare 访视无需纳入年度健康访视。	年度健康访视无共付额、自付额或免赔额。
 骨量测定 对于符合条件的个体（通常意指存在骨量损失风险或骨质疏松风险的人群），每 24 个月或更短周期内（如有医疗需要）承保以下服务：识别骨量、检测骨质流失或确定骨质的程序，包括医生对结果的解释。	Medicare 承保的骨量测定无共付额、共付额或自负额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 乳腺癌筛查（乳腺 x 射线摄影） 承保服务包括： • 35 至 39 岁女性一次基线乳腺 x 射线摄影筛查 • 40 岁以上（含）女性每 12 个月进行一次筛查性乳腺 x 射线摄影筛查 • 每 24 个月进行一次临床乳腺检查	承保的筛查性乳腺 x 射线摄影无共付额、自付额或免赔额。
心脏康复服务 对于符合一定条件的医生转诊受益人，承保包括运动、教育和咨询在内的心脏康复服务综合项目。本计划亦承保强化心脏康复项目，这类项目通常比心脏康复项目更为严格或强化性更高。	0 美元

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 心血管疾病风险降低访视（心血管疾病治疗） 每年一次初级保健医生访视纳入本公司承保范围，帮助受益人降低心血管疾病风险。访视期间，医生可能会与您讨论 aspirin（阿司匹林）的使用情况（如适用）、检查血压并为您提供一些建议，以确保您饮食健康。	强化行为治疗心血管疾病预防福利无共付额、自付额或免赔额。
 心血管疾病检测 每 5 年（60 个月）进行一次血液检查，主要检测心血管疾病（或与心血管疾病风险升高相关的异常）。	每 5 年一次的心血管疾病检查无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
CareOregon Advantage CareCard 这是基于价值的保险设计 (Value-Based Insurance Design, VBID) 模型福利。 CareOregon Advantage CareCard 允许受益人每年花费 1378 美元（每季 344.50 美元）用于： • 健康食品 • 非处方药物用品 • 公用事业 未使用的资金在每季末到期。有关更多信息，请参阅欢迎指南或联系客服。	使用这项福利无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 宫颈癌和阴道癌筛查 承保服务包括： - 对于所有女性：每 24 个月进行一次巴氏试验和盆腔检查 - 如果您的宫颈癌或阴道癌患病风险较高，或者您处于育龄期且在过去 3 年内巴氏试验异常：则每 12 个月进行一次巴氏试验	Medicare 承保的预防性巴氏检查和盆腔检查无共付额、自付额或免赔额。
脊椎按摩服务 承保服务包括： 我们仅承保手动操作进行脊柱纠正半脱位	0 美元 可能需要遵守授权规则

结直肠癌筛查

以下筛查纳入承保范围：

- 结肠镜检查无最低或最高年龄限制，承保包括：非高风险患者每 120 个月（10 年）检查一次，对于非结直肠癌高风险患者在既往软式乙状结肠镜检查后 48 个月检查一次，对于高风险患者，在既往筛查性结肠镜检查或钡灌肠后每 24 个月检查一次。
- 适用于 45 岁以上（含）患者的软式乙状结肠镜检查。对于非高风险患者，在患者接受筛查性结肠镜检查后，每 120 个月一次。对于高风险患者，从最后一次软式乙状结肠镜检查或钡灌肠起计，每 48 个月一次。
- 45 岁以上（含）患者的筛查性粪便隐血试验。每 12 个月一次。
- 45 岁至 85 岁且不符合高风险标准的患者的多靶点粪便 deoxyribonucleic acid（DNA，脱氧核糖核酸）检测。每 3 年一次。

Medicare 承保的结直肠癌筛查检查无共付额、自付额或免赔额。

如果医生在结肠镜检查或软式乙状结肠镜检查过程中发现并切除息肉，则筛查检查成为诊断检查。更多信息详见**门诊诊断检测和治疗服务及用品**。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
• 45 岁至 85 岁且不符合高风险标准的患者的血液生物标志物检测。每 3 年一次。 • 钡灌肠作为适用于高危患者结肠镜检查的替代方法，宜自末次筛查性钡灌肠或末次筛查性结肠镜检查后 24 个月进行。 • 钡灌肠作为软式乙状结肠镜检查的替代方法，适用于非高风险且年龄为 45 岁以上（含）的患者。在末次筛查性钡灌肠或筛查性软式乙状结肠镜检查后至少 48 个月进行一次。 • 结直肠癌筛查试验包括 Medicare 承保的无创粪便结直肠癌筛查试验返回阳性结果后，进行的筛查性结肠镜检查。	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
牙科服务 一般而言，Original Medicare 不承保预防性牙科服务（如清洁、常规牙科检查、牙科 x 线检查）。然而，目前在有限的情况下，尤其是当受益人的主要病症特定治疗中包含这些服务时，Medicare 会支付牙科服务费用。具体示例包括骨折或损伤后颌骨重建、准备累及颌骨的癌症放射治疗所需的牙齿拔除或肾移植前口腔检查。	Medicare 承保服务： 0 美元
 抑郁症筛查 我们承保每年一次抑郁症筛查。必须在可提供随访治疗和/或转诊的初级保健机构进行筛查。	每年的抑郁症筛查访视无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 糖尿病筛查 如有以下任何风险因素，我们将承保此项筛查（包括空腹血糖检测）：高血压、胆固醇和甘油三酯水平异常史（血脂异常）、肥胖或高血糖史（血糖）。如果受益人符合其他要求，如超重和有糖尿病家族史，则检查亦可纳入承保范围。 根据这些检查结果，您可能有资格每 12 个月接受至多两次糖尿病筛查。	Medicare 承保的糖尿病筛查检查无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 糖尿病自我管理培训、糖尿病服务和用品 对于所有糖尿病患者（胰岛素和非胰岛素使用者）。承保服务包括： - 血糖监测用品：血糖监测仪、血糖试纸、采血器和采血针、以及用于检查试纸和血糖仪准确度的血糖控制溶液。 - 对于患有重度糖尿病足病的糖尿病患者：每日历年一双治疗用定制鞋（包括与此类鞋品一并提供的鞋垫）以及另外两双鞋垫，或一双深型鞋和三对鞋垫（不包括与此类鞋品一并提供的非定制式可拆鞋垫）。承保包括试穿鞋。 - 在一定条件下糖尿病自我管理培训纳入承保范围。	0 美元 可能需要遵守授权规则

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
耐用医疗设备（DME）及相关用品 （请参阅本文件第 12 章以及第 3 章第 7 节了解耐用医疗设备的定义。） 承保的物品包括但不限于：轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、由提供者订购的家用病床、IV 输液泵、语音生成设备、供氧设备、雾化器以及助行器。 我们承保所有具有医疗需要的 DME Original Medicare。如果您所属区域的供应商无特定品牌或生产商，您可以询问期能否为您专门订购。可访问本公司网站 careoregonadvantage.org/providersearch 了解最新供应商一览表。	0 美元 您每月 Medicare 氧气设备承保的分摊费用为 0 美元。 在投保 36 个月后您的费用分摊不作变更。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
急救护理 急救护理是指： 由有资格提供急救服务的供应商提供的以下服务，以及需要评估或稳定紧急医疗状况的服务。 医疗紧急情况是指您自身或具备常规健康和医学知识的谨慎普通人士认为您出现了医学症状，需要立即就医，以免死亡（如属妊娠妇女，则以免胎儿死亡）、肢体丧失或丧失肢体机能。医学症状可能是疾病、损伤、重度疼痛或病情迅速恶化。 网外提供的必要紧急服务的费用分摊与网内提供的此类服务一致。 除非在有限的情况下，否则美国以外及其境外区域不在承保范围内。请洽本计划了解详细信息。	0 美元 受益人在网外医院接受急救护理并在急救状况稳定后需要住院护理的，必须返回网内医院，以便继续承保护理。

健康与保健教育项目

- **The Silver&Fit Healthy Aging and Exercise Program**
（Silver&Fit, Silver&Fit 健康养老与服务项目）：《Silver&Fit》受益人可免费选择：

此类项目无共付额、自付额或免赔额。

- **健身中心受益人：**您可以访问你身边参加该项目的健身中心成员或 Young Men's Christian Association（YMCA，基督教青年会）。
- **家庭健身系列：**您有资格每年从各种健身类别中获得一种家庭健身系列。
- **训练计划：**通过回答一些您意向领域的线上问题，届时您将收到一个定制化锻炼计划，包括如何开始的说明和建议的锻炼视频。
- **数字化训练：**您可以通过网站的数字健身库查看按需视频，包括 Silver&Fit 签名系列课程。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
○ FitnessCoach 虚拟个人健身训练：您每年最多可以参加 8 次有资质的个人健身教练的实时虚拟课程。 ○ 要求加收费用的非标准受益人服务不属于 Silver&Fit 项目，不予赔付。 ○ 可能会存在限制和约束条件。因地点不同，参与设施和健身链亦存在差异且可能会发生变更。装备和奖励可能会发生变化。	
听力服务 由医生、听力学家或其他合格的提供者进行的诊断性听力评估和平衡评估，以确定您是否需要医疗，对此作为门诊治疗进行承保。	0 美元

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 HIV 筛查 对于要求进行 HIV 筛查检测或 HIV 感染风险增加的人士，本公司承保包括： • 每 12 个月进行一次筛查检查 对于妊娠女性，我们承保： • 妊娠期间最多进行 3 次筛查检查	有资格参加这项 Medicare 承保的预防性筛查 HIV 的受益人无需承担共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
家庭医疗机构护理	
接受家庭医疗护理服务之前，医生必须证实您需要家庭医疗护理服务，且订购由家庭医疗护理机构提供的家庭医疗护理服务。您必须处于居家状态，这意味着限制受益人离家。	0 美元
承保的服务包括但不限于：	
• 兼职性或间歇性专业护理和居家护理助手（拟按家庭医疗保健福利承保，您的专业护理和居家护理助手合计必须少于每天 8 小时，每周 35 小时） • 物理治疗、职业治疗和言语治疗 • 医疗服务和社会服务 • 医疗设备和用品	

临终关怀

医生和临终关怀医学总监提供晚期预后，证明如果您的疾病进展正常，您将有 6 个月或更短的寿命，则您有资格获得临终关怀。您可以接受任何 Medicare 认证的临终关怀项目。受益人计划有义务帮您在计划的服务领域内，确定 Medicare 认证的临终关怀计划，包括 Medicare Advantage（MA）组织拥有的、控制的或享有经济利益的临终关怀计划。临终关怀医生可以是网内提供者，也可以是网外提供者。

承保服务包括：

- 症状控制和疼痛缓解药物
- 短期临时看护
- 家庭护理
- 对于临终关怀服务以及 Medicare A 部分或 B 部分承保且与您的终末预后相关的服务：Original Medicare（并非本次计划）将支付您的临终关怀提供者与您的终末预后相关的临终关怀服务。参加临终关怀项目时，临终关怀提供者将针对 Original Medicare 支付

参加经 Medicare 认证的临终关怀项目时，您的临终关怀服务以及与终末预后相关的 A 部分和 B 部分服务的相关费用，由 Original Medicare（并非 CareOregon Advantage Plus）承担。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
的服务开出 Original Medicare 账单。 将向您开具 Original Medicare 费用分摊账单。	

临终关怀（续）

对于 Medicare A 部分或 B 部分承保的且与您的终末预后无关的服务：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保的非急救、非紧急服务且该等服务与您的终末预后无关，则按照您是否在计划网络中使用提供者以及是否遵守计划规则（例如是否需要获得事先授权）来决定服务费用。

- 如果您从网络提供者处获得承保服务并遵循计划规则获得服务，则仅需支付网内服务的计划费用分摊金额。
- 从网外提供者处获得承保服务的，您应根据按服务收费 Medicare（Original Medicare）支付费用分摊。

对于 CareOregon Advantage Plus 承保但 Medicare A 部分或 B 部分并未承保的服务：CareOregon Advantage Plus 将继续承保 A 部分或 B 部分未承保的计划承保服务，无论此类服务是否涉及成员的终末预后。您针对此类服务支付计划费用分摊金额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
<u>针对计划的 D 部分福利可能承保的药品</u>：若此类药品与您的临终关怀状况无关，您需要支付费用分摊。若与您的临终关怀状况相关，则您需要支付 Original Medicare 费用分摊。临终关怀与本公司计划未曾同时承保药品。请参阅第 5 章第 9.4 条（<i>身处 Medicare 认证的临终关怀机构时如何处理</i>）。 注意：如您需要非临终关怀（与您的终末预后无关的护理），您应该联系本公司安排此类服务。 本公司计划承保了未选择临终关怀福利的晚期患者的临终关怀咨询服务（仅一次）。	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 免疫接种 承保的 Medicare B 部分服务包括： - 肺炎疫苗 - 流感疫苗（或疫苗），每个秋冬流感季节注射一次；如有医疗需要，可额外注射流感疫苗 - 乙型肝炎疫苗，前提是受益人存在感染乙型肝炎的中高等风险 - COVID-19 疫苗 - 其他疫苗，前提是受益人存在风险且符合 Medicare B 部分的承保规则 我们也承保 D 部分处方药福利项下的某些疫苗。请参阅第 6 章第 7 节以了解更多信息。	肺炎、流感、乙型肝炎及 COVID-19 疫苗无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
居家支持服务 每年协同 Papa Pals 提供最多六十（60）小时的家庭访视。这一福利支持受益人进行工具性日常生活活动，如交通、杂货店购物、配制食物、家务操作及药品管理。支持人员还可以满足技术支持需求，帮助获得受益人福利（如激活 CareCards 等），并支持社会需求。Pals 不协助提供医疗级别的照护。 每周 7 天，当地时间上午 8 点至晚上 7 点都可提供服务，感恩节、圣诞节和元旦除外。如需安排时间，请致电 1-855-485-8832（TTY：711）当地时间上午 8 点至晚上 8 点。	这项服务无共付额、自付额或免赔额。

住院医疗护理

包括紧急住院、住院康复、长期护理医院及其他类型的住院医疗服务。住院医疗护理自您遵医嘱正式被收治当日起计。出院前一日为受益人的最后住院日。

涵盖的服务包括但不限于：

- 半私家病房（或私家病房（如有医疗需要））
- 膳食（包括特殊饮食）
- 定期护理服务
- 特殊监护病房（如重症监护或冠心病监护病房）费用
- 药品和药物
- 实验室检查
- X 射线和其他放射学服务
- 必要的手术用品和医疗用品
- 使用器具（如轮椅）
- 手术室和恢复室费用
- 物理治疗、职业治疗和言语治疗
- 住院药物滥用服务

0 美元

如果受益人紧急情况稳定后，于网外医院获得授权的住院护理，受益人所付费用为您于网络医院支付的费用分摊。

住院医疗护理（续）

- 特定条件下，以下类型的移植纳入承保范围：角膜、肾脏、肾-胰腺、心脏、肝脏、肺、心/肺、骨髓、干细胞和肠/腹部多脏器。受益人如需移植，我们将安排由 **Medicare** 批准的移植中心审查病例，移植中心将决定您是否属于移植候选者。移植提供者可以来自当地，也可以来自服务区域以外。如果社区护理模式不包含我们的网内移植服务，只要当地移植提供者愿意接受 **Original Medicare** 费率，则您可以选择在当地移植。如果 **CareOregon Advantage Plus** 提供移植服务并未纳入受益人所属社区的移植护理模式，且您选择接受异地移植，我们将为您和您的陪护人员安排或支付适当住宿和交通费用。
- 血液-包括储存和给药。自成员需要的第一品脱血液开始，全血和浓集红细胞纳入承保范围。
- 医师服务

如果受益人紧急情况稳定后，于网外医院获得授权的住院护理，受益人所付费用为您于网络医院支付的费用分摊。

注意：住院患者于住院前，须由提供者签发书面医嘱，正式收治您为医院的住

受益人承保服务

获得这些服务时的强制费用

院患者。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。若不确定您是住院患者还是门诊患者，您应询问医院工作人员。

您也可以查找 Medicare 情况说明书

（题为《*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?*》）了解更多信息？如已投保 Medicare - 请咨询！请访问网站 <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> 或致

电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）

查阅或使用此情况说明书。TTY 用户请致电 1- 877-486-2048。您也可以免费致电（每周 7 天、每天 24 小时）。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
精神专科医院的住院服务	除紧急情况外，可能需要遵守授权规则
承保的服务包括需要住院的精神卫生保健服务，对于精神专科医院的住院心理健康保健，受益人一生中可获得至多 190 天的承保覆盖。住院医疗护理限额适用于综合医院提供的住院精神服务。	
注意： 给付期自受益人被收治为住院患者当日起计，至患者连续 60 天未接受任何住院护理（或 Skilled Nursing Facility （SNF，专业护理设施）提供的专业护理）时截止。如果您在某个给付期结束后入院或入住 SNF ，则按新的给付期计算。您必须针对各个给付期支付住院医疗护理免赔额。受益期数无限制。	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
住院时长：非承保住院期间在医院或 SNF 接受的承保服务 如您已用尽住院福利或住院时长不合理且不必要的，您的住院时间将不纳入本公司承保范围。 但在某些情况下，我们将承保您在医院或专业护理机构（SNF）接受的某些服务。承保服务包括但不限于： • 医师服务 • 诊断检查（如实验室检查） • X 射线、镭和同位素治疗（包括技术人员材料和 服务） • 手术敷料 • 减少骨折和脱位的夹板、石膏及其他器械	对于各项服务，请参阅本福利图表的相关章节了解福利、规则 and 限制。 请参阅医生/执业医师服务、PCP 或专家诊室访视 请参阅门诊诊断检测和治疗服务及用品。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
住院时长：非承保住院期间在医院或 SNF 接受的承保服务（续） • 替代全部或部分体内器官（包括邻近组织）、或替代永久性机能不全或机能障碍的体内器官全部或部分功能的修复体和矫形器械（不包括牙科器械），包括此类器械的替换或修复 • 腿部、手臂、背部和颈部支架；桁架；以及人工腿、臂、眼睛，包括因患者身体情况发生的破损、磨损、丧失或变化而需要进行的调整、维修和更换 • 物理治疗、言语治疗、及职业治疗	请参阅假体器械和相关用品 请参阅门诊康复服务

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 医学营养治疗 这项福利适用于糖尿病、肾脏疾病（但未接受透析）患者或由医生转诊的肾移植后患者。 第一年，我们将为您提供 3 小时的一对一咨询服务，您可根据 Medicare 接受医学营养治疗服务（包括本计划、任何其他 Medicare Advantage 计划，或 Original Medicare）；此后每年服务时长为 2 小时。病情、治疗或诊断发生变化的，您可在医生转诊后接受更长时间的治疗。如需在下一日历年内接受治疗的，医生必须开具这些服务处方并每年更新转诊。	对于符合 Medicare 承保的医疗营养治疗服务资格的受益人，无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 Medicare Diabetes Prevention Program（MDPP，Medicare 糖尿病预防项目） 根据所有 Medicare 健康计划，将为合格 Medicare 受益人纳入 MDPP 服务。 MDPP 是一种结构化健康行为改变干预措施，提供长期饮食改变、增加体力活动和解决问题策略的实践培训，进而克服维持减重和健康生活方式的难题	MDPP 福利无共付额、自付额或免赔额。

Medicare B 部分处方药

Original Medicare 的 B 部分承保此类药品。计划受益人通过本公司计划获得此类药品的承保。承保药品包括：

- 通常并非由患者自行给药的药物，以及在接受医生、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输注的药物
- 通过耐用医疗设备（如医疗需要的胰岛素泵）提供的 insulin（胰岛素）
- 受益人通过计划授权的耐用医疗设备（如雾化器）使用的其他药品
- 阿兹海默症药物 Leqembi（学名 lecanemab），以静脉注射给药。除了药物费用外，您可能需要在治疗前和/或治疗期间进行额外的扫描和测试，这可能会增加您的总体费用。与您的医生讨论治疗过程中您可能需要进行哪些扫描和测试
- 血友病患者自行注射的 clotting factor（凝血因子）
- 移植/免疫抑制药物：如果 Medicare 支付了您的器官移植费用，医疗保险则承保移植药物治疗。您必须在接受

0 美元

可能需要遵守授权规则

受益人接受医生、医院门诊中心或门诊手术护理中心的护理时，某些注射或输注药物将遵循阶梯治疗规则。

移植时必须要有 A 部分，并且在接受免疫抑制药物时必须要有 B 部分。请记住，如果 B 部分不涵盖免疫抑制药物，则 Medicare 药物承保范围（D 部分）涵盖免疫抑制药物

- 可注射的骨质疏松药物，前提是受益人居家、存在医生证明与绝经后骨质疏松有关的骨折且不能自行给药
- 一些抗原：Medicare 承保抗原，前提是医生准备好了抗原，并且经过适当指示的人（可能是您，患者）在适当的监督下提供抗原
- 某些口服抗癌药物：Medicare 承保一些口服的口腔癌药物，如果同样的药物以注射形式提供的话或者该药物是可注射药物的前物（药物的口服形式，摄入后分解为与注射药物中发现的相同活性成分）。随着新的口腔癌药物上市，B 部分可能会承保它们。如果 B 部分不承保它们，D 部分则承保

Medicare B 部分处方药（续）

第 4 章 医疗福利图表（承保范围）

- 口服抗恶心药物：Medicare 承保您在抗癌化疗方案中使用的口服抗恶心药物，前提是这些药物在化疗前、化疗时或化疗后 48 小时内服用，或用作静脉注射抗恶心药物的完全治疗替代品
- 某些口服终末期肾病（ESRD）药物，前提是同一药物有注射剂形式可用，且 B 部分 ESRD 福利承保该药物
- ESRD 支付系统下的拟钙药物，包括静脉注射药物 Parsabiv®和口服药物 Sensipar®

某些用于居家透析的药物，包括肝素、肝素的解毒剂（如有医疗需求）和局部麻醉剂

- 红细胞生成素：如果您患有终末期肾病（ESRD）或需要该药物治疗与某些其他疾病相关的贫血或者您需要该药物来治疗与某些其他病症相关的贫血（例如 Epogen、Procrit、Retacrit、Epoetin Alfa、Aranesp、Darbepoetin Alfa、Mircera 或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta），Medicare 承保注射红血球生成素

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
• 静脉注射免疫球蛋白用于家庭治疗原发性免疫缺陷疾病 • 肠外和肠内营养（静脉和管饲） 请访问 careoregonadvantage.org/druglist，获取可能接受阶梯治疗的 B 部分药物列表。 我们还承保了 B 部分的部分疫苗，以及 D 部分处方药福利下的大多数成人疫苗。 第 5 章说明 D 部分处方药福利，包括您必须遵守的规则才能承保的处方药。 第 6 章说明您通过我们的计划为 D 部分处方药支付的费用。	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 肥胖筛查和促进持续减重的治疗 如果体重指数为 30 以上（含），我们将提供密集咨询助您减重。如果您的初级保健机构提供这项服务，届时这项服务可与您的综合干预计划相协调。。请与您的初级保健医生或执业医师探讨，进而了解更多信息。	预防性肥胖筛查和治疗无共付额、自付额或免赔额。

阿片类药物治疗项目服务

0 美元

患有阿片类药物使用障碍 opioid use disorder

（OUD，阿片类药物使用障碍）的本公司计划受益人，可以接受承保通过 Opioid Treatment Program（OTP，阿片类药物治疗项目）治疗 OUD 的服务，其中包括以下服务：

可能需要遵守授权规则

U.S. Food and Drug Administration

（FDA，美国食品药品监督管理局）批准的 opioid agonist（阿片类激动剂）和 antagonist medication（拮抗剂）药物辅助治疗 medication-assisted treatment（MAT，药物辅助治疗）药物

- 分发和给予 MAT 药物（如适用）
- 药物使用障碍咨询
- 个体治疗和团体治疗
- 毒理学试验
- 接诊活动
- 定期评估

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
门诊诊断检测和治疗服务及用品。	0 美元
承保的服务包括但不限于：	可能需要遵守授权规则
• X 射线 • 放射（镭和同位素）治疗，包括技术人员材料和用品 • 手术用品，如敷料 • 减少骨折和脱位的夹板、石膏及其他器械 • 实验室检查 • 血液-包括储存和给药。自成员需要的第一品脱血液开始，全血和浓集红细胞纳入承保范围。 • 其他门诊诊断检查	

门诊部观察

0 美元

观察服务是指提供医院门诊服务，以确定您是否需要被收治或是否可以出院。

拟承保的门诊医院观察服务必须符合 Medicare 标准，认定其具有合理性和必要性。仅当医生或国家许可法和医院工作人员章程授权的其他个人允许患者收治或要求进行门诊检查时，方可提供观察服务。

注意：除非提供者业已签发书面医嘱，允许您被医院收治为患者，否则您即属于门诊患者，须支付门诊部服务的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。若不确定您是否为门诊患者，您应询问医院工作人员。

您也可以查找 Medicare 情况说明书

（题为《*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?*》）了解更多信息？*如已投保 Medicare - 请咨询！*请访问网站

<https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> 或致

电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）

查阅或使用此情况说明书。TTY 用户请

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
致电 1-877-486-2048。您也可以免费致电（每周 7 天、每天 24 小时）。	

医院门诊服务

您在医院门诊部因诊断或治疗疾病或损伤而获得的医疗需要服务，纳入本公司承保范围。

对于各项服务，请参阅福利图表的相关章节了解福利、规则 and 限制。

承保的服务包括但不限于：

- 急诊室服务
- 观察服务或门诊手术等门诊室内发生的服务
- 医院开单收费的实验室和诊断检查
- 部分住院项目中的护理等心理健康保健；如果医生证明需要住院治疗，则不需要此服务

可能需要遵守授权规则

请参阅**急救护理**

门诊室：请参阅**医生/执业医师服务**

请参阅**门诊诊断检测和治疗服务及用品**。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
	心理健康保健： 请参阅门诊心理健康保健

医院门诊服务（续）

- 医院开单收费的 X 射线和其他放射学服务
- 夹板和石膏等医疗用品
- 受益人本身无法自给的某些药品和生物制剂

注意：除非提供者业已签发书面医嘱，允许您被医院收治为患者，否则您即属于门诊患者，须支付门诊部服务的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。若不确定您是否为门诊患者，您应询问医院工作人员。

您也可以查找 Medicare 情况说明书

（题为《*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?*》）了解更多信息？*如已投保 Medicare - 请咨询！*请访问网站

<https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> 或致

电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）

查阅或使用此情况说明书。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。您也可以免费致电（每周 7 天、每天 24 小时）。

部分住院：请参阅**部分住院服务**

请参阅**门诊诊断检测和治疗服务及用品**。

请参阅 **Medicare B 部分处方药**

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
门诊心理健康保健 承保服务包括： 根据适用的州法律，由州许可的精神病学家或医生、临床心理学家、临床社会工作者、临床护理专家、持牌专业咨询师（LPC）、持牌婚姻和家庭治疗师（LMFT）、执业护士（NP）、助理医师（PA）或其他具有 Medicare 资质的心理健康保健专业人员提供的心理健康服务。	网内： 0 美元 网外： 0 美元 计划支付的网外服务金额存在限制。请参阅本福利图表中的服务点章节查阅更多信息。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
门诊康复服务	
承保服务包括：物理治疗、执业治疗、言语治疗。	0 美元
各类门诊环境中均提供门诊康复服务，如医院门诊部、独立治疗师办公室以及 Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities（CORF）。	可能需要遵守授权规则
门诊药物滥用服务	
您在门诊环境中治疗化学药品依赖的服务和用品（个体治疗或团体治疗）。	0 美元

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
门诊手术，包括在医院门诊设施和门诊手术中心提供的服务	0 美元
注意： 如在医院设施接受手术，则应向提供者确认您属于住院患者还是门诊患者。除非提供者业签发书面医嘱，允许您被医院收治，否则您即属于门诊患者，须支付门诊手术的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。	可能需要遵守授权规则

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
部分住院服务和强化门诊服务 部分住院是作为医院门诊服务或由社区心理健康中心提供的积极精神病治疗的结构化项目；相较于受益人于医生或治疗师办公室接受的护理，这项服务的强度更高，是住院的替代方案。 强化门诊服务是在医院门诊部、社区心理健康中心、具有联邦资质的健康中心或农村卫生所提供的积极行为（精神）健康治疗的结构化项目，这项服务的强度高于医生或治疗师办公室所接受的护理，但强度低于部分住院的强度。	0 美元 可能需要遵守授权规则
Personal Emergency Response System（PERS，个人应急响应系统） 可穿戴医疗警报系统设备，在大多数接受手机服务的地点提供全天候（24/7）监测功能。受益人可以利用这项服务，无需自有手机服务。	这项福利无共付额、自付额或免赔额。

医生诊室访视等医生/执业医师服务

承保服务包括：

- 在医生诊室、经认证的门诊手术中心、医院门诊部或任何其他地点提供的医疗需要的医疗护理或手术服务
- 专家会诊、诊断和治疗
- PCP 或专家进行的基本听力和平衡检查（如有医生要求），以确定您是否需要医学治疗
- 特定远程医疗服务，包括：初级护理医生和专家服务。
 - 您可以选择通过面对面访视或远程医疗获得此类服务。如果您选择通过远程医疗获得其中一项服务，您必须使用通过远程医疗提供服务的网络提供者实现。
- 由医生或执业医师为某些农村地区或 Medicare 批准的其他地区的患者提供的咨询、诊断和治疗等特定远程医疗服务
- 在医院肾透析中心或危重病医院肾透析中心、肾透析设施或受益人家中，

网内：

Medicare 承保的初级保健医生每次访视费用为 0 美元。

Medicare 承保的专家每次访视费用为 0 美元。

网外：

Medicare 承保的初级保健医生每次访视费用为 0 美元。

Medicare 承保的专家每次访视费用为 0 美元。

这项福利无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
为居家透析受益人进行每月终末期肾病相关访视的程医疗服务 • 诊断、评估或治疗卒中症状（不考虑成员所处位置）的远程医疗服务 • 为用药障碍或同时发生心理健康障碍的受益人（不考虑成员所处位置）提供的远程医疗服务	计划支付的网外服务金额存在限制。请参阅本福利图表中的服务点章节查阅更多信息。
医生诊室访视等医生/执业医师服务（续） • 诊断、评估和治疗心理健康障碍的远程医疗服务，但前提是： ○ 受益人在首次远程医疗访视前 6 个月内接受过一次面对面访视 ○ 在接受这些远程医疗服务时，受益人每 12 个月进行一次面对面访视	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
○ 上述内容可按特殊情况予以特殊处理 • 由农村卫生所和具有联邦资质的心理健康中心提供的精神健康访视远程医疗服务 • 如属以下情况，与您的医生进行 5-10 分钟的虚拟登记（如通过电话或视频聊天）： ○ 您并非新患者且 ○ 登记与过去 7 天内的诊室访视无关，且 ○ 即使登记，亦不会在 24 小时内进行诊室访视或实现最快预约 • 如属以下情况，则会评估成员发送给医生的视频和/或图像，并由医生在 24 小时内进行解读并跟进： ○ 您并非新患者且 ○ 即使评估，亦不会在 24 小时内进行诊室访视或实现最快预约	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
- 通过电话、互联网或电子健康记录咨询您的医生与其他医生 - 手术前由另一网络提供者提供第二诊疗意见 - 非常规牙科护理（承保的服务仅限于颌骨或相关结构的手术、颌骨或面骨骨折的接续治疗、牙齿拔除以准备对肿瘤性癌症进行放射治疗，或医生提供时将承保的服务）	
足部医疗服务 承保服务包括：	0 美元
- 足部损伤和疾病（如锤状趾或足跟骨刺）的诊断以及药物或手术治疗 - 对患有影响下肢的某些疾病的受益人进行常规足部护理 - 附加无限制常规足科访视	

服务点

CareOregon Advantage Plus（HMO-POS D-SNP）拥有一个服务点（POS）选项，受益人据此可从网外提供者处获得护理开展以下服务：

- PCP 诊室访视
- 专家诊室访视
- 心理健康专科服务个体疗程
- 心理健康专科服务团体疗程

按照我们针对诊室访视向网外提供者支付的金额，明确适用于每年最高金额的数额。

一旦达到 1000 美元的福利上限，我们将不会支付网外专家或初级保健提供者提供的服务，费用将由您自行负责。

Medicare 承保服务的费用分摊是 Medicaid 承保的服务。供应商不得就承保服务向 Medicaid 合资格受益人开具账单。如在使用服务点福利时收到服务

有关费用分摊的信息，请参阅**医生/执业医师服务，包括医生诊室访视**了解更多信息。

请参阅**门诊心理健康保健**了解费用分摊信息。

网外服务的每年限额为 1000 美元。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
账单，请联系 CareOregon Advantage 客户服务部。请查阅本手册的封底的联系电话。	
 前列腺癌筛查检查 对于 50 岁以上（含）男性，承保服务包括以下内容 - 每 12 个月进行一次： • 直肠指检 • 前列腺特异性抗原（PSA）检查	每年 PSA 检查无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
假体器械及相关用品 替代全部或部分身体器官或机能的器械（牙科除外）。这些包括但不限于使用假肢和矫正装置的测试、安装或培训；以及：与结肠造口护理直接相关的结肠造口袋和用品、起搏器、支架、假肢鞋、假肢及义乳（包括全乳切除术后专用外科文胸）。包括与假体器械相关的特定用品以及假体器械的修复和/或置换。还包括白内障摘除或白内障手术后的特定承保范围 - 有关更多详细信息，请参阅本节后附的视力保健。	0 美元 可能需要遵守授权规则
肺康复服务 中度至极重度慢性阻塞性肺疾病（COPD）受益人的肺康复综合项目纳入承保范围，并由治疗慢性呼吸系统疾病的医生转诊进行肺部康复治疗纳入承保范围。	0 美元

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
常规体检 本计划承保范围包括：除年度健康访视或《Welcome to Medicare》体检外的单独年度常规体检。年度常规体检属于一项全面的预防性医学评估和管理，可能包括以下内容： ● 既往病史、社会病史和家族病史 ● 全面体检和身体系统检查 ● 药物审查 ● 免疫接种 ● 咨询干预/先期辅导干预/风险因素降低干预 ● 审查适合年龄/性别的筛查测试 注意：订购的任何实验室或诊断程序均不纳入本项福利范围，宜由受益人单独支付计划费用分摊金额。	常规体检无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 降低酒精滥用的筛查和咨询 对于投保 Medicare 且滥用酒精但无酒精依赖的成人（包括妊娠女性），我们承保一项酒精滥用筛查。 如果成员酒精滥用筛查呈阳性，则您每年最多可以获得由合格的初级保健医生或初级保健机构的执业医师提供的 4 次简短的面对面咨询（如在咨询期间具备能力且保持警觉状态）。	Medicare 承保的降低酒精滥用的筛查和咨询无共付额、自付额或免赔额。

 通过低剂量计算机断层扫描 low dose computed tomography (LDCT, 低剂量计算机断层扫描)

筛查肺癌

对于符合条件的个体，每 12 个月进行一次 LDCT。

合格受益人是指：年龄介于 50 岁至 77 岁，无肺癌体征或症状但有吸烟史（每年至少吸烟 20 包）的人士，目前吸烟或在过去 15 年内戒烟的人士，在肺癌筛查咨询和共同决定访视期间收到 LDCT 的书面医嘱（符合此类访视的 Medicare 标准且应由医生或合格的非医生执业医师提供）的人士。

*对于初步 LDCT 筛查后的 LDCT 肺癌筛查：*受益人必须收到 LDCT 肺癌筛查书面医嘱，在与医生或合格的非医生执业医师进行适当访视期间提供该医嘱。如果医生或合格的非执业医师选择提供肺癌筛查咨询和共同决定访视，以便后续进行 LDCT 肺癌筛查，则该访视必须符合 Medicare 针对此类访视设定的标准。

对于 Medicare 承保的咨询和共同决定访视或 LDCT，无共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 性传播感染 sexually transmitted infection（STI, 性传播感染）筛查和预防 STI 咨询 衣原体、淋病、梅毒及乙型肝炎的性传播感染（STI）筛查纳入本公司承保范围。当由初级护理提供者安排检测时，适用于妊娠女性和特定 STI 风险增加人群的此类筛查纳入承保范围。此类检测每 12 个月或在妊娠期间特定时间点纳入本公司承保范围。 对于 STI 风险增加的性活跃成年人，本公司的承保范围亦包含每年两人 20 至 30 分钟面对面高强度行为咨询疗程。如由初级护理提供者提供咨询疗程，且在初级保健机构（如医生诊室）进行咨询疗程，则此类咨询疗程纳入本公司承保范围作为预防服务。	Medicare 承保的 STI 筛查和 STI 预防福利咨询不存在共付额、自付额或免赔额。

肾脏疾病治疗服务

承保服务包括：

0 美元

- 肾脏疾病教育服务旨在教授肾脏护理知识，帮助受益人对其护理做出明智决定。对于由医生转诊的 IV 期慢性肾脏疾病受益人，本公司承保终身至多六个疗程的肾脏疾病教育服务。
- 门诊透析治疗（包括暂时位于服务区域之外的透析治疗（如第 3 章所述）或暂时无法获得或无法使用受益人服务提供者时）
- 住院透析治疗（如受益人作为患者被收治入院接受特殊护理）
- 自我透析培训（包括为受益人和帮助受益人进行居家透析治疗的任何人士提供的培训）
- 居家透析设备和用品
- 特定居家支持服务（如（必要时）由训练有素的透析工作人员访视，以检查受益人居家透析情况，在紧急情况下提供帮助，并检查受益人的透析设备和供水情况）

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
某些透析药物纳入受益人的 Medicare B 部分药品福利承保范围。有关 B 部分药品的承保信息，请参阅 Medicare B 部分处方药 相关章节。	

专业护理设施（SNF）护理

0 美元

（关于专业护理设施护理的定义，请参阅本文件第 12 章。专业护理设施有时被称为 SNF。）

计划承保的每个给付期最多 100 天。

承保服务包括但不限于：

- 半私家病房（或私家病房（如有医疗需要））
- 膳食（包括特殊饮食）
- 专业护理服务
- 物理治疗、职业治疗和言语治疗
- 纳入您护理计划而向您给予的药物（包括凝血因子等体内自然存在的物质。）
- 血液-包括储存和给药。自成员需要的第一品脱血液开始，全血和浓集红细胞纳入承保范围。
- 通常由 SNF 提供的医疗用品和手术用品
- 通常由 SNF 提供的实验室检查
- 通常由 SNF 提供的 X 射线和其他放射学服务
- 使用通常由 SNF 提供的轮椅等器具
- 医生/执业医师服务

连续 60 天未在 SNF 中的，给付期终止。

无需提前住院。

您无需缴纳专业服务的额外费用。

可能需要遵守授权规则

受益人承保服务

获得这些服务时的强制费用

通常由网络设施提供您的 SNF 护理。但在下列特定条件下，如果您所处设施接受计划付款金额，则您可以从非网络提供者的设施处获得护理。

- 在您去医院之前居住的疗养院或继续护理退休社区（但前提是其提供专业护理设施护理）
- 在您离开医院时您的配偶或同居伴侣居住的 SNF

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
 吸烟与戒烟（戒烟或戒烟咨询） <u>如果您使用烟草，但不存在烟草相关疾病的体征或症状：</u>我们承保 12 个月内两次戒烟尝试的咨询服务，作为预防服务，您无需支付任何费用。每次咨询尝试包括至多 4 次面对面访视。 <u>如果您使用烟草并被诊断为患有烟草相关疾病或正在使用可能受到烟草影响的药物：</u>我们承保戒烟咨询服务。我们承保 12 个月内两次戒烟尝试的咨询服务；但是，由您支付适当的费用分摊。每次咨询尝试包括至多 4 次面对面访视。	对于 Medicare 承保的吸烟和戒烟预防福利，不存在共付额、自付额或免赔额。

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
高血压特殊附加福利 被诊断为高血压的人士每隔 24 个月即从批准型号中免费购置一台血压监测设备。请访问 careoregon.nationsbenefits.com/login 或致电 877-278-9003。	针对有资格获得这项福利的受益人，不存在共付额、共付额或免赔额。

监督运动疗法 Supervised Exercise

Therapy (SET,

0 美元

监督运动疗法)

SET 适用于患有症状性外周动脉疾病

peripheral artery disease (PAD, 症状性
外周动脉疾病)

并由 PAD 主治医生转诊的受益人。

如果满足 SET 项目要求，则在 12 周内
至多承保 36 个疗程。

SET 项目必须：

- 由持续 30 分钟至 60 分钟的疗程组成，包括跛行患者 PAD 的治疗性运动训练方案
- 在医院门诊或医生诊室进行
- 由合格的助理护士提供，确保受益超过危害，并接受过 PAD 运动治疗培训
- 由医生、助理医生或执业护士/临床护理专家直接监督，且此类人员必须接受过基本和高级生命支持技术培训

如果医疗保健提供者认为有医疗需要，
则可在 12 周内承保 36 个 SET 治疗疗程

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
以上，并在延长期内额外进行 36 次治疗。	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
紧急服务	0 美元
如果您暂时不在计划的服务区域内，或者即使您在计划的服务区域内，但考虑此服务的时间、地点和情况，从网络计划合约提供者获得此服务是不合理的，则需要立即就医的非紧急情况的计划承保服务属于紧急服务。您的计划必须承保紧急的服务，并且仅向您收取网络内费用分摊费用。紧急服务的例子包括不可预见的医疗疾病和伤害，或现有状况的意外突发。但是，即使您不在计划的服务范围内或计划网络暂时不可用，医疗上必要的常规医疗服务提供者就诊（例如年度检查）也不被认为是迫切需要的。 本公司计划不承保急救服务、紧急服务、或美国及其境外的任何其他护理服务。	

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
虚拟访视 Teladoc 是用于紧急护理的虚拟护理提供者。可通过电话、视频聊天或通过应用程序全天候（24/7）联系医生。通过电话、应用程序或访问 Teladoc.com 创建帐户。您也可以致电 800-835-2362 获得 Teladoc 全天候（24/7）受益人支持。TTY 711。	每次虚拟访视为 0 美元。

视力保健

承保服务包括：

- 眼部疾病和损伤诊断和治疗的门诊医生服务，包括治疗与年龄相关性黄斑变性。眼镜/隐形眼镜的常规眼科检查（眼屈光度）不纳入 Original Medicare 投保范围
- 对于青光眼高危人群，本公司承保纳入每年一次青光眼筛查。青光眼高危人群包括：有青光眼家族史的人群、糖尿病患者、50 岁以上（含）非裔美国人和 65 岁以上（含）的西班牙裔美国人
- 对于糖尿病患者，本公司承保纳入每年一次糖尿病视网膜病变筛查
- 每次白内障手术后一副眼镜或隐形眼镜，包括植入人工晶状体（如经历两次单独的白内障手术，则不能保留第一次手术后的福利，并在第二次手术后购买两副眼镜眼镜。）

标准：

0 美元

补充：

- 补充性常规眼科检查共付 0 美元。
- 175 美元镜框补贴；或
- 100 美元隐形眼镜补贴

补充性视力保健：

- 每 12 个月进行一次常规眼科检查

受益人承保服务	获得这些服务时的强制费用
● 选用眼镜镜片和框架眼镜或隐形眼镜 ○ 镜片包括单焦、双焦或三焦 ○ 免费升级针对任何类别的渐进或高折射率镜片	
 《Welcome to Medicare》预防性访视 这项计划承保一次 《Welcome to Medicare》 预防性访视。该访视包括成员健康状况检查，对成员需要的预防性服务进行教育和咨询（包括某些筛查和拍片），并在需要时转诊接受其他护理。 ● 重要提示：我们仅在您持有 Medicare B 部分的前 12 个月内承保 《Welcome to Medicare》 预防性访视。预约时，请告知医生，您希望安排 《Welcome to Medicare》 预防性访视。	对于 《Welcome to Medicare》 预防性访视，不存在共付额、自付额或免赔额。

第 3 节

CareOregon Advantage Plus 之外还承保哪些服务？

第 3.1 条

CareOregon Advantage Plus 不投保的服务

虽然 CareOregon Advantage Plus 不承保以下服务，但可通过 Oregon Health Plan（Medicaid）获得：

针灸	0 美元 除了 Medicare 的针灸福利外，还承保腰痛诊断。 Medicaid 福利提供针灸治疗其他医学或行为诊断，例如头痛、物质使用障碍、烟草依赖、骨关节炎、怀孕以及背部和脊柱疾病，包括脊柱侧弯。 需要授权 - 每年就诊的次数限制取决于诊断。
牙科福利	0 美元 提供的服务包括： • 检查和 x 光检查（包括口腔癌筛检）

	● 洗牙、涂氟化物、补牙和拔牙 ● 牙龈疾病深度洗牙 ● 紧急牙科服务 ● 如果您的牙医建议，每 10 年更换一次全口假牙，每 5 年更换一次局部假牙（需要授权） ● 假牙调整，更换缺牙或破损的假牙 如需了解更多信息，我们鼓励受益人直接联系 CCO 会员 ID 卡背面列出的牙科计划或直接联系协调护理组织。
家庭计划、节育、绝育和生育	0 美元 这些服务可帮助您计划生育（或决定不生育），包括孩子的数量和时间。没有限制。比如节育和年度检查。
性别肯定护理	0 美元 这类护理帮助那些需要与性别转变或焦虑（不安感或错误感）相关的治疗的人。例

	如青春期抑制、初级保健和专科医生就诊、心理保健就诊、激素治疗、实验室工作和一些手术。承保范围基于 OHP 指南，必须满足某些要求才能获得服务。
助听器和电池	0 美元 符合标准年满 21 岁的受益人每五年限配一个助听器（如果符合某些标准，可授权两个）。 符合标准未满 21 岁的受益人每三年可配两个助听器，或依医疗需求配用。 配戴助听器的受益人每年最多可获得 60 个助听器电池。
失禁用品	0 美元 失禁用品（成人尿布、一次性内裤、床上用品、手套）由耐用医疗设备供应商提供。

送餐计划（仅适用于出院后） 在您从医院、复健中心或专业护理机构住院出院后，您有资格获得最多 28 天的送餐到家服务（最多 56 餐，或每天两餐）。需要转介。	0 美元 仅适用于 Medicaid 由 CareOregon 管理的受益人。 需要转介。
非紧急交通服务	0 美元 这些服务可帮助您赴约医疗保健就诊。客户服务可以与您一起找到适合您需求且费用最低的搭车类型。例如里程报销、公交通行证和车辆提供的乘车服务。 车辆提供的乘车服务： •CPCCO 受益人可致电 888-793-0439 联络 NW Rides，或 TTY 711。网址：nwconnector.org/nw-rides/ •JCC 受益人可致电 888-518-8160 联络 Translink，或 TTY

第 4 章 医疗福利图表（承保范围）

	711。网址： rvtd.org/translink/ •HSO 受益人可致电 855-321-4899 联络 Ride to Care，或 TTY 711。网址： ridetocare.com/ •不属于 CCO 的受益人应联络 OHA，以了解哪些服务在其所在地区提供乘车服务。
假发	0 美元 一顶假发的价格上限为 150 美元。 需要授权。必须诊断出因化疗或放疗而导致脱发。
瑜珈	0 美元 每年最多 30 次上课。提供者必须拥有俄勒冈州 Medicaid ID 号码或由拥有俄勒冈州 Medicaid ID 号码的注册临床医开具帐单。 需要授权。

非处方药	0 美元 当您的医疗服务提供者或药房为您开处方时，Medicaid 也承保一些非处方 (OTC) 药物。非处方药是您通常无需处方即可在商店或药房购买的药物，例如阿司匹林。
与健康相关的社会需求	0 美元 与健康相关的社会需求 (HRSN) 是指健康障碍，例如住房或获取食物。请联络您的 CCO，以了解可以使用哪些免费 HRSN 服务。HRSN 服务包括住房服务、气候服务和营养服务。

此表并不全面。如果您不在 coordinated care organization（CCO）中，请联系您的 coordinated care organization（CCO）或 Oregon Health Plan，进而了解更多关于 Oregon Health Plan 承保的处方药福利的相关信息。请查看您的 coordinated care organization（CCO）或 Oregon Health ID 卡片背面查询联系电话。

该州还提供堕胎和有尊严的死亡等特定服务。

第 4 节

本计划不承保的服务有哪些？

第 4.1 条

本计划不承保的服务（Medicare 排除责任）

本节将向您介绍 Medicare 排除的服务。

下方图表描述了 Medicare 在任何条件下未承保或仅在特定条件下承保的某些服务和项目。

如果您获得的服务被排除在外（未承保），除下述特定条件下以外，您必须自担费用。即使您在急诊设施接受了被排除服务，但被排除服务仍未承保，本公司计划亦不会支付费用。唯一破例情况是如果这项服务被上诉并获得裁定：经上诉判定为一项医疗服务，考虑到您的具体情况，我们理应支付或承保的医疗服务。（如欲了解就本公司不承保的医疗服务决定提出上诉的更多信息，请参阅本文件第 9 章第 6.3 条。）

Medicare 未承保的服务	任何条件下均不承保	仅在特定条件下承保
针灸		• 适用于某些情况下的慢性腰背痛患者。 • Medicaid 福利还承保一些额外诊断

Medicare 未承保的服务	任何条件下均不承保	仅在特定条件下承保
整容手术或程序		- 意外损伤的情况下或用于改善畸形身体受益人机能的情况纳入承保范围。 - 全乳切除术后乳房再造的所有阶段，以及健侧乳房产生对称外观的所有阶段，均纳入承保范围。
监护 监护是指无需训练有素的医疗或辅助医务人员持续关注的个人护理，如帮助沐浴或穿衣等日常生活活动的护理。	任何条件下均不承保	

Medicare 未承保的服务	任何条件下均不承保	仅在特定条件下承保
实验医疗和手术程序、设备和药品。 实验程序和项目由 Original Medicare 确定为不被医学界普遍接受的项目和程序。		根据 Medicare 批准的临床研究或本公司计划，可能由 Original Medicare 承保的服务。 （有关临床研究的更多信息，请参阅第 3 章第 5 节。）
由您的直系亲属或家庭成员收取的护理费用。	任何条件下均不承保	
受益人家中的全职护理服务。	任何条件下均不承保	
家庭送餐	任何条件下均不承保	

Medicare 未承保的服务	任何条件下均不承保	仅在特定条件下承保
基本家庭援助等家庭主妇服务，如简单家务或精简筹备膳食。	任何条件下均不承保	
自然理疗服务（使用自然理疗或替代治疗）。	任何条件下均不承保	
非常规牙科护理		治疗疾病或损伤所需的牙科护理可按住院或门诊护理承保。
足部矫形鞋或支撑器械		属于腿部支具并包含在支具成本中的鞋类。糖尿病足病患者的矫形鞋或治疗鞋。
在医院或专业护理设施中，您在病房内的电话或电视等个人物品。	任何条件下均不承保	

Medicare 未承保的服务	任何条件下均不承保	仅在特定条件下承保
医院的私人病房。		• 仅当医疗需要时承保。
可逆转的绝育手术程序和/或非处方避孕用品。	任何条件下均不承保	
常规整脊护理		• 手动调整脊柱矫正半脱位纳入承保范围
清洁、填充物或义齿等常规牙科护理。	任何条件下均不承保	• 纳入 Medicaid 承保范围
常规眼科检查、配镜、放射状角膜切开术、Laser Assisted In-situ Keratomi（LASIK, 镭射视力矫正手术）和其他低视力辅助器。		• 白内障术后的患者眼科检查和一副眼镜（或隐形眼镜）纳入承保范围。

Medicare 未承保的服务	任何条件下均不承保	仅在特定条件下承保
常规足部护理		根据 Medicare 指南提供的一些有限承保范围（如已患有糖尿病时的承保范围）。
常规听力检查、助听器或为适应助听器进行的检查。	任何条件下均不承保	
Original Medicare 标准，认定不合理且不必要的各项服务	任何条件下均不承保	

第 5 章：

D 部分处方药

纳入计划的

承保范围

如何获得药品费用信息？

如有资格享有 Oregon Health Plan (Medicaid)，则因此有资格获得 Medicare 提供的《额外的帮助》，进而支付您的处方药计划费用。由于您加入《额外的帮助》项目，因此本《承保责任证明书》中关于 D 部分费用的某些信息可能不适用。我们已向您发送了一份单独插页，即 *享受处方药费用额外补助人群的承保证明附加条款*（也称为低收入补贴附加条款或 LIS 附加条款），其中阐述了您的药品承保范围。若无此插页，请致电客户服务部索要 LIS 附加条款。（请查阅本文件封底所注客户服务部联系电话）。

第 1 节 简介

本章解释了 D 部分药品纳入您的承保范围时需要遵循的各项规则。请参阅第 4 章，了解医疗保险 B 部分药品福利和临终关怀药品福利。

除 Medicare 涵盖的药品外，您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利也承保了一些处方药。如果您不在 coordinated care organization (CCO) 中，请联系您的 coordinated care organization (CCO) 或 Oregon Health Plan，进而了解更多关于 Oregon Health Plan 承保的处方药福利的相关信息。请查看您的 coordinated care organization (CCO) 或

Oregon Health Plan ID 卡片背面查询联系电话。

第 1.1 条 本计划 D 部分药品承保的基本规则

受益人遵循以下基本规则的前提下，本计划通常会承保其药品：

- 您必须让提供者（医生、牙医或其他处方医生）为您开出书面处方，该处方必须符合适用的州法律才能生效。
- Medicare 的排除名单或受禁名单所载人士不得担任您的处方医生。
- 通常您必须通过网络药房来配药。（详见第 2 节：*网络药房配药或通过计划配备的邮购服务配药*）
- 受益人所用药品不得超出本计划的《承保药品清单（处方集）》（简称《药品清单》）。（请参阅本章第 3 节。）
- 受益人药品必须用于医学公认的适应症。《医学上可接受的适应症》是指经美国食品药品监督管理局批准或获得某些参考文献支持的药品使用。（如欲了解有关医学上可接受的适应症的更多信息，请参阅第 3 节。）
- 您的药物可能需要获得批准，我们才会承保。（有关承保范围限制的更多信息，请参阅本章第 4 节。）

第 2 节 网络药房配药或通过计划配备的邮购服务配药

第 2.1 条 使用网络药房

多数情况下，仅在本计划的网络药房配药时，配药方能获得承保。（如欲了解我们何时承保网外药房配药的处方信息，请参阅第 2.5 条。）

网络药店是与本计划签约为您提供承保处方药的药房。术语《承保药品》是指本计划《药品清单》所载的所有 D 部分处方药。

第 2.2 条 网络药房

如何查找您所在区域的网络药房？

如需查找网络药房，您可以查看您的《药房目录》、访问本公司网站（careoregonadvantage.org/pharmacy）和/或致电客户服务部。

受益人可以前往本公司任何网络药房配药。

一直使用的药房退出网络时如何处理？

如果您一直使用的药房退出本计划的网络，您将必须在网络中寻找新药房。如欲查找您所属区域内的其他药房，您可以向客户服务部寻求帮助（联系电话见本手册封底）或使用《药房目录》查找。您亦可以访问本公司网站 careoregonadvantage.org/pharmacy 查找此信息。

如需专业药房时如何处理？

有些处方必须在专业药房配药。专业药房包括：

- 供药居家输注治疗药物的药房。
- 为长期护理（LTC）设施的居民供药的药房。通常，长期护理设施（LTC）（如疗养院）皆配备自有药房。如在 LTC 设施获取 D 部分福利时遇到任何困难，请联系客户服务部。
- 为 Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program（波多黎各不可用）提供服务的药房。除紧急情况外，仅美洲原住民或阿拉斯加原住民可以使用我们网络中的此类药房。
- 在某些地点分发美国食品药品监督管理局限制的药物或需要特殊处理、提供者协调或药物使用教育的药房。如欲查找专业药房，请查看您的《药房目录》或致电客户服务部。

第 2.3 条 使用计划的邮购的服务

某些种类的药品可以使用本计划的网络邮购服务。一般而言，通过邮购提供的药品属于受益人定期使用且用于治疗慢性或长期疾病的药品。在我们的《药品清单》中，这类药品被标记为**邮购药品**。

按照计划规定的邮购服务，受益人可订购**至少 30 天但不超过 100 天的供药量**。

如欲获取订购单和通过邮购配药的相关信息，您可以通过本公司网站 **careoregonadvantage.org/pharmacy** 下载订购单副本，或者致电客户服务部（联系电话见本手册封底），要求其发送一份副本。

通常，邮购药房订单将在 **14** 天内送到府上。药品未在规定时间内送达的，请致电客户服务部，我们可以为您提供帮助。

药房直接从医生诊室收到的新处方。

药房收到医疗保健提供者的处方后，会与您取得联系，了解您需要立即配药还是稍后配药。每次药房与您取得联系时，您必须做出回应，使其了解是否发出、延迟或暂停新处方。

邮购处方续药。如需续药，您可以选择注册名为

《OptumRX Automatic Refill Program（OptumRX 自动续药项目）》的自动续药项目。根据该项目，记录显示您的药品即将用完时，我们将开始自动处理您的下一次续药。药房会在每次续药发出之前与您取得联系，以确保您需要更多药品；如果您药品充足或您的药品发生变更的，您可以取消预定的续药。

如果您选择不使用本公司的自动续药项目，但仍希望邮购药房向您发送处方，请在当前处方用完前 **21** 天联系药房。这样会确保及时将您的订单送到府上。

如欲选择退出 Optum Rx Automatic Refill Program（自动

准备邮购续药），请在续药后的三个工作日内致电 Optum Rx 药房服务台。您可以拨打 866-325-7344 全天候联系 Optum（每周 7 天、每天 24 小时）。

如果您通过邮寄自动签收了您不想要的需要，您有资格获得退款。

第 2.4 条 如何获得长期供药？

本计划提供了两种方式来实现在计划《药品清单》所载维持性药物的长期供药（也称为延长供药）。（维持性药物是成员定期使用且用于治疗慢性或长期疾病的药品。）

1. 公司网络中的某些零售药房允许向您长期提供维持性药物。请查阅《药房目录》了解公司网络中哪些药房可以为您提供长期供药维持性药物。您也可以致电客户服务部获取更多信息。
2. 您还可以通过我们的邮购计划购入维持性药物。详情请参阅第 2.3 条了解更多信息。

第 2.5 条 何时使用本计划的网外药房？

在某些情况下，您的处方可能纳入承保范围

一般而言，仅当您无法使用网络药房时，本公司方可承保网外药房的配药。我们在服务区域外设有网络药房为您提供帮助，计划受益人可以在此类药房配药。**请事先咨询客户服务部**确认附近是否有网络药房。受益人网外药房的药费与本公司网内药房承保费用之间的差额，很可能需要受益人承担。

本公司承保网外药房配药处方的几种情形：

- 受益人于本计划服务区域外差旅并需要承保药品且无法使用网络药房。
- 受益人无法在其服务区域内及时获得承保药品，例如：在合理驾驶距离内尚无提供全天候（24/7）服务的网络药房。
- 在可使用的网络零售药房或邮购药房，受益人的特定承保药品通常无库存。
- 如属急诊室、提供者诊所、门诊手术或其他门诊药房的患者，则由网外机构配备的药房配发药品。

网外药房供药仅限 30 天。

在此情况下，**请事先咨询客户服务部**确认附近是否有网络药房。（请查阅本手册封底所注客户服务部联系电话）。受益人网外药房的药费与本公司网内药房承保费用之间的差额，可能需要受益人承担。

如何向计划请求赔付？

如果受益人必须使用网外药房，通常需要支付全额费用，并非在处方配药时的正常费用分摊。受益人可向本公司请求赔付我们的费用分摊份额。（第 7 章第 2 节解释了受益人如何要求本计划赔付。）

第 3 节 受益人药品不得超出本计划的《药品清单》

第 3.1 条 《药品清单》说明了承保的 D 部分药品

本计划有配备一份《承保药品清单（处方集）》。在本《承保责任证明书》中，此清单简称为《药品清单》。

清单药品是在医生和药剂师团队的帮助下，本计划选定的药品。此清单符合 Medicare 的要求且已获得 Medicare 的批准。

《药品清单》包含了 Medicare D 部分承保的药品。除 Medicare 涵盖的药品外，您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利也承保了一些处方药。如果您不在 coordinated care organization (CCO) 中，请联系您的 coordinated care organization (CCO) 或 Oregon Health Plan，进而了解更多关于 Oregon Health Plan 承保的处方药福利的相关信息。请查看您的 coordinated care organization (CCO) 或 Oregon Health Plan ID 卡片背面查询联系电话。

如果受益人遵循本章中解释的其他承保规则，并且该药品用于医学上可接受的适应症，我们通常会承保本计划《药品清单》上的药品。医学上可接受的适应症是指药品用途满足以下任一要求：

- 经美国食品药品监督管理局批准用于其处方所对应的诊断或病症。
- 获得某些参考资料支持，如 **American Hospital Formulary Service Drug Information**（美国医院处方集服务处）和 **DRUGDEX** 信息系统。

《药品清单》包括原研药、仿制药及生物类似药。

原研药是以药品生产商拥有的商标名称进行销售的处方药。较典型药品（如基于蛋白质的药品）更复杂的原研药称为生物制剂。在《药品清单》中，凡提及《药品》时，可能指代某种药品或生物制剂。

仿制药是一种活性成分与原研药相同的处方药。生物产品有称为生物相似药的替代品。一般来说，仿制药和生物相似药的效果与品牌药或原厂生物制品一样好，而且通常成本更低。许多品牌药物都有仿制药替代品，有些原厂生物制品也有生物相似药替代品。一些生物相似药是可互换的生物仿制药，根据州法律，可以在药房替代原始生物制品，而无需新处方，就像仿制药可以代替原研药一样。

有关《药品清单》中可能包含的药物类型的定义，请参阅第 12 章。

非处方药品

Medicaid 计划承保非处方药品及受益人的提供者开具的处方。如果您不在 **coordinated care organization (CCO)** 中，对这一过程提出任何要求，请联系您的 **coordinated care**

organization（CCO）或 Oregon Health Plan，进而了解更多关于 Oregon Health Plan 承保的处方药福利的相关信息。请查看您的 coordinated care organization（CCO）或 Oregon Health Plan ID 卡片背面查询联系电话。

如果您并未获得提供者出具的非处方药处方，则可能会通过您的 CareOregon Advantage CareCard 上的资金承保此类药品。如欲获得 CareCard 的更多信息，请参阅第 4 章第 2.1 条或联系客户服务部（联系电话见本手册封底）。

未纳入《药品清单》的药品？

此清单仅适用于 Medicare D 部分药品。如欲了解 Medicaid 承保的 D 部分药品，请致电客户服务部（联系电话见本手册封底）。

本计划不承保所有处方药。

- 某些情况下，法律不允许任何 Medicare 计划承保特定类型的药品（详情请参阅本章第 7.1 条了解更多信息）。
- 其他情况下，本公司决定不会将特定药品纳入《药品清单》。某些情况下，受益人可能无法获得尚未纳入《药品清单》的某种药品。详情请参阅本章第 9 章了解更多信息。

第 3.2 条 《药品清单》所载药品共分五个费用分摊级别

本计划《药品清单》上的每种药品均属于 5 个费用分摊级别中的一级。一般而言，费用分摊级别越高，受益人的药费就越高：

- **第 1 级**为最低的费用分摊级别，**且**包括**仿制药**。
- **第 2 级**包括**首选原研药**。
- **第 3 级**包括**首选原研药**。
- **第 4 级**为最高的费用分摊级别，**且**包括**特殊用途药品**。
- **第 5 级**包括**不在 Medicare 常规承保范围内的补充药品或选定药品**。

如欲查找药品的分摊级别，请查阅本计划的《药品清单》。第 6 章（*D 部分处方药付费明细*）列示了受益人为各个费用分摊级别的药品支付的金额。

第 3.3 条 如何查找特定药品是否纳入《药品清单》？

受益人可采用以下两种查找途径：

1. 访问本计划的网站
（careoregonadvantage.org/druglist）。网站的《药品清单》始终为更新版本。
2. 请致电客户服务部查找某种特定药品是否纳入本计划的《药品清单》，或索取清单副本。

第 4 节 部分药品存在承保限制

第 4.1 条 部分药品存在限制的原因

对于某些处方药，特制定特殊规则限制本计划承保此类药品的方法和时间。由医生与药剂师组成的团队制定此类规则，倡导受益人及其提供者高效用药。如欲了解此类限制是否适用于您正在使用或想要使用的药品，请查阅《药品清单》。如果某种安全的低成本药品与高成本药品具有同等医学疗效，则本计划的规则旨在受益人及其提供者采用这种成本较低的选药方案。

请注意，有时一种药品可能会多次出现在《药品清单》中。这是因为相同的药品可能会按受益人的医疗保健提供者所开药品的浓度、数量或形式而存在差异，而且不同的限制或费用分摊可能适用于不同剂型的药品（例如：10 mg 与 100 mg；每天 1 粒/片与每天 2 粒/片；片剂与液体）。

第 4.2 条 限制类型

以下章节详细介绍了我们对某些用药的限制类型。

受益人药品受限，通常意指受益人或其提供者必须采取额外步骤，确保我们承保该药品。请联系客户服务部，了解受益人或其提供者获得药品承保而需要采取的措施。受益人希望获得豁免限制的，需要通过承保决定流程并要求本公司破例。我们可能会同意/拒绝为您放弃相关限制。（请参阅第 9 章）

事先获得计划批准

对于某些药品，受益人或其提供者需要获得本计划的批准，届时我们将会同意为您承保该药品。这一流程称为**事先授权**。此举亦在确保用药安全并帮助指导某些药品的正确使用。未获得此批准的，受益人药品可能不会纳入本计划的承保范围。

率先试用不同药品

这一要求鼓励受益人在计划承保另一种药品之前，试用成本较低但通常疗效相同的药品。例如：如果药品 A 和药品 B 治疗疾病相同，但药品 A 成本较低，则本计划可能会要求您率先尝试药品 A。如果药品 A 对您无效，本计划将承保药品 B。这种率先尝试不同药品的要求称为 **Step Therapy**（阶梯疗法）。

Quantity limits（剂量限制工具）

对于某些药品，我们限制受益人每次配药时可以获得的药品剂量。如果通常认为某一药品每天仅使用 1 片是安全的，我们可能将您的处方承保范围限制在每天不超过 1 片。

第 5 节 未按照受益人期待的承保方式承保某种药品时如何处理？

第 5.1 条 药品未按您希望的承保方式承保的，可采取一些措施予以处理

某些情况下，受益人正在使用的处方药、或者受益人及其提供者认为受益人应该服用的处方药，不在我们的处方集内，或者在我们的处方集中存在限制。例如：

- 该药品根本未纳入承保。也有可能该药品的仿制药纳入承保范围，但受益人想要使用的原研药不在承保范围内。
- 如第 4 节中所述，但对该药品的保险范围存在额外的规定或限制。
- 药品未按您希望的承保方式承保的，可采取一些措施予以处理。**如果您的药品未纳入《药品清单》或者您的药品受到限制的，请参阅第 5.2 条了解您可以采取哪些措施。**

第 5.2 条 药品未纳入《药品清单》或者药品受到某种限制时如何处理？

如果您的药品未纳入《药品清单》或受到限制，可以采用以下方法：

- 您也可能会获得临时供药。
- 您可以改用另一种药品。

- 受益人可以请求破例并要求本计划承保该药品或取消对该药品的限制。

您也可能会获得临时供药

在某些情况下，本计划必须临时供药受益人已经使用的药品。这种临时供药可确保成员有时间与其提供者探讨变更。

您一直使用的药品**不得出现在本计划的《药品清单》**中，或者**现在受到一定限制**，此时才具备临时供药资格。

- **如属新受益人**，我们将在您成为本计划受益人之前的**108 天**内承保您的临时供药。
- **去年参加了本计划的受益人**，我们将在该日历年的**前 90 天**内承保其临时供药。
- 该临时供药期限最长为**90 天**（受益人入住 LTC 设施的，则供药期为**31 天**）。如果开具的处方天数较短，我们会允许您多次配药，以提供至多**90 天**（受益人入住 LTC 设施的，则供药期为**31 天**）的药品。必须在网络药房进行处方配药。（请注意：长期护理药房每次可能会提供少量药品，以防止浪费。）
- **对于参加本计划超过 108 天且居住在长期护理设施并需要立即供药的受益人：**

我们将承保特定药品的**31 天**紧急供药；如果开具的处方天数较短，则承保金额会更少。此举系对上述临时供药的额外补充。

- **对于护理级别发生变更的现任受益人：**我们将承保不在本公司处方集或承保范围内的 D 部分药品的一次性临时供药（受益人入住 LTC 设施的，则供药期为 30 天或 31 天）

护理级别变更示例：

- 受益人已出院
- 受益人被长期护理设施收治或从此设施出院
- 受益人从一家长期护理设施迁往另一家长期护理设施
- 受益人放弃临终关怀
- 受益人入驻专业护理设施且其 A 部分承保已用尽

有关临时供药的相关问题，请致电客户服务部（联系电话见本手册封底）。

受益人使用临时供药期间，应该与其提供者探讨，以决定临时供药用尽时如何处理。受益人有两种选择方案：

1) 改用另一种药品。

与提供者探讨是否具有功效相同的其他药品。您可以致电客户服务部索取治疗相同病症的承保药品清单。此清单有助于提供者找到可能适合您的承保药品。

2) 请求破例

受益人及其提供者可要求本计划破例并以您希望承保的方式承保药品。如果提供者表示您有健康原因需要向我们请求破

例，则提供者可以帮助您提出请求。例如：您可以要求本计划承保某种药品，即使该药品并未纳入本计划的《药品清单》。您也可以要求本计划破例且不受限制地承保药品。

如属现任受益人且目前所用药品将于次年从处方集中删除或以某种方式受到限制，我们将在新的一年到来之前，将相关变更告知受益人。受益人可在明年之前请求破例，我们将在收到破例请求（或处方医生出具的支持性声明）后的 72 小时内做出答复。如果您的请求获批，我们将在变更生效前授权承保范围。

如果受益人及其提供者希望请求破例，请参阅第 9 章第 7.4 条了解相关措施。该条解释了 Medicare 设定的程序和截止日期，确保您的请求得到及时、公平的处理。

第 6 节 某种药品的承保范围变更时如何处理？

第 6.1 条 年内《药品清单》可能会发生变更

药品承保范围的大多数变更发生在每年年初（1 月 1 日）。但本计划可能会在年内对

《药品清单》进行一定变更。例如：本计划可能会：

- 从《药品清单》中添加或删除药品。
- 将药品转入更高或更低的费用分摊级别。
- 添加或移除药品承保范围限制。
- 使用仿制药代替原研药

变更本计划的《药品清单》之前，我们必须按照 Medicare 的要求执行。

有关本章讨论的药物类型的定义，请参阅第 12 章。

第 6.2 条 受益人现用药品发生变更时如何处理？

药品承保变更信息

《药品清单》发生变更时，我们会在网站发布此类变更的相关信息。我们还会定期更新线上《药品清单》。下文主要说明如果受益人现用药品发生变更，我们会向受益人发出直接通知的时间。

当前计划年度内影响受益人药品承保范围的各项变更

- **将新药品加入《药品清单》中，并立即移除或更改《药品清单》上的类似药品。**
 - 将新版本的药品加入《药品清单》时，我们可能会立即从《药品清单》中删除类似药品、将类似药品移至不同的费用分摊层级、添加新的限制，或两者兼而有之。该药品的新版本将处于相同或更低的费用分摊等级，并且具有相同或更少的限制。
 - 只有当我们正在添加一个品牌名称的新仿制药版本，或添加已经在《药品清单》上的原始生物制品

的某些新生物仿制药版本时，我们才会立即做出这些改变。

- 我们可能会立即进行这些更改并稍后通知您，即使您正在服用我们正在移除或更改的药品。如果您在我们进行更改时正在服用类似药品，我们将告诉您我们所做的任何具体更改。

- **将药品加入《药品清单》，并提前通知移除或变更《药品清单》上的同类药品。**

- 将另一种药品版本新增至《药品清单》时，我们可能会从《药品清单》中删除类似药品、将其移至不同的费用分摊层级、添加新的限制，或两者兼而有之。我们新增的药品版本将处于相同或较低的费用分摊等级，并且具有相同或更少的限制。
- 只有当我们正在添加一个品牌名称的新仿制药版本，或添加已经在《药品清单》上的原始生物制品的某些新生物仿制药版本时，我们才会做出这些改变。

- 我们会在做出变更之前至少 30 天通知您，或者通知您有关变更，并承保您正在服用的药物版本续药 30 天。
- **移除不安全药品和《药品清单》上其他已撤出市场的药品。**
 - 有时，某种药品可能被认为不安全或因其他原因被撤出市场。如果发生这种情况，我们可能会立即将该药物从《药品清单》中移除。如果您正在服用该药品，我们会在做出变更后告诉您。
- **对《药品清单》上的药品进行其他变更。**
 - 年度开始后，我们可能会做出其他影响您正在服用药物的变更。例如，我们基于 FDA 盒装警告或 Medicare 认可的新临床指南。
 - 我们会在做出变更之前至少 30 天通知您，或者通知您有关变更，并承保您正在服用的药物版本续药 30 天。

如果我们对您正在服用的任何药品进行任何这些变更，请与您的开处方医生讨论最适合您的选项，包括改为不同的药品

来治疗您的病情，或要求做出承保决定，以满足对您正在服用的药品的任何新限制。您或您的开处方医生可以要求我们允许例外情况，以继续承保您一直服用的药品或药品版本。有关如何请求承保决定（包括例外情况）的更多信息，请参阅第 9 章。

本计划年度内的《药品清单》变更对受益人无影响

我们可能会对《药品清单》进行上述并未阐明的某些变更。此类情况下，如果做出变更时您正使用该药品，则变更不适用；但如果您继续投保同一计划，则此类变化可能自下一个计划年度的 1 月 1 日开始对您产生影响。

一般而言，当前计划年度内对您无影响的变更包括：

- 本公司对您的用药施加了新限制。
- 从《药品清单》中删除您的药品。

如果您的现用药品发生任何此类变更（除退市、仿制药取代原研药或上述章节提及的其他变化外），那么该变更不会影响您的使用或到明年 1 月 1 日为止您支付的费用分摊份额。

当前计划年度内不会直接告知您此类变化。受益人需要检查下一个计划年度（开放投保期间可用时）的《药品清单》，从而了解下一年度对您产生影像的现用药品是否发生任何变更。

第 7 节 哪类药品不属于本计划承保范围？

第 7.1 条 本公司不承保的药品类型

本节阐述了哪些类型的处方药被《排除》在外。这意味着 Medicare 不赔付这类药品的费用。

如受益人提出上诉且发现所请求的药品不属于 D 部分的排除范围，我们将赔付或承保。（有关对决定提出上诉的信息，请参阅第 9 章。）如果计划排除的药品也被 Medicaid 排除在外，则受益人必须自行付费。

以下即为根据 D 部分 Medicare 药品计划不承保药品的三项一般规则：

- 本计划的 D 部分药品承保不能承保 Medicare 的 A 部分或 B 部分项下应承保的药品。
- 本计划不能承保在美国或境外购买的药品。
- 本计划通常不能承保非标签使用。非标签使用是指除经美国食品药品监督管理局批准的药品标签注明的用途之外的任何药品使用。

另外，根据法律规定，下列药品类别不属于 Medicare 承保范围。

- 非处方类药品（也称为非处方药）
- 促进生育专用药物
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药品

- 美容或促进毛发生长专用药品
- 处方维生素和矿物质产品，产前维生素和氟化物制剂除外
- 用于治疗性功能障碍或勃起功能障碍的药物
- 用于治疗厌食、体重减轻或体重增加的药品
- 生产商要求仅能从生产商处购买相关测试或监测服务作为销售条件的门诊药品

此外，如果您**通过 Medicare 获得《额外的帮助》**支付处方费用，通常不承保的药品不会获得《额外的帮助》项目的赔付。（请参阅本计划《药品清单》或致电客户服务部了解更多信息。（请查阅本手册封底所注客户服务部联系电话。）
但如果您通过

Oregon Health Plan（Medicaid）承保药品，Oregon Health Plan 项目可能会承保某些 Medicare 药品计划中通常不承保的处方药。如果您不在 coordinated care organization

（CCO）中，以确定可能适用于您的药品承保信息，请联系您的 CCO 或 Oregon Health Plan。请查阅第 2 章第 6 节中所述 Oregon Health Plan 的联系电话和联系信息。请查看您的 CCO 或 Oregon Health ID 卡片背面查询 CCO 联系电话。

第 8 节 处方配药

第 8.1 条 提供受益人信息

如需配药，请提供受益人计划会员信息；可在您选择的网络药房会员卡上查阅此信息。您可能还需要出示您的 Medicaid 卡，以获取 Medicaid 承保的药物。

网络药房将自动向本计划收取我们应承担的药品分摊费用。领取处方药时，需要向药房支付您应承担的费用。

第 8.2 条 并未携带受益人信息时如何处理？

配药时并未携带计划受益人信息的，受益人或药房可以致电本计划获取必要信息，或者您可以要求药房查找受益人计划投保信息。

药房无法获得必要信息的，**您在取药时可能需要支付该全部处方费用。**（然后您可以**要求我们赔付您的份额。**有关如何向本计划请求赔付的信息，请参阅第 7 章第 2 条。）

第 9 节 D 部分特殊情况下的药品承保

第 9.1 条 在医院或专业护理设施接受本计划承保的住院时如何处理？

如您被医院收治或专业护理设施接受本计划承保的住院，我们通常会承保您在住院期间的处方药费用。一旦您从医院或专业护理设施出院，本计划将承保您的处方药，但前提是这些药品符合本章所述的所有承保规则。

第 9.2 条 长期护理（LTC）设施住院的居民如何处理？

通常，长期护理（LTC）设施（例如疗养院）自行配备药房，或使用为其所有居民提供药品的药房。如属入住长期护理中心（LTC）设施者，可通过该设施的药房或其使用的药房获取处方药，但前提是其已纳入本公司网络。

请检查您的《药房目录》，了解您的 LTC 设施的药房或其配备药房是否纳入我们的网络。若未加入或者如果您需要更多信息或帮助，请联系客户服务部。如果您入住 LTC 设施，我们必须确保您能够通过我们的 LTC 药房网络定期获得 D 部分福利。

如属入住长期护理（LTC）设施且所需药品不在《药品清单》中或受到某种限制时如何处理？

请参阅第 5.2 条有关临时或紧急供药的信息。

第 9.3 条 仍从雇主或退休人员团体计划获得药品承保时如何处理？

如果您通过您（或配偶或同居伴侣）的雇主或退休人员团体而目前持有其他处方药承保，请联系**该团体的福利管理员**。福利管理员可帮您确定当前处方药承保如何与本公司计划配合使用。

一般而言，如果您持有员工或退休人员团体承保，则与本公司获得的药品承保相比，您的团体承保**优先**。这意味着您的团体承保将率先赔付。

关于承保的特别说明：

每年，您的雇主或退休人员团皆应向您发出一份通知，告知您下一个日历年的处方药承保是否可信。

如果团体计划的承保可信，则意味着本计划的药品承保预计付费至少相当于 Medicare 标准处方药品承保额。

请妥善保管可抵扣承保通知，因为您后续可能需要该通知。如果您投保了包含 D 部分药品承保范围的 Medicare 计划，则您可能需要此通知来证明您已持有可靠的承保范围。并未收到可信承保通知的，请向您的雇主或退休人员计划的福利管理者或雇主或工会索取一份副本。

第 9.4 条 入住 Medicare 认证的临终关怀医院时如何处理？

临终关怀与本公司计划不会同时承保同类药品。如果您登记入住 Medicare 临终关怀医院，且需要某些药品（如抗恶心药、泻药、止痛药或抗焦虑药），而您的临终关怀医院并未投保这类药品，原因在于与您的终末期疾病和相关病症无关，则在本计划承保该药品之前，必须收到处方医生或临终关怀服务提供者出具的通知，告知该药品无关。为了防止延迟接收本公司计划承保的此类药品，请要求您的临终关怀服务提供者或处方医生在您的处方配药之前提供通知。

受益人撤销临终关怀选择方案或解除临终关怀，本计划应按本文件的说明承保受益人药品。为防止受益人的 Medicare

临终关怀福利结束时药房发生任何延误，请携带文件到药房以验证您的撤销或解除情况。

第 10 节 药品安全和药物管理项目

第 10.1 条 帮助受益人安全用药的相关项目

我们为受益人开展用药审查，助其获得安全和适当的护理。受益人每次处方配药时，我们均会进行审查。我们还定期审查自有记录。开展此类审查过程中，我们会发掘潜在的问题，例如：

- 可能发生的用药错误
- 因您目前采用另一种药物治疗相同病症而导致可能不需要使用的药物
- 由于您的年龄或性别而可能不安全或不合适的药物
- 如果同时服用可能会对您造成伤害的某些药物组合
- 含有您过敏成分的药物处方
- 您使用的药品数量（剂量）可能发生的错误
- 阿片类止痛药的剂量不安全

如发现您使用药品时可能存在问题，我们将与您的提供者协同合作纠正问题。

第 10.2 条 Drug Management Program (DMP) 助力受益人安全使用阿片类药物

我们制定了一个项目，旨在帮助确保受益人安全使用处方阿片类药品和其他经常滥用的药物。这个项目称为 **Drug Management Program (DMP, 药品管理项目)**。如果您使用了从多名医生或多个药房处获得的阿片类药物，或者如果您近期过量使用阿片类药物，我们可能会与您的医生商谈，以确保您所用阿片类药物既适当且属医疗需要。经与您的医生合作，如果我们认为您使用处方阿片类药物或苯二氮卓类药物可能不安全，我们可能会限制您获取这些药品的途径。如果您被纳入我们的 **DMP**，则限制可能是：

- 要求您从特定药房获得所有阿片类药物或苯二氮卓类药物的处方。
- 要求您从特定医生处获得所有阿片类药物或苯二氮卓类药物的处方。
- 限制我们将为您承保的阿片类和苯二氮卓类药物的用量

如果我们计划限制您获得此类药物的方式或数量，我们将提前向您发出函告。函告将告知我们是否会限制为您对此类药品的承保范围，或者是否要求您仅可从特定的医生或药房处获取此类药品的处方。您将有机会告知您倾向于哪些医生或药房，以及在您看来对我们而言至关重要的任何其他信息。如果在您借机做出回应后，我们决定限制您对此类药品的承保，我们将向您发出确认此类限制的函告。如果您认为公司

有错，或者反对我们的决定或限制，您与您的处方医生均有权提出上诉。如果提出上诉，我们将审查病例并为您做出新的决定。如果您请求中与获得药品所受限制相关的任何部分仍被拒绝，我们会自动将您的病例发送至计划外的独立审查人员。有关如何请求上诉的信息，请参阅第 9 章。

如果您患有某些疾病，如活动性癌症相关疼痛或镰状细胞病，因此接受安宁疗护、姑息治疗或临终关怀，或住在长期护理设施，则您不会被纳入我们的 DMP。

第 10.3 条 Medication Therapy Management (MTM) 以及帮助受益人管理药品的其他项目

我们制定了一个项目，可以帮助受益人满足复杂的健康需求。其中一个项目称为 Medication Therapy Management (MTM, 药物治疗管理)。这些项目为自愿免费项目。这些计划出自由药剂师和医生组成的团队，有助于确保受益人从其使用的药品中实现最大获益。

一些因不同疾病而使用药品且药品费用较高的受益人，或者参加 DMP 来帮助受益人安全使用阿片类药品的受益人，也许能够通过 MTM 项目获得服务。如有资格参加该项目，药剂师或其他健康专业人员将对您的所有药物开展全面审查。审查过程中，您可以谈论您的药物、费用以及您对处方药和非处方药的任何问题或疑问。将向您提供一份书面摘要，其中随附推荐的计划表，包括为获得最佳用药效果而应采取的步骤。您还将获得一份药品清单，其中包括您正在使用的

所有药品、用量以及用药时间和原因。此外，**MTM** 项目受益人也会收到有关安全处置属于受控物质的处方药信息。

宜与医生讨论您推荐的计划表和药物清单。就诊时或与医生、药剂师和其他医疗保健提供者交谈时，请携带该摘要。另外，请随身携带最新药品清单（如携带 ID），以备前往医院或急诊室时使用。

如果我们有适合您需求的项目，我们将自动将您纳入该项目并向您发送信息。如果您决定不参加，请通知我们，我们会将您退出项目。如对此类项目存有任何疑问，请联系客户服务部（联系电话见本手册封底）。

第 6 章：

D 部分处方药

付费明细

如何获得药品费用信息？

如有资格享有 Medicaid，则因此有资格获得 Medicare 提供的《额外的帮助》，进而支付您的处方药计划费用。由于您加入《额外的帮助》项目，**因此本《承保责任证明书》中关于 D 部分费用的某些信息可能不适用。**我们已向您发送了一份单独插页，即*享受处方药费用额外补助人群的承保证明附加条款*（也称为低收入补贴附加条款或 LIS 附加条款），其中阐述了您的药品承保范围。若无此插页，请致电客户服务部索要 LIS 附加条款。

第 1 节 简介

第 1.1 条 请将本章与解释药品承保范围的其他材料结合使用

本章重点介绍您为 D 部分处方药支付的费用。为确保行文简便，本章中使用**药品**来表示 D 部分处方药。正如第 5 章所述，并非所有药品都属于 D 部分药品，因为法律规定某些药品不纳入 D 部分承保范围。某些不属于 D 部分承保的药品属于 Medicare A 部分的承保内容或 Medicaid 的 B 部分的承保内容。此外，本计划可能会承保一些排除药品。

如欲了解付款信息，您需要了解承保哪些药品、在哪里配处方药，以及获得承保药品时需要遵循哪些规则。第 5 章第 1 节至第 4 节解释了此类规则。当您使用本计划的《Real-

Time Benefit Tool（实时福利工具）》查找药品承保范围时（请参阅第 3 章第 3.3 条），会显示《实时》提供的费用，这意味着您在工具中看到的费用，反应的是某一时刻，为您提供预计支付的自付费用估计。您也可以致电客户服务获取《实时福利工具》提供的信息。

第 1.2 条 受益人可能支付的承保药品自付费用类型

D 部分药品存在不同类型的自付费用。您为药品支付的金额称为**费用分摊**，可能也会要求您通过三种方式支付。

- **免赔额**是在计划开始承担其份额之前，由受益人为药品支付的金额。
- **自付额**是每次配药时受益人支付的固定金额。
- **共付额**是受益人每次配药时支付的费用总额百分比。

第 1.3 条 Medicare 如何计算自付费用

Medicare 对计入和不计入自付费用的内容做出规定。以下即为我们必须遵守规则，从而跟踪受益人的自付费用。

这些付款计入在受益人的自付费用中

受益人的自付费用包括下列费用（但前提是其为 D 部分承保药品的费用，并且受益人遵守第 5 章中解释的药品承保规则）：

- 处于以下任何药品支付阶段时，受益人支付的药品金额：

- 免赔额阶段
- 初期承保阶段
- 受益人加入计划之前，其于本日历年内作为其他 Medicare 处方药计划的受益人而支付的任何款项。

付费方至关重要：

- 受益人**自行**支付此类费用时，将其计入受益人的自付费用中。
- 如果由**其他个人或组织**代表您支付此类款项时，则此类付款也计入您的自付费用中。这包括这包括由亲友、大多数慈善机构、AIDS drug assistance programs、经 Medicare 认证的 State Pharmaceutical Assistance Program 或 Indian Health Service（印第安人卫生局）为您的药品支付的费用。Medicare 的《额外的帮助》方案支付的款项也计入其中。

进入重大疾病承保阶段：

当受益人（或代表受益人是付款的人士）在当前日历年内自付费用总计达到 2000 美元时，受益人将从初期承保阶段进入重大疾病承保阶段。

此类付款不计入受益人的自付费用中

受益人的自付费用**不包括**以下任何类型的付款：

- 在美国及境外购买的药品。

- 本计划不承保的药品。
- 您在网外药房购买的药品不符合本计划的网外承保要求。
- 由 A 部分或 B 部分承保的处方药。
- 受益人支付给额外承保范围内但通常不在 Medicare Prescription Drug Plan 范围内的药品款项。
- 受益人支付的处方药付款通常不在 Medicare Prescription Drug Plan 中承保。
- 由退伍军人健康管理局 (VA) 支付的药品费用
- 由依法承担处方费用（如工伤赔偿）义务的第三方支付药品费用。
- 药品制造商根据制造商折扣计划支付的款项

*提醒：*如果任何其他组织（如上文所列组织）支付受益人药品的部分或全部自付费用，则您需要致电客户服务部告知计划。

如何跟踪自付费用总额？

我们会帮助您。受益人收到的 D 部分福利说明 Explanation of Benefits (EOB, 福利说明)

- 报告包括其当前自付费用金额。当该金额达到 8000 美元时，此报告将告诉受益人已离开承保空白阶段并进入重大疾病承保阶段。

- **确保拥有所需信息。**第 3.2 条介绍了您可以采取哪些措施，确保本公司存档的受益人支付记录最新完整记录。

第 2 节 所付药费取决购买药品时的药品支付阶段

第 2.1 条 什么是 CareOregon Advantage Plus 受益人的药品付款阶段？

CareOregon Advantage Plus 下的 Medicare D 部分处方药承保共有四个**药品付款阶段**。受益人支付的费用取决于其配药或续配处方时所处的阶段。各阶段详细信息见本章第 4 节至第 7 节。各阶段如下：

第 1 阶段：年度免赔阶段

第 2 阶段：初期承保阶段

第 3 阶段：重大疾病承保阶段

第 3 节 向受益人发出报告，述明其药品付款情况及其所处付款阶段

第 3.1 条 向受益人发出 D 部分福利解读 阅月度摘要 (D 部分 EOB)

本计划会跟踪受益人的处方药费用及其药房配药或续药时所支付的费用据此，有助于告知受益人何时从一个药品付款阶段进入下一阶段。我们尤其注重跟踪两类费用：

- 受益人付费金额。该金额为受益人的**自付费用**。这包括您在获得承保 D 部分药品时所支付的费用、家人或朋友为您的药品支付的任何费用，以及透过 Medicare 的《额外的帮助》、雇主或工会健康计划、TRICARE、Indian Health Service、爱滋病药物援助计划、慈善机构和大多数州药物援助计划(SPAP)等为您的药品支付的任何费用。
- 受益人的**药费总额**。这是为您承保的 D 部分药品支付的所有付款总额。它包括计划支付的费用、您支付的费用以及其他计划或组织为您承保的 D 部分药品支付的费用。

受益人于上月通过本计划获配一张或多张处方药的，我们将向受益人发出 D 部分 EOB。

D 部分 EOB 包括：

- **该月信息。**该报告提供了受益人上月所配处方的相关付款详细信息。报告列示了药品费用总额、本计划支付的费用以及受益人和其他人代表受益人支付的费用。
- **自 1 月 1 日以来的年度总额。**此外为年初至今的相关信息。信息显示了自年初以来受益人药品费用总额以及为受益人药品支付的总额。
- **药品价格信息。**此信息将显示药品总价，以及每个处方索赔的数量相同药品在首次处方续药后的价格上涨信息。
- **可用成本较低的替代处方。**其中将包括有关其他可用药品的信息，每个处方要求的费用分摊较低，如适用。。

第 3.2 条 帮助及时更新受益人药品付款的相关信息

为了跟踪受益人的药品费用以及针对药品支付的相关费用，我们采用药房提供的记录。您可以通过以下方式帮助我们保持更新您的信息并确保准确无误：

- **每次处方配药时出示您的会员卡。**此举有助于确保了解您的配药处方以及您支付的费用。
- **确保拥有所需信息。**有时受益人可能会支付处方药的全部费用。此时，我们不会自动获取跟踪您的自付费用所需信息。请提供收据副本，帮助我们跟踪您的自付费用。以下即为您何时应该向我们提供的药品收据副本示例：

- 在网络药房以特价或通过非本公司计划福利的折扣卡购买承保药品时
- 根据 drug manufacturer patient assistance program 提供药品的自付额时
- 在网外药店购买承保药品或其他特殊情况下全额支付承保药品价格时
- 如需支付承保药品费用，可要求本公司计划支付的我们费用分摊。请转至第 7 章第 2 节了解应该如何执行。
- **向我们提供他人代付的付款信息**某些其他个人和组织支付的费用也计入您的自付费用。例如，State Pharmaceutical Assistance Program、AIDS drug assistance program (ADAP)、或 Indian Health Service 和大多数慈善机构支付的费用均计入您的自付费用。请妥善保管此类付款记录并将其发送至本公司，以便我们跟踪您的费用情况。
- **查看公司发出的书面报告。**收悉 D 部分 EOB 时，请仔细检查，确保信息完整准确。如受益人认定缺少某些内容或有任何疑问时，请致电客户服务部。请务必妥善保管此类报告。

第 4 节 免赔额阶段受益人全额支付 1 - 4 级药费

由于大多数受益人获得处方药费的《额外的帮助》，因此免赔额阶段不适用于大多数受益人。如收悉《额外的帮助》，则此付款阶段不适用于您。

第 5 节 本计划于初期承保阶段所付药费份额及受益人所付份额

第 5.1 条 受益人所付药费取决于药品及受益人的配药地点

于初期承保阶段，本计划支付承保处方药费用份额，受益人支付自身的份额（受益人自付额）。药品不同、配药地点不同，受益人的费用分摊亦存在差异。

本计划共有五个费用分摊等级

本计划《药品清单》上的每种药品均属于五个费用分摊级别中的一级。一般而言，费用分摊级别越高，受益人的药费就越高：

- **第 1 级**为最低的费用分摊级别，**且**包括**仿制药**。
- **第 2 级**包括**首选原研药**。
- **第 3 级**包括**非首选原研药**。
- **第 4 级**为最高的费用分摊级别，**且**包括**特殊用途药品**。
- **第 5 级**包括**不在 Medicare 常规承保范围内的补充药品或选定药品**。

如欲查找药品的分摊级别，请查阅本计划的《药品清单》。

您的药房选择方案

成员药费取决于是否从以下来源获得药品：

- 网络零售药店
- 本计划的网外药房。我们仅在有限的情况下承保网外药房配药的处方。请参阅第 5 章第 2.5 条，了解何时承保网外药房配药的处方。
- 本计划的邮购药房。

关于此类药房选择方案和配药的更多信息，请参阅第 5 章和本计划的《药房目录》careoregonadvantage.org/rx-and-drug-information。

第 5.2 条 一整月供药费用明细表

于初期承保阶段，受益人的承保药品费用分摊为共付额或自付额。

如下表所示，共付额或自付额取决于费用分摊等级。有时药费低于共付额。此时，受益人支付较低药价而非自付额。

受益人获得一个月的 D 部分承保处方药时，则分摊费用为：

等级	标准零售费用分摊（网内） （最多 30 天的供药量）	邮购费用分摊 （最多 30 天的供药量）	长期护理（LTC）费用分摊 （最多 30 天的供药量）	网外费用分摊 （承保范围仅限于特定情形，详见第 5 章） （最多 30 天的供药量）
费用分摊 1 级 （仿制药）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。			需要获得计划审批。本公司的分摊份额赔付取决于网内药房费率。
费用分摊 2 级 （首选原研药）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。			需要获得计划审批。本公司的分摊份额赔付取决于网内药房费率。
费用分摊 3 级 （非首选原研药）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。			需要获得计划审批。本公司的分摊份额赔付取决于网内药房费率。
费用分摊 4 级 （特殊用途药品）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。			需要获得计划审批。本公司的分摊份额赔付取决于网内药房费率。
费用分摊 5 级（补充药品）	1.60 美元	1.60 美元	1.60 美元	需要获得计划审批。本公司的分摊份额赔付取决于网内药房费率。

有关 D 部分疫苗费用分摊的更多信息，请参阅本章第 7 节。

第 5.3 条 如果医生所开处方量少于一整月的用量，则受益人可能无需支付整月供药量

通常，受益人可以支付一整月的处方药用量。但有时（如受益人首次尝试药品时），您自身或医生可能希望供药量不超过一个月。如果此举有助于受益人更好地计划不同处方的补药日期，您也可以要求医生开处方，并要求药剂师分配少于一整月供药量的药品。

如您所收某些药品少于整月供药量，您将无需支付整月的供药量。

- *如果您承担共付额，则您需要支付药品费用总额的一定比例。由于共付额基于药品费用总额，药品费用总额会较低，因此受益人承担的费用也会较低。*
- 如果您承担药品的自付额，则仅需支付所收药品的天数，并非整月。我们将计算受益人每天的药品支付金额（每日费用分摊率），并将其乘以收到药品的天数。

第 5.4 条 长期（100 天）供药费用明细表

对于某些药品，受益人可获得长期供药（也称为延期供药）。长期供药至多 100 天。

下表即为受益人获得长期供药时所支付的费用。

受益人获得 长期D 部分承保处方药时， 分摊费用为：

等级	标准零售费用分摊（网内） （最多 100 天的供药量）	邮购费用分摊 （最多 100 天的供药量）
费用分摊 1 级 （仿制药）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。	
费用分摊 2 级 （首选原研药）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。	
费用分摊 3 级 （非首选原研药）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。	
费用分摊 4 级 （特殊用途药品）	您为承保的 D 部分处方药支付 0 美元。	
费用分摊 5 级 （补充药品）	第 5 级药品无法长期供药。	

第 5.5 条 当年自付费用达到 2000 美元之前，受益人处于初期承保阶段

自付费总额达到 2000 美元之前，受益人处于初期承保阶段然后将进入重大疾病承保阶段。

对于通常不属于 Medicare Prescription Drug Plan 承保的某些处方药，我们提供额外承保。此类药品的费用不会计入受益人的自付费用总额。

受益人收到的 D 部分 EOB 将有助于跟踪受益人自身、本计划以及任何第三方代表受益人当年花费多少。许多人一年内并未达到 2000 美元的限额。

如果您达到此金额，我们会通知您。受益人达到此金额后，将离开初期承保阶段，然后进入重大疾病承保阶段。详见第 1.3 条关于 Medicare 如何计算受益人自付费用

第 6 节 在重大疾病承保阶段，本计划将支付承保 D 部分承保药品的全部费用

您的自付费用达到该日历年 2000 美元的限额时，则进入重大疾病承保阶段。一旦您进入重大疾病承保阶段，将一直处于该付款阶段直至该日历年年底。

- 在此付款阶段，本计划将支付成员 D 部分承保药品的全部费用。受益人无需支付任何费用。
- 对于我们增强福利下的排除药品承保，您需要支付 1.60 美元。

第 7 节 D 部分疫苗。受益人所付费用取决于配药方式和地点

有关疫苗费用的重要信息 – 本计划承保大多数成人 D 部分疫苗，即使受益人尚未支付其免赔额，但仍无需为此支付任何费用。请参阅受益人计划《药品清单》或联系客户服务部，以了解有关特定疫苗的承保和费用分摊的详细信息。

D 部分疫苗的承保范围分为两部分：

- 承保范围的第一部分即为**疫苗本身**的费用。
- 第二部分为向**受益人注射疫苗**的费用。（这一过程有时称为疫苗接种。）

D 部分疫苗接种的费用取决于三个因素：

1. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, 免疫实践咨询委员会) 组织是否建议成人接种该疫苗。

- ACIP 建议大多数成人免费接种 D 部分疫苗。

2. 疫苗接种地点。

- 疫苗本身可由药房配发或由医生诊室提供。

3. 疫苗接种机构。

- 药剂师或其他提供者可在药房提供疫苗接种。或者，提供者也可以在医生诊室提供疫苗接种。

受益人接种 D 部分疫苗时所付费用可能会存在差异，单具体取决于具体情况以及受益人所处的**药品付款阶段**。

- 有时在接种疫苗时，您必须支付疫苗本身的全部费用以及提供者为您提供疫苗接种的费用。您可以要求本计划偿付我们的费用分摊。对于大多数 D 部分成人疫苗，这意味着受益人将获得所付费用的全额赔付。
- 在接种疫苗的其他时候，受益人仅需支付 D 部分福利中受益人承担的费用。对于大多数 D 部分成人疫苗，您无需支付任何费用。

以下示例即为您可能获得 D 部分疫苗的三种方式。

情况 1： 在网络药房进行 D 部分疫苗接种。（您是否有权做出选择取决于您的居住地。有些州不允许药房提供某些疫苗。）

- 对于所有成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。

情况 2： 在医生诊室接种 D 部分疫苗。

- 接种疫苗时，您可能需要支付疫苗本身的全部费用以及提供者为您提供疫苗接种的费用。

- 然后，您可以通过第 7 章中所述程序，要求本计划赔付您所支付的费用。
- 您将获得为疫苗支付金额（包括接种费用）的赔付。

情况 3： 在网络药房购买 D 部分疫苗，然后携带至医生诊室完成疫苗接种。

- 对于所有成人 D 部分疫苗，您无需为疫苗本身支付任何费用。
- 医生进行疫苗注射接种时，此项服务的全部费用由本公司承保。

某些疫苗获得处方集承保，但却受到限制以确保疫苗接种得当，并通过受益人医疗福利或处方药福利来确定疫苗是否承保。无论何时，最好致电本计划，以便我们可以帮您确定疫苗是否适合您的情况，明确您可以获得疫苗的地点。

第7章：

受益人向本公司请求赔付其 承保医疗服务 或药品账单

第 1 节 受益人应向本公司请求赔付其承保服务或药品的情形

我们的网络提供者直接为您结算承保服务和药品计划账单——您不应收到承保服务或药品的账单。但如果您已收到医疗护理或药品账单，您应该将该账单发送至本公司，以便本公司进行支付。向本公司发送账单时，我们将审查该账单并决定是否应承保该服务。如果本公司决定相关服务应纳入承保范围，我们将直接向提供者付款。

如您已通过本计划支付 Medicare 服务或项目，您可以要求本计划向您赔付（向您退款过程通常称为**偿付**）。支付由本计划承保的医疗服务或药品时，受益人有权通过本计划获得赔付。受益人必须在截止日期之前获得赔付。请参阅本章第 2 节。向本公司发送受益人的已付款账单时，我们将审查该账单并决定是否应承保该服务或药品。如果本公司决定服务或药品应纳入承保范围，我们将直接向提供者付款。

有时，您也可能会从医疗服务提供者处收到一份账单，其中包含您已接受的医疗护理的全部费用，或者可能超出文件中探讨的受益人费用分摊份额。首先尝试与提供者结算账单。如若不然，请勿支付账单，然后将账单发送至本公司。我们将审查该账单并决定是否应承保此类服务。如果本公司决定相关服务应纳入承保范围，我们将直接向提供者付款。如果决定拒绝付款，我们将会通知提供者。受益

人所付费用均不得超过计划允许的分摊费用。如果该提供者已签约，受益人仍有权接受治疗。

以下示例即为受益人可能需要请求计划赔付其自身或其所收账单的情况：

1. 本公司计划的网外提供者提供急救护理或紧急医疗护理

您可以从任何提供者处获得急救或紧急服务，无论其是否属于为本公司计划网络的成员。如数此类情况，请要求提供者向本计划开具账单。

- 如果您在接受护理时自行支付全部费用，请向我们请求赔付。请将账单及您的付款凭证发送至本公司。
- 您可能会从提供者处收到一张账单，要求支付您认为自身并未积欠的费用。请将账单及您的付款凭证发送至本公司。
 - 如果积欠提供者款项，我们将直接向其付款。
 - 如果您已支付服务费用，我们将会予以赔付。

2. 网络提供者发出您认为不应支付的账单

网络提供者应始终直接向本计划开具账单。但有时网络提供者会犯错误并要求您支付服务费用。

- 每当收悉网络提供者的账单时，请将账单发送至本公司。我们将直接联系提供者并解决计费问题。

- 如果您已向网络提供者支付账单，请将账单及您的付款凭证发送至本公司。您应该请求本公司赔付您的承保服务。

3. 受益人以追溯性方式被纳入本计划

有时，投保本计划具有追溯力。（这意味着其投保的首日已经过去。投保日期甚至可能是去年。）

在投保日期之后，受益人自费承担任何承保服务或药品的，可向本公司请求赔付。受益人需要提交收据和账单等文件，以便我们处理偿付事宜。

4. 使用网外药房配药

受益人前往网外药房配药时，该药房可能无法直接向我们提交索赔。发生这种情况时，受益人必须支付全部处方费用。

请妥善保存收据，在您要求本公司赔付时，向我们发送一份副本。谨记：本公司仅在有限的情况下承保网外药房。有关此类情况的探讨，请参见第 5 章第 2.5 条。我们可能不会向您退还您在网络外药房为药品支付的金额与我们在网络内药房支付的金额之间的差额。

5. 受益人因未携带计划会员卡而支付全部处方费用

您未携带计划会员卡时，可要求药房致电本计划或查找受益人的计划投保信息。但如果药房无法立即获得其所需要的投保信息，则您可能需要自行支付全部处方费用。请妥善保存收据，在您要求本公司赔付时，向我们发送一份副

本。如果您支付的现金价格高于我们协商的处方价格，我们可能不会退还您支付的全部费用。

6. 在其他情况下支付全部处方费用

因发现某种药品出于某些原因并未纳入承保范围的，您可能会支付全部处方费用。

- 例如，该药品可能不在计划《药品清单》中，或者可能存在您尚不知晓或认为不适用受益人的要求或限制。如果您决定立即获得此药品，则您可能需要支付全部费用。

请妥善保存收据，在您要求本公司赔付时，向我们发送一份副本。在某些情况下，我们可能需要从受益人医生处获取更多信息，以便向受益人支付药费。如果您支付的现金价格高于我们协商的处方价格，我们可能不会退还您支付的全部费用。

7. 根据药品生产商患者援助计划提供的药品自付额

如从计划福利之外的 drug manufacturer patient assistance program 项下获得帮助并据此支付自付额的，您可以提交一份书面索赔声明，以使您的自付费用计入符合条件的重大疾病保险。

向本公司发送付款请求时，我们将审查该请求并决定是否应承保该服务或药品。这一过程称为做出**承保决定**。如果本公司决定服务或药品应纳入承保范围，我们将直接付

款。本公司拒绝付款请求的，您可以对公司决定提出上诉。有关如何提出上诉的信息，请查阅本文件第 9 章。

第 2 节 如何要求公司赔付或支付受益人所收账单

受益人可以向我们发送书面请求以要求赔付。如以书面形式提出请求，请发送您的账单及付款凭证。复印账单和收据作存档之用最佳。

CareOregon Advantage Plus 仅能赔付 Medicare 承保的服务。由于本公司与

Oregon Health Plan (Medicaid) 达成安排，我们无法赔付 Medicaid 承保服务。如果偿付请求获批，本公司所附款项仅涵盖 Medicare 的许可金额（通常会向提供者支付服务费），但不包含 Medicaid 涵盖的任何部分，如 Medicare 共付额和免赔额。

为了确保受益人提供了公司决定所需的所有信息，您可以填写我们的索赔表以提出付款请求。

- 您无需使用该表格，但该表有助于我们快速处理信息。
- 对于处方药的偿付：
 - 可从本公司网站 (careoregonadvantage.org/rxinfo) 下载偿付表副本；或者，请致电客户服务部索取该表。
- 对于承保医疗服务，请致电客户服务部发起偿付请求。

请将您的付款请求连同任何账单或已付款收据邮寄至本公司（地址如下）：

对于 c 部分偿付请求：

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

对于 d 部分处方药偿付请求：

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

第 3 节 我们将考虑受益人的付款请求并决定是否批准

第 3.1 条 我们审查是否应该承保服务或药品

收悉付款请求时，我们会通知您是否需要提供任何其他资料。否则，我们将考虑您的要求并做出承保决定。

- 如果确定医疗护理或药品纳入承保范围并且受益人业已遵守所有规则，我们将支付服务或药品费用。如果您已支付服务或药品费用，我们会将偿付费用邮寄给您。如果您支付了药物的全部费用，您可能无法获得全额报销（例如，如果您在网络外药房购买药物，或者您为药物

支付的现金价格高于我们的协商价格)。如果您尚未支付服务或药物费用, 我们会将付款直接邮寄给提供者。

- 如果确定医疗护理或药品不纳入承保范围, 或者受益人并未遵守所有规则, 我们不会支付服务费用。我们将向您发出函告, 解释我们不发出付款的原因且您有权对该决定提出上诉。

第 3.2 条 获知公司不会支付医疗护理或药品费用, 您可以提出上诉

如果您认定公司拒绝付款请求或我们的付款金额有误, 您可以提出上诉。如果您提出上诉, 则意味着您要求本公司变更当初拒绝付款请求时所作的决定。上诉程序为正规流程, 需附带详细程序和重要截止日期。有关如何提出上诉的详细信息, 请参阅本文件第 9 章。

第 8 章：

受益人的权利 与责任

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，包括英语水平有限和阅读能力有限者、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，上午 8 点至晚上 8 点（周六周日无休）；您还可以致电 1-800-MEDICARE

（1-800-633-4227）或 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697 直接向 Office for Civil Rights（民权办公室）提出投诉。

第 1.2 条 我们必须确保受益人及时获得承保服务和药品

受益人有权在计划网络中选择初级保健机构（PCP）来提供和安排其承保服务。受益人还有权前往女性健康专家（如妇科医生）处就诊（无需转介）。

受益人有权在合理时间内从本计划的提供者网络获得预约和承保服务。这项权利包括当需要护理时，获得专家及时服务的权利。受益人还有权在公司任何网络药房配药或进行处方药续药，无需长时间延迟。

如果您认为并未在合理时间内获得医疗护理或 D 部分药品，则请按第 9 章采取措施。

第 1.3 条 我们必须保护受益人的个人健康信息隐私

联邦和州法律保护您的医疗记录和个人健康信息的隐私。我们根据此类法律的要求保护您的个人健康信息。

- 受益人的个人健康信息包括：投保本计划时向我们提供的**个人信息**以及受益人医疗记录和其他医疗和健康信息。
- 受益人享有与之信息相关的权利，以及控制其健康信息使用方式的权利。我们向您提供一份书面通知（即 *Notice of Privacy Practice*（《隐私实践通知》）），其中介绍了此类权利并解释了本公司如何保护您的健康信息隐私。

如何保护受益人的健康信息隐私？

- 我们确保未经授权者不会查看或变更您的档案。
- 除下述情况外，拟将您的健康信息提供给不为您提供护理或不支付护理费用的任何人士时，*我们需要获得您或您的合法授权决定人的书面许可*。
- 有某些破例情况无需本公司事先获得您的书面许可。此类破例情况系经法律允许或要求。
 - 我们需要向执行护理质量检查的政府机构发布健康信息。
 - 由于您是通过 **Medicare** 加入本公司计划的受益人，因此我们需要向 **Medicare** 提供您的健康信息，其中包括您的 D 部分处方药的相关信息。如果 **Medicare** 发布您的信息用于研究或其他用途，则会根据联邦法律和法规执行；通常，要求不得共享唯一标识受益人的信息。

受益人可以查看档案信息并了解如何与他方共享

受益人有权查看本计划保存的其医疗记录并获取其记录副本。我们可以向您收取复印费用。您也有权要求我们对您的医疗记录进行补充或更正。若您要求本公司补充或更正，我们将与您的医疗保健提供者合作决定是否应该进行变更。

您有权知晓您的健康信息是如何出于非常规目的而与他人共享。

如果您对个人健康信息隐私存有疑问或担忧，请致电客户服务部。

如欲查看 CareOregon Advantage Plus 的 Notice of Privacy Practices，可本公司网站

（careoregonadvantage.org/privacypolicies）获取，或者您也可以致电客户服务部，要求向您发送纸质副本（联系电话见本手册封底）。

第 1.4 条 我们必须向您提供本计划、其提供者网络以及受益人承保服务的相关信息

您作为 CareOregon Advantage Plus 的受益人有权从本公司获取多种信息。

如您需要以下任何信息，请致电客户服务部：

- **本计划的相关信息。**例如，此类信息包括本计划财务状况的相关信息。

- **本公司网络提供者和药房的相关信息。** 受益人有权获得公司网络中的提供者和药房资格以及故事如何向网络提供者付款的相关信息。
- **受益人承保信息以及使用您的承保信息时您必须遵循的规则。** 第 3 章和第 4 章提供了医疗服务的相关信息。第 5 章和第 6 章提供了 D 部分处方药承保范围的相关信息。
- **某些不承保事项以及受益人可以采取措施的相关信息。** 第 9 章提供了关于请求书面解释不承保医疗服务或 D 部分药品的信息或受益人承保范围是否受限的信息。第 9 章还提供了有关要求本公司变更决定（也称为上诉）的信息。

第 1.5 条 我们必须支持受益人做出护理决定的权利

受益人有权了解自身的治疗选择方案并参与医疗保健相关决定

受益人有权从医生和其他医疗保健提供者处获取完整信息。您的提供者必须以 *易于您理解的方式* 解释您的病症和治疗选择。

受益人亦有权充分参与自身相关医疗保健决定。为了帮助您与医生共同决定适于您的最佳治疗，受益人权利包括：

- **了解自身所有选择方案。** 您有权获知针对自身病情推荐的所有治疗方案，无论治疗费用多少或是否由本计划承

保。其中也包括获知本计划提供的相关项目，帮助受益人管理其药物并安全用药。

- **了解风险。**您有权获知自身护理涉及的任何风险。如果研究实验中包含了任何拟定医疗护理或治疗，则必须提前告知受益人。您始终可以选择拒绝任何实验性治疗。
- **拒绝权。**受益人有权拒绝任何推荐的治疗。其中包括离开医院或其他医疗设施的权利（即使医生建议不要离开）。受益人亦有权停止用药。当然，如果受益人拒绝治疗或停止用药，因此对其身体造成的后果，由受益人自行承担全部责任。

无法自行做出医疗决定时，受益人有权指示应采取的行动

有时，人们会因事故或严重疾病而无法自行做出医疗保健决定。如属此类情况，受益人有权表达想要采取的行动。这意味着，您可以（*如愿意*）：

- 在无法自行做出决定时，请填写一份书面表格，**授予某人法定权利以代您做出医疗决定。**
- 无法自行做出决定时，**请向您的医生提供书面说明**，说明您希望其如何处理您的医疗护理。

在此类情况下，受益人用于提前做出指示的法律文件称为**预先医疗指示**。预先医疗指示表的类型和名称皆不相同。预先医疗指示表的示例包括**生前遗嘱**和**医疗保健授权书**等文件。

如欲通过预先医疗指示表以发出指示，请按下述指示执行：

- **获取表格。** 可从律师、社会工作者或某些办公用品商店获取预先医疗指示表。有时，向群众提供 Medicare 相关信息的组织可以提供预先医疗指示表。您也可以联系客户服务部索取此表（联系电话见本手册封底）。
- **填表并签名。** 无论您通过何种途径获得此表，谨记此表为一份法律文件。您应该考虑让律师帮助您编制该文件。
- **将副本交予相关人士。** 无法做出决定时，应将此表副本交予您的医生以及您在表中指定的相关人员，由其做出决定。您可以将副本交予密友或家人。请在家保留一份表格副本。

受益人事先知晓自己将要住院且已签署预先医疗指示表的，**请携带一份副本前往医院。**

- 医院会询问您是否签署预先并随身携带预先医疗指示表。
- 如果您尚未签署预先医疗指示表，医院会提供并询问您是否需要签署此表。

谨记，您可以选择是否填写 预先医疗指示表（包括您在医院时是否想要签署）。根据法律规定，无论您是否签署预先医疗指示表，任何人均不得因此而拒绝对您提供照顾或做出歧视。

未能遵守受益人指示时如何处理？

如果您签署了 预先医疗指示表，且您认为医生或医院并未遵循其中说明时，您可以致电波特兰市的 Oregon Board of Medical Examiners（971-673-2700 或免费电话：877-254-6263）提出投诉，或者致函：

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

第 1.6 条 受益人有权提出投诉并要求本公司重新考虑所做决定

如有任何问题、疑虑或投诉，需要请求承保或提出上诉，则请按第 9 章采取措施。无论是请求做出承保决定、提出上诉还是投诉，**我们必须公平对待受益人。**

第 1.7 条 受益人认为受到不公平对待或权利并未受到尊重时如何处理？

涉及歧视的，请致电民权办公室

如果受益人认定因种族、残障、宗教、性别、健康、民族、信仰（信条）、年龄、性取向或国籍而受到不公平对待的，或受益人权利未得到尊重的，则应致电美国卫生与公众服务部下属的民权办公室 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，或者致电受益人**当地的民权办公室。**

其他原因导致歧视

如果受益人认定受到不公平对待或受益人权利未得到尊重，但与歧视无关的，可以寻求帮助来解决遇到的问题：

- 您可以**致电客户服务部**。
- 您可以**致电 SHIP**。详情请转至第 2 章第 3 节。
- 或者，您可以**致电 Medicare**：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）（TTY 1-877-486-2048）。

第 1.8 条 如何获得有关受益人权利的更多信息

您可以通过以下渠道获取有关受益人权利的更多信息：

- 您可以**致电客户服务部**。
- 您可以**致电 SHIP**。详情请转至第 2 章第 3 节。
- 您可以联系 **Medicare**。
 - 您可以访问 Medicare 网站阅读或下载出版物 *Medicare Rights & Protections*。（出版物获取链接：
www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf）
 - 或者，您可以致电：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）（TTY 1-877-486-2048）。

第 2 节 您作为计划受益人承担的若干责任

您作为计划受益人需要做出以下事项。如有任何疑问，请致电客户服务部。

- **熟悉自身的承保服务以及获得此类承保服务必须遵循的规则。**通过《承保责任证明书》了解承保内容以及为获得承保服务而需要遵循的规则。
 - 第 3 章和第 4 章规定了受益人医疗服务的相关详细信息。
 - 第 5 章和第 6 章规定了受益人 D 部分处方药承保范围的相关信息。
- **除本计划之外，如有任何其他健康保险承保范围或处方药承保，请务必告知本公司。**第 1 章讲述了受益人如何协调这些福利。
- **请告诉您的医生和其他医疗保健提供者您已投保本计划。**每当您获得医疗护理或 D 部分处方药时，请出示您的计划会员卡和 Oregon Health Plan（Medicaid）卡。
- **通过向医生和其他提供者提供信息、提出问题以及跟进您的护理，从而助其向您提供帮助。**
 - 请告知医生和其他医疗服务提供者您的健康问题，助您获得最佳护理。请遵循您与医生商定的治疗计划和指示。

- 确保您的医生了解您目前所用全部药品，包括非处方药、维生素和补充剂。
- 如有任何疑问，请务必提出并获得您可以理解的答案。
- **贴心关怀。**我们希望所有受益人均能尊重其他患者的权利。我们也希望您的行为有助于医生诊室、医院和其他办公室的顺利运行。
- **支付积欠费用。**您作为计划受益人，有责任支付以下费用：
 - 如欲维持您计划受益人的身份，您的 **Medicare** 保费不得中断。

对于本计划承保的大部分药品，您必须在获得药品时支付费用分摊。
 - 若因收入较高（如您最近一次 纳税申报表 所示）而需要您支付 **D** 部分的额外费用，则为了维持您计划受益人的身份，必须继续直接向政府支付额外费用。
- **如果迁入本计划服务区域，我们需要知晓此事宜，** 以便及时更新您的受益人档案并了解如何与您取得联系。
- **如果您移出本计划服务区域，您将无法继续成为本计划的受益人。**
- 如果迁居，告知社会保障局（或 Railroad Retirement Board）亦至关重要。

第 9 章：

问题或投诉 (承保决定、 上诉、 投诉) 的解决 方案

第 9 章 问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）的解决方案

第 1 节 简介

第 1.1 条 如有问题或疑虑时如何处理

本章介绍了处理问题和疑虑的相关流程。处理问题所用过程取决于两大要素：

1. 无论您的问题是 **Medicare** 承保福利还是 **Medicaid** 承保福利。如果您需要帮助决定采用 **Medicare** 流程还是 **Medicaid** 流程（或二者皆用），请联系客户服务部。
2. 所遇问题类型：
 - 对于有些问题，您需要使用**承保决定和申诉流程**。
 - 对于其他问题，您需要通过**投诉流程**予以解决，也称为申诉。

此类流程已经获得 **Medicare** 批准。每个流程都配有一套本公司和受益人必须遵守的规则、程序和截止日期。

第 3 部分所述指南将助您确定拟使用的正确流程以及您的对策。

第 1.2 条 法律术语如何处理？

本章中解释的某些规则、程序和截止日期类型均有法律术语。对于大多数人而言，其中许多术语既不熟悉又晦涩难懂。为了化繁为简，本章：

- 采用简化词语代替某些法律术语。例如：本章通常说《投诉》而非提出申诉，采用承保决定而非组织决定或

承保决定或风险决定，独立审查组织并非独立审查机构。

- 本章有也尽可能地减少缩写词的使用。

但了解正确的法律术语对受益人而言极有帮助，有时甚至至关重要。了解使用哪些术语将有助于您更准确地进行沟通，从而获得符合自身情况的适当帮助或信息。为了帮助您了解要使用哪些术语，提供处理特定类型情况的详细信息时，我们包含了法律术语。

第 2 节 获得更多信息和个性化帮助的渠道

我们随时为您提供帮助。即使受益人对本公司对其做出的处理方式提出投诉，但我们仍有义务尊重其投诉权。因此，您应该随时联系客户服务部寻求帮助。但在某些情况下，您可能还需要获得与本公司无关人士的帮助或指导。以下即为可能为您提供帮助的两大实体。

State Health Insurance Assistance Program（SHIP）。

每个州都制定一项由训练有素的顾问组成的政府项目。该项目与本公司或任何保险公司或健康计划无关。该项目的顾问可帮助您了解应该使用哪个流程来处理您遇到的问题。他们也可以解答您的问题，为您提供更多信息，并提供具体做法指导。

SHIP 顾问服务不收取任何费用。您可以在本文件第 2 章第 3 节中查找电话号码和网站 URL。

Medicare

您也可以联系 Medicare 寻求帮助。如欲联系 Medicare：

- 您可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。
- 您还可以访问 Medicare 网站（www.medicare.gov）。

您可以通过 Oregon Health Plan（Medicaid）获取帮助和信息

如需处理问题的更多信息和帮助，您还可以联系 Oregon Health Plan（Medicaid）。以下即为联系 Oregon Health Plan 的几种方法：

- 您可以拨打 OHP 免费客户服务电话：800-273-0557。
TTY 用户应致电 711。
- 您可以发送电子邮件：
oregonhealthplan.changes@dhsosha.state.or.us
- 您通过以下网址下载并填写投诉表：
apps.state.or.us/Forms/Served/he3001.pdf。

第 3 节 应使用哪个流程解决受益人遇到的问题？

由于您持有 Medicare 并获得 Medicaid 的帮助，因此您可以使用不同的流程来处理您的问题或投诉。您使用哪个流程取决于该问题是关乎 Medicare 福利还是 Medicaid 福利。如果您的问题是涉及 Medicare 承保的福利，则应使用 Medicare 流程。如果您的问题是涉及 Medicaid 承保的福利，则应使

用 Medicaid 流程。如果您需要帮助决定采用 Medicare 流程还是 Medicaid 流程，请联系客户服务部。

本章采用不同的章节部分来阐述 Medicare 流程和 Medicaid 流程。如需查找您应该阅读哪一部分，请使用下述图表。

您的问题关乎 Medicare 福利还是 Medicaid 福利？

如果您需要帮助确定自身问题是关乎 Medicare 福利还是 Medicaid 福利，请联系客户服务部。

本人的问题主要涉及 **Medicare** 福利。

请转至本章的下一节，即**第 4 节，处理 Medicare 福利的相关问题**。

本人的问题主要涉及 **Medicaid** 承保范围。

请向前跳转至本章**第 12 节，处理 Medicaid 福利的相关问题**。

有关您的 MEDICARE 福利的问题

第 4 节 处理 Medicare 福利的相关问题

第 4.1 条 是否应使用该流程处理承保决定和上诉？或者是否应使用该流程进行投诉？

如有问题或疑虑，仅需阅读本章中的适用小节即可。下表将帮助您查找本章中有关 **Medicare 承保福利** 的相关问题或投诉的正确小节。

如欲了解本章的哪一部分有助于解决您对 **Medicare** 福利的问题或疑虑，请使用此图表：

您的问题或担忧关乎您的福利还是承保？

这包括医疗护理（医疗物品、服务和/或 B 部分处方药）是否承保、承保方式以及与支付医疗护理相关的问题。

是。

继续本章的下一小节（即第 5 节，承保决定和上诉的基础知识指南）。

否。

请跳转至本章末尾的第 11 节：如何投诉护理质量、等待时间、客户服务或其他问题。

第 5 节 承保决定和上诉的基础知识指南

第 5.1 条 请求承保决定并提出上诉：概述

承保决定和上诉主要处理了与受益人福利和医疗护理承保范围（服务、项目和 B 部分处方药（包括付款））相关的问题。为确保行文简便，我们通常将医疗项目、服务和 Medicare B 部分处方药称为**医疗护理**。您可以使用承保决定和上诉流程来解决某些问题，例如是否承保某项目/服务以及某项目/服务的承保方式。

接受福利之前请询问承保范围决定

承保决定是指我们针对您的福利和承保范围、或我们将为受益人的医疗护理支付的金额，进而做出的决定。例如，如果受益人计划网络的医生将您推荐给网外医疗专家，则此推介属于有利的承保决定，除非您的网络医生可证明，或者《承保责任证明书》明确在任何情况下此推介的服务均不纳入投保范围。如果您的医生不确定我们是否会承保特定医疗服务或是否会拒绝提供您认为需要的医疗护理，您自身或您的医生也可以联系我们并要求提供承保决定。换言之，如果您在接受承保决定之前想知晓我们是否会承保某项医疗服务，您可以要求我们为您做出承保决定。在有限情况下，做出承保决定的请求将被驳回，这意味着我们不会审查该请求。请求被驳回的示例包括请求不完整、某人代您提出请求但未无合法授权，或者您要求撤回请求。如果我们驳回承保决定的请求，我们将发出通知，解释驳回请求的原因以及如何要求对驳回请求进行复审。

每当我们决定您的承保范围以及我们支付的金额时，即表示我们会为您做出承保决定。在某些情况下，我们可能会决定不承保医疗护理或 **Medicare** 不再为您承保医疗护理。如果您不同意此承保决定，可以提出上诉。

提出上诉

如果我们做出承保决定但受益人不满意的，无论是在收到福利之前还是之后，受益人均可以对该决定提出**上诉**。上诉是

指要求我们复审和变更所作承保决定的正规方式。在某些情况下（我们稍后会探讨），您可以请求对承保决定进行加急或**快速上诉**。您的上诉由不同的审查人员处理，并非做出最初决定的人员。

受益人第一次对决定提出的上诉称为 **1 级上诉**。本次上诉中，我们审查所作承保决定，以核实我们是否正确遵守规则。当我们完成审查后，会向受益人提供我们的决定。

在有限情况下，**1 级上诉**的请求将被驳回，这意味着我们不会审查该请求。请求被驳回的示例包括请求不完整、某人代您提出请求但未无合法授权，或者您要求撤回请求。如果我们驳回 **1 级上诉**的请求，我们将发出通知，解释驳回请求的原因以及如何要求对驳回请求进行复审。

如果我们对您提出的全部或部分医疗护理 **1 级上诉**均予以否决，您的上诉将自动转为 **2 级上诉**，主要由与本公司无关的独立审查组织负责审查。

- 您无需任何操作即可开始 **2 级上诉**。**Medicare** 规则要求，如果我们不完全同意您的 **1 级上诉**，我们会自动将您的医疗护理上诉升级至 **2 级**。
- 有关 **2 级上诉**的更多信息，请参阅本章**第 6.4 条**。
- 我们将在本章第 7 节中进一步探讨 **D 部分**上诉。

如果受益人不服 **2 级上诉**裁决，则可以继续进行其他级别的上诉（本章第 10 节介绍了 **3 级、4 级和 5 级**上诉的上诉流程）。

第 5.2 条 请求承保决定或上诉时如何获助

如果您决定请求任何性质的承保决定或对决定提出上诉的，可以使用以下资源：

- 您可以**致电客户服务部**联系我们。
- 您可以从**州健康保险援助计划**获得**免费帮助**。
- **您的医生可代为提出请求**。如果您的医生帮助上诉达 2 级以上，则需要指定医生担任（您的）受益人代表。请致电客户服务部并索取《代表任命表》。（可在 Medicare 网站 (www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或本公司网站 (careoregonadvantage.org/medicareFAQ) 下载此表)
 - 对于医疗护理，您的医生可代您请求承保决定或进行 1 级上诉。如果您的 1 级上诉被拒绝，则将自动转为 2 级上诉。
 - 对于 D 部分处方药，您的医生或其他处方医生可代您请求承保决定或进行 1 级上诉。如果您的 1 级上诉被拒绝，您的医生或处方医生可以请求 2 级上诉。
- **您可以请人代办**。如您愿意，您可以指定另一人士为**代表**，要求承保决定或提出上诉。
 - 如果您希望亲友或其他人作为您的代表，请致电客户服务部并索要 *Appointment of Representative*（《代表

任命表》）。（可在 Medicare 网站
（www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf）或本公司网站
（careoregonadvantage.org/medicareFAQ）下载此

表）此表允许该人士代受益人行事。您自身及其希望代您行职的人士应签署此表。您必须向我们提供一份经签署的表格副本。

- 虽然我们可以接受无表格的上诉请求，但在收到表格之前我们无法开始或完成审核。收悉上诉请求后的 44 个日历日（即本公司对上诉做出决定的截止日期）内未收到该表格的，您的上诉请求将被驳回。如发生此情况，我们将向您发送书面通知，解释您有权请求独立审查组织审查本公司驳回上诉的决定。

- **有权聘请律师。**您可以联系己方律师，或者从当地律师协会或其他推荐服务机构获取律师的姓名。如果您符合资格，也有一些团体将为您提供免费法律服务。但**您无需聘请律师**以请求任何性质的承保决定或对决定提出上诉。

第 5.3 条 本章的哪一小结详细介绍了受益人的具体情况？

涉及承保决定和上诉的不同情况共分四种。由于每种情况的规则和截止日期皆不相同，我们在单独小结中提供每种情况的详细信息：

- 本章**第 6 节**：受益人的医疗护理：如何请求承保决定或上诉
- 本章**第 7 节**：Medicare D 部分处方药：如何请求承保决定或上诉
- 本章**第 8 节**：如果您认为医生要求您过早出院，如何请求本公司延长住院时间
- 本章**第 9 节**：如果您认定承保即将到期，如何要求本公司继续承保某些医疗服务（*仅适用于*：家庭医疗保健、专业护理设施护理和 Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility（CORF）服务等）

若不确定应该使用哪个小结，请致电客户服务部。您还可以从 State Health Insurance Assistance Program 等政府组织获得帮助或信息。

第 6 节 受益人的医疗护理：如何请求承保决定或会对承保决定上诉

第 6.1 条 本节讲述了如有医疗护理承保相关问题或希望本公司赔付时如何处理
--

本节主要涉及受益人的医疗护理福利。本文件第 4 章阐述了此类福利：*医疗福利图表*

（*承保范围*）在某些情况下，B 部分处方药的请求适用不同的规则。届时我们将解释 B 部分处方药的规则与医疗用品和服务的规则有何不同。

本节阐释了受益人发生以下任何一种情况时，可以采取哪些措施：

1. 您并未得到想要的某些医疗护理且认定此类护理在本计划的承保范围内。**请求承保决定。第 6.2 条。**
2. 本计划不会批准医生或其他医疗提供者想要为您提供的医疗护理，并且您认定此类护理在本计划的承保范围内。**请求承保决定。第 6.2 条。**
3. 您已经接受了您认为应由本计划承保的医疗护理，但本公司已表示不会支付该护理费用。**提出上诉。第 6.3 条。**
4. 您已经接受并支付了您认为应由本计划承保的医疗护理，且想要请求本计划为您赔付该护理费用。**向本公司发送账单。第 6.5 条。**
5. 您获知既往批准的某些医疗护理承保范围减少或停保，且您认定这种护理减少或停保可能会损害您的健康。**提出上诉。第 6.3 条。**

注意：如果即将停保的承保范围是医院护理、居家护理、专业护理设施护理或综合门诊康复机构（CORF）服务，您需要阅读本章第 7 节和第 8 节。特殊规则适用于此类护理。

第 6.2 条	逐步介绍：如何请求做出承保决定
----------------	------------------------

法律术语

当承保决定涉及受益人的医疗护理时，称为**组织决定**。
快速承保决定称为**加急决定**。

第 1 步：决定受益人需要标准承保决定还是快速承保决定。

通常在 14 天 或 72 小时内做出标准承保决定。对于医疗服务，通常在 72 小时内做出快速承保决定；对于 B 部分药品，通常在 24 小时内做出快速承保决定。为了获得快速承保决定，受益人必须满足两个要求：

- 受益人 *仅能要求承保医疗物品和/或服务*（不得要求为已收物品和/或服务付款）。
- 仅在使用标准期限可能严重 *损害受益人健康时或损害其工作能力时*，才能获得快速承保决定。
- 如果医生告知本公司，您的健康状况需要快速承保决定，我们将自动同意为您做出快速承保决定。
- 受益人在无医生支持情况下自行要求快速承保决定的，我们将判断您的健康是否需要快速承保决定。不批准快速承保决定的，我们将向您发送一封函告，内容包括以下解释：
 - 我们将使用标准截止日期
 - 如果您的医生要求快速承保决定，我们将自动为您做出快速承保决定

- 您可以就我们决定提供标准承保决定，而非您请求的快速承保决定决定，提出快速投诉。

第 2 步：请求本计划做出承保决定或快速承保决定。

- 首先项本计划致电、致函或传真，请求本公司授权或承保您想要的医疗护理。您自身、医生或代表均可以行此举。联系信息见第 2 章。

第 3 步：我们会考虑您的医疗护理请求并做出答复。

对于标准承保决定，我们采用标准截止日期。

这意味着我们将于收悉您的**医疗物品或服务**请求后 **14 个日历日内**做出答复。如果您的请求涉及 **Medicare B 部分处方药**，我们将于收悉请求后的 **72 小时内**做出答复。

- **但是**，如果您需要更多时间，或者如果我们需要更多可能对您有益的信息，且如果您的请求涉及医疗物品或服务，则**我们还需要 14 天以上**。如果我们需要额外几天时间，我们会书面通知您。如果您的请求涉及 **Medicare B 部分处方药**，我们无法花费额外的时间做出决定。
- 如果您认为我们不应该多花几天时间，则您可以提出快速投诉。一旦做出决定，我们将立即对您的投诉做出答复。（投诉流程与承保决定、申诉流程不同。请参阅本章第 11 节了解投诉相关信息。）

为了快速做出承保决定，我们采用加急时间表。

快速承保决定意味着如果您的请求涉及医疗物品或服务，我们将在 72 小时内做出答复。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们将在 24 小时内回复。

- **但是**，如果您需要更多时间，或者如果我们需要更多可能对您有益的信息，则**我们还需要 14 天以上**。如果我们需要额外几天时间，我们会书面通知您。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们无法花费额外的时间做出决定。
- 如果您认为我们不应该多花几天时间，则您可以提出快速投诉。请参阅本章第 11 节了解投诉相关信息。）一旦我们做出决定，将会立即向您致电。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的**，我们将向您发送一份书面声明，解释拒绝的原因。

第 4 步：如果我们拒绝您的医疗承保请求，您可以上诉。

如果我们拒绝，您有权通过提出上诉以要求我们复议这一决定。这意味着再次请求获得您想要的医疗护理承保范围。如果您提出上诉，则意味着您将进入 1 级上诉流程。

第 6.3 条 逐步介绍：如何提出 1 级上诉

法律术语

针对医疗承保决定向本计划提出的上诉称为计划**复议**。
快速上诉也称为**加急复议**。

第 1 步：决定您是否需要标准上诉或快速上诉。

通常在 30 天 或 7 小时内做出 B 部分药品的标准上诉。一般会在 72 小时内提出快速上诉。

- 如对我们就您尚未接受的护理承保做出的决定提出上诉，您和/或您的医生将需要决定是否需要快速上诉。如果医生告知本公司，您的健康状况需要快速起诉，我们将为您快速起诉。
- 获得快速上诉的要求与本章第 6.2 条中获得快速承保决定的要求相同。

第 2 步：向本计划提出上诉或快速上诉

- **如果受益人请求标准上诉，请以书面形式提交您的标准上诉。您也可以致电本公司请求上诉。联系信息见第 2 章。**
- **如果您要求快速上诉，请以书面形式提出上诉或致电本公司。联系信息见第 2 章。**
- **受益人必须在本公司发出书面通知（告知受益人本公司对承保决定的答复）之日起 60 个日历日内提**

出上诉请求。如果错过了这个截止日期且有充分理由错过该截止日期，请在提出上诉时解释上诉延迟的原因。我们可能会为您提供更多时间提出上诉。您因严重疾病而无法联系本公司，或者本公司向您提供了关于请求上诉截止日期的不正确或不完整信息，此均可能构成良好延迟事由。

- **您可以索取有关您的医疗决定的信息副本。受益人及其医生可以添加更多信息来支持上诉。**向您复制和发送此信息时，本公司获准向您收取信息费。

第 3 步：我们会考虑您的申诉并给予答复。

- 审查患者上诉时，我们会仔细查看所有信息。拒绝受益人请求时，我们会审查自身是否遵守了所有规则。
- 如有需要，我们将收集更多信息，可能会联系受益人或其医生。

快速上诉的截止日期

- 对于快速上诉，**本公司须在收悉上诉后 72 小时内做出答复。**如果受益人健康状况需要，我们会尽快做出答复。
 - 如果您需要更多时间，或者如果我们需要更多可能对您有益的信息，且如果您的请求涉及医疗物品或服务，则**我们还需要 14 天以上。**如果我们需要额外几

天时间，我们会书面通知您。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们无法花费额外的时间。

○ 本公司并未在 72 小时内（或者花费额外天数的，则在延长的时间段结束之前）内做出答复，我们需要自动将您的请求升级至 2 级上诉流程，届时将由独立审查组织进行审查。第 6.4 条解释了 2 级上诉流程。

- **本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的**，则我们必须在收悉受益人上诉后的 72 小时内授权或提供同意给与的承保。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的**，我们将以书面形式向您发出我们的决定，然后自动将给上诉升级至独立审查组织进行 2 级上诉。独立审查机构收到上诉后将书面通知您。

标准上诉的截止日期

- 对于标准上诉，我们必须在收到上诉后的 **30 个日历日内**做出答复。如果您的请求主要针对您尚未收到的 Medicare B 部分处方药，我们将在收到您的上诉后的 **7 个日历日内**做出答复。如果受益人健康状况需要，我们会尽快做出决定。
 - 但是，如果您需要更多时间，或者如果我们需要更多可能对您有益的信息，且如果您的请求涉及医疗物品或服务，则**我们还需要 14 个日历日以上**。如果我们还需要额外几天时间，我们会书面通知您。如果您的请

求涉及 Medicare B 部分处方药，我们无法花费额外的时间做出决定。

- 如果您认为我们不应该多花几天时间，则您可以提出快速投诉。受益人提出快速投诉时，我们将在 24 小时内做出投诉答复。请参阅本章第 11 节了解投诉相关信息。）
- 如果我们未在截止日期前（或延长期限结束之前）做出答复，我们会将请求升级至 2 级上诉，届时将由独立审查组织对上诉进行审查。第 6.4 条解释了 2 级上诉流程。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的，** 如果请求涉及医疗物品或服务，则我们必须在收悉受益人上诉后的 30 个日历日内授权或提供承保；如果请求涉及 Medicare B 部分处方药，则必须在 **7 个日历日内** 授权或提供承保。

如果本计划拒绝受益人的部分或全部上诉，我们会自动将您的上诉升级至独立审查组织进行 2 级上诉。

第 6.4 条 逐步介绍：如何进行 2 级上诉

法律术语

独立审查组织的正式名称为**独立审查机构**。有时也称为**IRE**。

独立审查组织是 Medicare 聘请的独立机构。 该机构既与本公司无关联亦非政府机构。该组织判定本公司所作决定是否正确或者是否应作变更。该组织工作受 Medicare 监督。

第 1 步：独立审查组织将审查您的上诉。

- 我们会将有关受益人上诉的信息发送至该组织。此信息称为受益人**案卷**。**受益人有权向本公司索要其案卷副本。** 向您复制和发送此信息时，本公司获准向您收取信息费。
- 受益人有权向独立审查组织提供更多信息以支持上诉。
- 独立审查组织的审查人员将仔细审查受益人申诉的所有相关信息。

如在 1 级上诉时进行快速上诉，您也将在 2 级时进行快速上诉

- 对于快速上诉，独立审查组织必须在收到上诉后的**72 小时内**对您的 2 级上诉做出答复。
- 如果请求涉及医疗物品或服务且独立审查组织需要收集可能对您有利的更多信息，**则最多可能需要 14 个日历日**。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，则独立审查组织无法花费额外的时间做出裁定。

如在 1 级上诉时进行标准上诉，您也将在 2 级时进行标准上诉

- 对于标准上诉，如果您的请求涉及医疗物品或服务，独立审查组织必须在收悉上诉后的 **30 个日历日内** 对您的 2 级上诉做出答复。
- 如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，则独立审查组织必须在收悉上诉后的 **7 个日历日内** 对您的 2 级上诉做出答复。
- 如果请求涉及医疗物品或服务且独立审查组织需要收集可能对您有利的更多信息，**则最多可能需要 14 个日历日**。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，则独立审查组织无法花费额外的时间做出裁定。

第 2 步：独立审查组织对受益人做出答复。

独立审查组织将书面告知受益人其裁定并解释原因。

- **如果独立审查组织对涉及医疗物品或服务的请求予以肯定**，我们必须在收悉独立审查组织针对**标准请求**所作裁定后的 **72 小时内**，授权医疗护理承保，或在 **14 个日历日内** 提供服务，或者在本计划收悉独立审查组织针对**加急请求**所作裁定之日起的 **72 小时内**，提供服务。
- **如果独立审查组织同意部分或全部 Medicare B 部分处方药请求**，我们必须在收悉独立审查组织针对**标准请求**所作裁定后的 **72 小时内**，或在收悉独立审查组

织针对**加急请求**所作裁定之日起的 **24 小时内**，提供 Medicare B 部分处方药。

- **如果该组织拒绝您的部分或全部上诉**，这意味着该组织同意本公司的计划，即受益人的医疗护理承保请求（或部分请求）不应获批。（这一结果称为**维持决定**或**驳回上诉**。）在这种情况下，独立审查组织将向受益人发送函告：
 - 解释其裁定。
 - 通知受益人有权进行 3 级上诉，但前提是受益人请求的医疗护理承保金额达到特定的最低限额。通过独立审查组织签发的书面通知，受益人将获知继续上诉流程必须满足的金额。
 - 告知受益人如何提出 3 级上诉。

第 3 步：如果案件符合要求，受益人可以选择是否进一步上诉。

- 2 级上诉之后，还有另外 3 级上诉流程（共有 5 个上诉级别）。如欲进行 3 级上诉，请参阅 2 级上诉后所收书面通知，了解关于如何执行此上诉的详细信息。
- 由行政法法官或律师审裁员处理 3 级上诉。本章第 10 节阐述了 3、4 和 5 级上诉流程。

第 6.5 条 请求本公司赔付受益人所收医疗护理账单时如何处理？

我们无法直接向您偿付 Medicaid 服务或物品。如果收悉 Medicaid 承保服务和物品的账单，请将账单发送至本公司。**受益人不应该自行支付该账单。**我们将直接联系提供者并处理该问题。但如果受益人已支付该账单且遵守获取服务或物品的规则，则可以从该医疗保健提供者处获得退款。

请求偿付即要求本公司做出承保决定

如果您向本公司发送偿付请求文件，即表示您请求做出承保决定。我们将审查您支付的医疗护理是否属于承保服务，进而做出这项决定。我们还将审查您是否已经遵守通过承保进行医疗护理的所有规则。

- **本公司同意受益人请求的：**如果医疗护理纳入承保范围且您已遵守所有规则，我们将在收到请求后的 60 个日历日内向您支付费用。如果您尚未支付医疗护理费用，我们将直接向提供者付款。
- **本公司拒绝受益人请求的：**如果医疗护理不在承保范围内，或者您并未遵守所有规则，本公司将不会付款。相反，我们会向您发送函告，述明本公司不会支付医疗护理费用并说明原因。

如果您不同意本公司做出的拒绝决定，**您可以提出上诉。**如果您提出上诉，则意味着您要求本公司变更当初拒绝付款请求时所作的承保决定。

如欲提出上诉，请遵循第 5.3 条中所述的上诉流程。对于有关偿付的上诉，请注意：

- 我们必须收到上诉后的 60 个日历日内做出答复。如果要求本公司向受益人赔付您已经接受并支付的医疗护理费用，则不得要求快速上诉。
- 如果独立审查组织裁定应该由本公司付款，本公司必须在 30 个日历日内向您或提供者付款。如果在 2 级之后的上诉流程的任何阶段，您的上诉裁决均获得支持，本公司必须在 60 个日历日内向您或提供者支付请求款。

第 7 节 受益人的 D 部分处方药：如何请求承保决定或上诉

第 7.1 条	本节讲述了如有获得 D 部分处方药相关问题，或希望本公司赔付 D 部分处方药时如何处理
----------------	--

受益人福利包括纳入承保范围的众多处方药。如欲获得承保，药品必须用于医学公认的适应症。（如欲了解有关医学上可接受的适应症的更多信息，请参阅第 5 章。）有关 D 部分药品、规则、限制和费用的详细信息，请参阅第 5 章和第 6 章。**本节仅涉及 Medicare D 部分药品。**为确保行文简便，我们一般在本节其余部分中称为*药品*，而非每次重述*承保门诊处方药*或*D 部分药品*。我们还使用术语《药品清单》来代替《承保药品清单》或《处方集》。

- 如果您尚不知晓药品是否纳入承保或者是否符合规定，您可以询问本公司。对于有些药品，需要您在获得本公司批准后才会纳入承保范围。
- 如果您从药房获知，无法按书面说明完成您的药房配药，药房将向您发出书面通知，说明如何联系本公司以请求承保决定。

D 部分承保决定和上诉

法律术语

初期承保决定称为**承保范围判定**。

承保决定是指我们针对您的福利和承保范围、或我们将为受益人药品支付的金额，进而做出的决定。本节阐释了受益人发生以下任何一种情况时，可以采取哪些措施：

- 请求承保不在本计划《*承保药品清单*》中的 D 部分药品。**请求破例。第 7.2 条**
- 请求放弃对计划承保药品的限制（例如对受益人可以获得的药品数量的限制）**请求破例。第 7.2 条**
- 请求获得药品的预先批准。**请求承保决定。第 7.4 条**
- 支付您已经购买的处方药费用。**要求本公司向受益人赔付第 7.4 条**

受益人不同意本公司做出的承保决定的，可以对决定提出申诉。

本节阐述了如何请求承保决定以及如何请求上诉。

第 7.2 条 什么是破例？

法律术语

有时，请求承保《药品目录》中并未涵盖的药品即构成请求**处方破例**。

请求取消对药品承保范围的限制即构成请求**处方破例**。

有时，请求低价支付承保的非首选药品即构成请求**分级破例**。

药品未按照您希望的承保方式承保的，可以要求本公司**破例**。破例属于一种承保决定。

要求您的医生或其他处方医生解释您需要批准破例的医学原因，以便本公司考虑您的破例请求。以下示例即为受益人或其医生或其他处方医生可以要求本公司做出的两种破例：

1. 为受益人承保并非纳入《药品清单》的 D 部分药品。
2. 解除承保药品的限制。第 5 章阐述了适用于《药品清单》特定药品的额外规则或限制。

第 7.3 条 关于请求破例的重要事项

您的医生必须将医学原因告知本公司

您的医生或其他处方医生必须向本公司提供一份声明，解释请求破例的医学原因。为了更快做出决定，请在请求破例时随附医生或其他处方医生提供的医疗信息。

通常，我们的《药品清单》包括多种治疗特定病症的专用药品。这些不同替代选择被称为**替代**药品。如果替代药品与受益人请求的药品同效，且不会引发更多副作用或其他健康问题，我们通常不会批准受益人的破例请求。

本公司可以批准或拒绝请求

- 如果批准破例请求，本公司的批准通常在计划年的年底之前均有效。只要受益人医生继续为其开具处方，且该药品对治疗其病情仍然安全有效，以上情况依然成立。
- 如果拒绝您的请求，您可以通过提出上诉要求对本公司的决定进行复审。

第 7.4 条 逐步介绍：如何请求承保决定 包括破例

法律术语

快速承保决定称为**加急承保范围判定**。

第 1 步：决定受益人需要标准承保决定还是快速承保决定。

标准承保决定是在本公司收到受益人医生声明后的 **72 小时** 内做出。**快速承保决定**是在本公司收到受益人医生声明后的 **24 小时** 内做出。

如属受益人健康需要，请向本公司请求做出快速承保决定。
为了获得快速承保决定，受益人必须满足两个要求：

- 必须请求尚未收到的药品。（业已购买的药品不能请求快速承保决定赔付。）
- 使用标准期限可能严重损害受益人健康时或损害其工作能力。
- 如果医生或其他处方医生告知本公司，您的健康状况需要快速承保决定，我们将自动为您做出快速承保决定。
- 受益人在无医生或处方医生支持情况下自行要求快速承保决定的，我们将判断您的健康是否需要快速承保决定。不批准快速承保决定的，我们将向您发送一封函告，内容包括以下解释：

- 我们将使用标准截止日期。
- 如果您的医生或其他处方医生要求快速承保决定，我们将自动为您做出快速承保决定。
- 告知您可以就我们决定提供标准承保决定，而非您请求的快速承保决定决定，提出快速投诉。我们将在收到投诉后 24 小时做出答复。

第 2 步：请求标准承保决定或快速承保决定。

首先项本计划致电、致函或传真，请求本公司授权或承保您想要的医疗护理。您还可以通过本公司网站使用承保决定流程。我们必须接受任何书面请求，包括通过 CMS Model Coverage Determination Request Form（CMS, 制式承保范围判定申请表）或本公司的计划表 请于公司网站 careoregonadvantage.org/members/rx-and-drug-information/pharmacy-appeal-form 上获取提交的请求。

联系信息见第 2 章。为了协助本公司处理您的请求，请务必提供您的姓名、联系信息以及识别正在上诉的被否决请求的信息。

您自身、医生，（或其他处方医生）或代表均应如此。您也可以聘请律师代您执行。本章第 4 节介绍了受益人如何书面许可他方担任受益人代表。

- **如果受益人请求破例，请提供支持性声明**，即破例的医学原因。受益人医生或其他处方医生可以将该声明传真或邮寄至本公司。或者，受益人医生或其他处方医生可

以通过电话告知本公司，并在必要时通过传真或邮寄书面声明的方式进行跟进。

第 3 步：我们会考虑您的申请并给予答复。

快速承保决定的截止日期

- 一般而言，本公司必须在收悉请求后的 **24 小时内** 做出答复。
 - 对于破例情况，本公司将在收到医生提供的支持性声明后的 **24 小时内** 做出答复。如果受益人健康状况需要，我们会尽快做出答复。
 - 如果未能在该截止日期前做出答复的，我们必须将您的请求升级至 2 级上诉流程，由独立审查组织进行审查。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的**，则我们必须在收悉受益人上诉或医生的支持性声明之后的 **24 小时内**，提供同意给与的承保。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的**，我们将向您发送一份书面声明，解释拒绝的原因。我们也会告知受益人如何进行上诉。

受益人尚未收到药品的标准承保决定的截止日期

- 一般而言，本公司必须在收悉请求后的 **72 小时内** 做出答复。

- 对于破例情况，本公司将在收到医生提供的支持性声明后的 72 小时内做出答复。如果受益人健康状况需要，我们会尽快做出答复。
- 如果未能在该截止日期前做出答复的，我们必须将您的请求升级至 2 级上诉流程，由独立审查组织进行审查。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的，则我们必须在收悉受益人请求或医生的支持性声明之后的 72 小时内，提供同意给与的承保。**
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的，我们将向您发送一份书面声明，解释拒绝的原因。我们也会告知受益人如何进行上诉。**

受益人支付已购买药品的标准承保决定的截止日期

- 我们必须收到上诉后的 **14 个日历日**内做出答复。
 - 如果未能在该截止日期前做出答复的，我们必须将您的请求升级至 2 级上诉流程，由独立审查组织进行审查。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的，我们还需要在收到请求后的 14 个日历日内向您付款。**
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的，我们将向您发送一份书面声明，解释拒绝的原因。我们也会告知受益人如何进行上诉。**

第 4 步：本公司否决您的承保请求的，您可以提出上诉。

- 如果我们拒绝，您有权通过提出上诉以要求我们复议这一决定。这意味着再次请求获得您想要的药品承保范围。如果您提出上诉，则意味着您将进入 1 级上诉流程。

第 7.5 条 逐步介绍：如何提出 1 级上诉

法律术语

针对 D 部分药品承保决定向本计划提出的上诉称为**计划复定**。

快速上诉也称为**加急复定**。

第 1 步：决定您是否需要标准上诉或快速上诉。

标准上诉通常会在 7 天内提出。一般会在 72 小时内提出快速上诉。如属受益人健康需要，请请求快速上诉。

- 如对我们就您尚未接受的药品做出的决定提出上诉，您和医生或其他处方医生将需要决定是否需要快速上诉。
- 获得快速上诉的要求与本章第 6.4 条中获得快速承保决定的要求相同。

第 2 步：受益人、其代表、医生或其他处方医生必须联系本公司并提出 1 级上诉。如果受益人健康状况需要快速响应，您必须请求**快速上诉**。

- **对于标准上诉，请提交书面请求或致电本公司。**联系信息见第 2 章。
- **如需快速上诉，请以书面形式提交上诉，或致电联系本公司 503-416-4279 或免费致电 888-712-3258。**联络时段为 10 月 1 日 - 3 月 31 日上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日 - 9 月 30 日上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。联系信息见第 2 章。
- **我们必须接受任何书面请求，**包括透过 CMS 范本重新确定申请表（CMS Model Redetermination Request Form）提交的请求，该申请表可在我们的网站上取得 *[insert direct URL]*。请务必提供您的姓名、联系信息以及索赔的相关信息，以便协助我们处理您的请求。
- **受益人必须**在本公司发出书面通知（告知受益人本公司对承保决定的答复）之日起 **65 个日历日内提出上诉请求**。如果错过了这个截止日期且有充分理由错过该截止日期，请在提出上诉时解释上诉延迟的原因。我们可能会为您提供更多时间提出上诉。您因严重疾病而无法联系本公司，或者本公司向您

提供了关于请求上诉截止日期的不正确或不完整信息，此均可能构成良好延迟事由。

- **您可以索取上诉所含信息的副本并添加更多信息。**
受益人及其医生可以添加更多信息来支持上诉。向您复制和发送此信息时，本公司获准向您收取信息费。

第 3 步：我们会考虑您的申诉并给予答复。

- 审查患者上诉时，我们会仔细查看有关承保请求的所有信息。拒绝受益人请求时，我们会审查自身是否遵守了所有规则。我们可能会联系您或医生或其他处方医生以获取更多信息。

快速上诉的截止日期

- 对于快速上诉，**本公司须在收悉上诉后 72 小时内做出答复。**如果受益人健康状况需要，我们会尽快做出答复。
 - 本公司未能在 72 小时内做出答复的，我们必须将您的请求升级至 2 级上诉流程，由独立审查组织进行审查。第 6.6 条解释了 2 级上诉流程。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的，**则我们必须在收悉受益人上诉后的 72 小时内提供同意给与的承保。

- **本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的**，我们将向您发送一份书面声明，解释拒绝的原因以及您如何对公司决定提出上诉。

受益人尚未收到药品时标准上诉的截止日期

- 对于标准上诉，我们必须在收到上诉后的 **7 个日历日内**做出答复。如果您尚未收到药品且您的健康状况需要我们做出决定，我们会尽快做出决定。
 - 本公司未能在 7 个日历日内做出决定的，我们必须将您的请求升级至 2 级上诉流程，由独立审查组织进行审查。第 6.6 条解释了 2 级上诉流程。
- **本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的**，我们必须根据您的健康需求尽快提供承保，但不得晚于收到受益人上诉后的 **7 个日历日**。**本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的**，我们将向您发送一份书面声明，解释拒绝的原因以及您如何对公司决定提出上诉。

受益人支付已购买药品的标准上诉的截止日期

- 我们必须收到上诉后的 **14 个日历日内**做出答复。
 - 如果未能在该截止日期前做出答复的，我们必须将您的请求升级至 2 级上诉流程，由独立审查组织进行审查。

- 本公司对受益人的部分或全部请求予以肯定的，我们还需要在收到请求后的 **30 个日历日** 内向您付款。
- 本公司对受益人的部分或全部请求予以拒绝的，我们将向您发送一份书面声明，解释拒绝的原因。我们也会告知受益人如何进行上诉。

第 4 步：如果我们拒绝您的上诉，您可以决定是否继续上诉流程并再次提出上诉。

- 如果您决定再次提出上诉，则意味着您将进入 2 级上诉流程。

第 7.6 条 逐步介绍：如何提出 2 级上诉

法律术语

独立审查组织的正式名称为**独立审查机构**。有时也称为 **IRE**。

独立审查组织是 Medicare 聘请的独立机构。该机构既与本公司无关联亦非政府机构。该组织判定本公司所作决定是否正确或者是否应作变更。该组织工作受 Medicare 监督。

第 1 步：您自身（或代表、医生或其他处方医生）必须联系独立审查组织并请求审查您的病例。

- 本公司拒绝受益人 1 级上诉的，我们将向受益人发送的书面通知将包括**如何向独立审查组织提出 2 级上诉的相关说明**。通过这些说明，可以明确有权提出 2 级上诉者、受益人必须遵守的截止日、期以及如何联系独立审查组织。但如果本公司并未在适当时间内完成审查的，或者根据本公司的药品管理计划**对风险**判定做出不利的决定，我们会自动将您的索赔升级至 IRE。
- 我们会将有关受益人上诉的信息发送至该组织。此信息称为受益人**案卷**。**受益人有权向本公司索要其案卷副本**。向您复制和发送此信息时，本公司获准向您收取信息费。
- 受益人有权向独立审查组织提供更多信息以支持上诉。

第 2 步：独立审查组织将审查您的上诉。

独立审查组织的审查人员将仔细审查受益人申诉的所有相关信息。

快速上诉的截止日期

- 如属受益人健康需要，请向独立审查组织请求快速上诉。

- 如果该组织同意为您提供快速申诉，该组织必须在收到申诉请求后的 **72 小时内**，对您的 2 级申诉做出答复。

标准上诉的截止日期

- 对于标准上诉，若您尚未收到药品，则独立审查组织必须在收到上诉后的 **7 个日历日内** 对您的 2 级上诉做出答复。如果要求本公司赔付您已购买的药品，独立审查组织必须在收到您的请求后 **14 个日历日内** 对您的 2 级上诉做出答复。

第 3 步：独立审查组织对受益人做出答复。

- **对于快速上诉：**
 - 独立审查组织同意受益人的部分或全部要求的，我们必须在收到独立审查组织的裁定后的 **24 小时内** 提供经独立审查组织批准的药品承保。
- **对于标准上诉：**
 - 独立审查组织同意受益人部分或全部承保请求的，我们必须在收到独立审查组织的裁定后的 **72 小时内** 提供经独立审查组织批准的药品承保。
 - 独立审查组织同意受益人已购药品的部分或全部赔付请求的，我们需要在收到独立审查组织裁定后的 **30 个日历日内** 向您付款。

独立审查组织拒绝受益人上诉时如何处理？

如果该组织拒绝您的部分或全部上诉，则意味着其同意本公司不批准受益人请求（或部分请求）的决定。（这一结果称为**维持决定**。也称为**驳回受益人上诉**。）。在这种情况下，独立审查组织将向受益人发送函告：

- 解释其裁定。
- 通知受益人有权进行 3 级上诉，但前提是受益人请求的药品承保金额达到特定的最低限额。如果您请求的承保金额过低，则您不能再次提出上诉，并且 2 级裁定为终局性裁定。
- 告知受益人有争议的金额，以便继续上诉程序。

第 4 步：如果案件符合要求，受益人可以选择是否进一步上诉。

- 2 级上诉之后，还有另外 3 级上诉流程（共有 5 个上诉级别）。
- 如欲继续进行 3 级上诉，请参阅 2 级上诉后所收书面通知，了解关于如何执行此上诉的详细信息。
- 由行政法法官或律师审裁员处理 3 级上诉。本章第 10 节详述了 3 级、4 级和 5 级上诉流程。

第 8 节 如果您认为过早出院，如何请求本公司延长住院时间

当您被收治入院时，有权获得诊断和治疗疾病或伤害所必需的所有承保医院服务。

住院期间，您自身、医生、医院工作人员将通过医患合作，为您出院的那一天做好准备。此类人员将帮助安排您出院后可能需要的护理。

- 受益人离开医院当日称为受益人的**出院日期**。
- 决定您出院日期后，医生或医院工作人员会告知您。
- 如您认定要求您过早出院，则可以要求延长住院时间，本公司会考虑您的请求。

第 8.1 条 住院期间，Medicare 将向您发出述明受益人权利的书面通知

被收治后的两天内，您将收到一份书面通知，即 *An Important Message from Medicare about Your Rights*

（Medicare 关于受益人权利的重要信息）。每个 Medicare 持有人均会收到一份该通知的副本。如果您并未从医院的相关人员（如社工或护士）处收到通知，请向任何医院员工索取。如需帮助，请致电客户服务部或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）。（TTY 1-877-486-2048）。

1. 请仔细阅读此通知；如欲不理解之处，请询问。通知包含：

- 受益人有权在住院期间和住院后，遵医嘱接受 Medicare 承保服务。其中包括有权了解服务内容、服务付费方以及这些服务的地点。
- 受益人有权参与其住院相关的任何决定。
- 受益人对医院护理质量提出疑虑时的报告机构。
- 受益人认定其过早出院的，其有权**请求立即**对其出院的决定进行**复审**。此为请求延迟出院日期的正规合法方式，这样我们能够为成员的医院护理提供较长时间的承保。

2. 要求受益人签署书面通知，表明其已收悉通知并了解自身权利。

- 要求受益人或其代表签署该此通知。
- 签署通知 **仅**表明您已收悉有关自身权利的相关信息。通知中并未给出您的具体出院日期。签署通知 **并不意味着**您同意出院日期。

3. 随身携带通知，随用随取，以便需要时可以获得有关提出上诉（或报告护理质量问题）的信息。

- 如果您在出院日期前提前两天或更久即已签署通知，您将在计划出院之前收到另一份副本。

- 如欲提前查看本通知副本，您可以致电客户服务部或 1-800 MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。您也可以线上查看该通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices。

第 8.2 条 逐步介绍：如何提出 1 级上诉以变更出院日期

如果您希望要求公司对您的住院医院服务提供更长时间的承保，您需要通过申诉流程来提出此请求。在开始之前，请了解您需要如何做以及截止日期。

- **遵循流程。**
- **遵守截止日期。**
- **如有需要，寻求帮助。** 无论何时存有任何疑问或需要帮助，请致电客户服务部。或者，请致电您的 State Health Insurance Assistance Program，即提供个性化援助的政府组织。

在 1 级上诉期间，Quality Improvement Organization 会审查受益人上诉。 查看您计划的出院日期对您而言是否具有医学适当性。

Quality Improvement Organization 由一众医生和其他医疗保健专业人员组成，受联邦政府资助，旨在检查并帮助提高 Medicare 被保险人的护理质量。其中包括审查 Medicare 被保险人的出院日期。此类专家并未纳入本公司计划。

第 1 步：联系您所在州的 Quality Improvement Organization，并要求立即审查您的出院情况。您必须迅速行动。

如何联系该组织？

- 受益人所收书面通知（*Medicare 关于受益人权利的重要信息*）将告知其如何联系该组织。或者，请于第 2 章中查找您所在州的 Quality Improvement Organization 名称、地址和联系电话。

快速行动：

- 如欲提出上诉，您必须在离开医院之前且在不迟于出院当日午夜，联系 Quality Improvement Organization。
 - 如在截止日期前提出上诉，您可以在出院日期后于医院住院，无需支付费用，同时等待 Quality Improvement Organization 做出决定。
 - 如在截止日期前并未提出上诉，并且您决定在计划出院日期后住院，在计划出院日期之后，您可能需要全额支付医院护理费用。

受益人请求立即审查其出院情况后，Quality Improvement Organization 将与本公司取得联系。在于本公司取得联系后的次日中午之前，我们将向您提供**详细出院通知（Detailed Notice of Discharge）**。该通知规定了您的计划出院日期，

详细解释了您的医生、医院以及本公司认为您在该日期出院是正确的（具有医学适当性）的原因。

您可以致电客户服务部或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）获取 Detailed Notice of Discharge 样本。（TTY 用户应致电 1-877-486-2048。）或者，您也可以线上查看该通知样本：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices。

第 2 步：Quality Improvement Organization 对您的病例开展独立审查。

- Quality Improvement Organization 的医疗专业人员（审查人员）将询问您（或您的代表）为何您认为应该继续服务承保。您不必编制任何书面内容，但如果您愿意，也可以编制此类内容。
- 审查人员还将查看您的医疗信息，与您的医生探讨，并审查医院和本公司向该组织提供的信息。
- 在审查人员将上诉告知本公司后的次日中午，您将收到本公司的书面通知，其中给出了您的计划出院日期。该通知亦详细解释了您的医生、医院以及本公司认为您在该日期出院是正确的（具有医学适当性）的原因。

第 3 步：在 Quality Improvement Organization 获得所需全部信息后的整日内，其将针对受益人的上述做出答复。

如果做出肯定答复，则结果如何？

- 如果独立审查组织做出 **肯定答复**，**只要这些服务属医学需要**，则我们就必须继续为您提供承保住院医院服务。
- 您必须继续支付自身的费用分摊（如免赔额或自付额，如适用）。此外，您的承保医院服务可能会受到限制。

如果做出拒绝答复，则结果如何？

- 如果独立审查组织 **拒绝**，表示您的计划出院日期具有医学适当性。如数此类情况，于 Quality Improvement Organization 对您的申诉作出答复之后的次日中午，**本公司对您的住院服务承保结束**。
- 如果独立审查组织拒绝您的上诉，并且您决定住院，则**您可能需要**在 Quality Improvement Organization 对您的上诉做出答复后的次日中午之后**全额支付**您接受的住院护理费用。

第 4 步：受益人的 1 级上诉被拒绝，有受益人决定是否再次提起上诉。

- 如果独立审查组织拒绝了您的上诉，**且**您在计划出院日期后住院，那么您可以再次提出上诉。再次提出上诉，则意味着您将进入 **2 级** 上诉流程。

第 8.3 条 逐步介绍：如何提出 2 级上诉以变更出院日期

2 级上诉期间，您请求 Quality Improvement Organization 再次审查其对您首次上诉的决定。如果 Quality Improvement Organization 拒绝您的 2 级上诉，您可能需要全额支付计划出院日期后发生的住院费用。

第 1 步：再次联系 Quality Improvement Organization 并请求复审。

- 您必须在 Quality Improvement Organization *拒绝* 1 级上诉之日起的 **60 个日历日** 内请求复审。仅在护理承保结束后住院时，受益人方可以请求进行复审。

第 2 步：Quality Improvement Organization 会对受益人情况进行第二次审查。

- 独立审查组织的审查人员将仔细审查受益人申诉的所有相关信息。

第 3 步：收到 2 级上诉请求后的 14 个日历日内，审查人员将对上诉做出裁定，并将其裁定告知受益人。

如果独立审查组织同意：

- 本公司必须向您偿付自 Quality Improvement Organization 驳回首次上诉之日起，次日中午开始您所接受的住院护理费用。**只要存在医疗需要，我们就必须继续为您的住院护理提供承保。**

- 您必须继续支付自身所承担的费用并接受可能适用的保险范围限制。

如果独立审查组织否决的：

- 这意味着其同意对您的 1 级上诉做出的决定。
- 您收到的通知将以书面形式告知，如您希望继续审核流程可以采取哪些措施。

第 4 步：如果裁定结果为被否决，您将需要决定是否进一步进行 3 级上诉。

- 2 级上诉之后，还有另外 3 级上诉流程（共有 5 个上诉级别）。如欲进行 3 级上诉，请参阅 2 级上诉裁定后所收书面通知，了解关于如何执行此上诉的详细信息。
- 由行政法法官或律师审裁员处理 3 级上诉。本章第 10 节详述了 3 级、4 级和 5 级上诉流程。

第 9 节 认定承保即将结束时如何要求本公司继续承保某些医疗服务

第 9.1 条 本节仅涉及三项服务：
居家护理、专业护理设施护理和
Comprehensive Outpatient Rehabilitation
Facility（CORF）服务

当您获得**家庭健康服务、专业护理或康复护理（Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility）**时，只要您的疾病或损伤的诊断和治疗需要该护理，则您有权继续获得该类护理服务。

本公司决定停保三种类型护理中的任何一种时，必须提前通知您。该护理承保结束时，*我们将停止支付您的护理费用。*如您认定护理承保结束过早，**您可以对本公司的决定提出上诉。**本节阐述了如何提出上诉。

第 9.2 条 提前告知受益人其承保何时结束

法律术语

Medicare 不承保通知。该通知告知受益人如何请求**快速通道上诉**。如果请求变更本公司关于何时停止受益人护理的承保决定，请求快速通道上诉是正规合法途径。

1. 本公司计划停保受益人护理之前，至少会**向受益人发出一份书面通知**。通知中规定了：
 - 本公司将停止为您提供护理的日期。
 - 如何申请快速通道上诉，进而要求本公司在更长时间内继续承保护理。
2. **要求受益人或受益人代表签署书面通知，表明业已收悉通知**。签署通知仅表明您已收悉有关何时停保的相关信息。**签署并不意味着**您同意本计划停止护理的决定。

第 9.3 条	逐步介绍：如何提出 1 级上诉以要求本计划在更长时间内继续承保护理
----------------	--

如果您希望请求公司提供长期承保护理，您需要通过申诉流程来提出此请求。在开始之前，请了解您需要如何做以及截止日期。

- **遵循流程。**
- **遵守截止日期。**
- **如有需要，寻求帮助。**无论何时存有任何疑问或需要帮助，请致电客户服务部。或者，请致电您的 State Health Insurance Assistance Program，即提供个性化援助的政府组织。

在 1 级上诉期间，Quality Improvement Organization 会审查受益人上诉。Quality Improvement Organization 决定您的护理结束日期是否具有医学适当性。

第 1 步：提出 1 级上诉：联系 Quality Improvement Organization 并请求快速通道上诉。您必须迅速行动。

如何联系该组织？

- 受益人所收书面通知（*Medicare 不承保通知*）中将说明如何联系该组织。
（或者，请于第 2 章中查找您所在州的 Quality Improvement Organization 名称、地址和联系电话。）

快速行动：

- 受益人必须在 Notice of Medicare Non-Coverage（*Medicare 不承保通知*）**生效前日的午时之前**联系 Quality Improvement Organization 提出上诉。
- 如果您错过了联系 Quality Improvement Organization 的截止日期，您可能仍然有上诉权。联系 Quality Improvement Organization。

第 2 步：Quality Improvement Organization 对您的病例开展独立审查。

法律术语

Detailed Explanation of Non-Coverage。 提供结束承保范围是有详情的通知。

如何进行审查？

- Quality Improvement Organization 的医疗专业人员（审查人员）将询问您（或您的代表）为何您认为应该继续服务承保。您不必编制任何书面内容，但如果您愿意，也可以编制此类内容。
- 审查人员还将查看您的医疗信息，与您的医生探讨，并审查本公司计划向该组织提供的信息。
- 在审查人员将您的上诉告知本公司的当日结束之前，您将收到我们的 **Detailed Explanation of Non-Coverage（不承保详细说明）**，其中详细解释了本公司对您的服务停保的原因。

第 3 步：审查人员获得所需信息后的整日内，会将裁定结果告知受益人

审查人员做出肯定答复时如何处理？

- 审查人员 *批准* 受益人上诉的，**只要存在医疗需要，本公司必须继续为受益人提供承保服务。**
- 您必须继续支付自身的费用分摊（如免赔额或自付额，如适用）。您的承保服务可能会受到限制。

审查人员做出拒绝答复时如何处理？

- 审查人员拒绝受益人上诉的，**则受益人承保将于本公司告知的日期结束。**

- 受益人决定于承保结束后继续获得居家护理、专业护理设施护理或 Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility（CORF）服务的，**必须自行支付此类护理的全部费用。**

第 4 步：受益人的 1 级上诉被拒绝，有受益人决定是否再次提起上诉。

- 如果审查人员 *拒绝* 受益人的 1 级上诉，但 受益人护理承保结束后选择继续接受护理的，则可以提出 2 级上诉。

第 9.4 条 逐步介绍：如何提出 2 级上诉以要求本计划在更长时间内继续承保护理

2 级上诉期间，您请求 Quality Improvement Organization 再次审查其对您首次上诉的决定。如果 Quality Improvement Organization 驳回您的 2 级上诉，则于本公司表明您的承保即将结束之后，您可能需要全额支付居家护理、专业护理设施护理或 Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility（CORF）服务费用。

第 1 步：再次联系 Quality Improvement Organization 并请求复审。

- 您必须在 Quality Improvement Organization *拒绝* 1 级上诉之日起的 **60 天** 内请求复审。仅在护理承保结束后继续获得护理时，受益人方可以请求进行复审。

第 2 步：Quality Improvement Organization 会对受益人情况进行第二次审查。

- 独立审查组织的审查人员将仔细审查受益人申诉的所有相关信息。

第 3 步：收到 2 级上诉请求后的 14 个日历日内，审查人员将对上诉做出裁定，并将其裁定告知受益人。

独立审查组织做出肯定答复时如何处理？

- 自本公司表明受益人承保即将结束之日起，**我们必须偿付**受益人接受的护理费用中，由本公司承担的份额。只要存在医疗需要，**我们就必须继续**为该护理**提供承保**。
- 您必须继续支付您的费用部分且可能存在承保限制。

独立审查组织做出拒绝答复时如何处理？

- 这意味着其同意对您的 1 级上诉所做决定。
- 您收到的通知将以书面形式告知，如您希望继续审核流程可以采取哪些措施。通知将提供关于如何继续下一级别上诉（由行政法官或律师审裁员处理）的详细信息。

第 4 步：如果裁定结果为被否决，您将需要决定是否进一步上诉。

- 2 级上诉之后，还有另外 3 级上诉流程，共有 5 个上诉级别。如欲继续进行

3 级上诉，请参阅 2 级上诉裁定后所收书面通知，了解关于如何执行此上诉的详细信息。

- 由行政法法官或律师审裁员处理 3 级上诉。本章第 10 节详述了 3 级、4 级和 5 级上诉流程。

第 10 节 将受益人上诉升级为 3 级以上（含）

第 10.1 节 医疗服务请求的 3 级、4 级和 5 级上诉

受益人提出 1 级上诉和 2 级上诉的，且两项上诉均被驳回，则本节可能对您适用。

如果您上诉的物品或医疗服务的金额达到特定最低水平，则您可以继续其他级别上诉。如果金额低于最低水平，则您无法进一步上诉。受益人所收 2 级上诉书面答复函将解释如何提出 3 级上诉。

对于涉及上诉的多数情况，最后三个级别的上诉流程大致相同。以下人员负责处理各级别上诉的审查事宜。

3 级上诉 负责联邦政府工作的行政法法官或律师审裁员将审查上诉并做出答复。

- **行政法法官或律师审裁员批准上诉的，则上诉程序是否会结束尚不确定。**不同于 2 级上诉裁定，本公司有权对受益人胜诉的 3 级裁定提出上诉。如果本公司决定上诉，将进入 4 级上诉。

- 本公司决定不上诉的，我们必须在收到行政法官或律师审裁员裁定后的 60 个日历日内，授权或提供医疗护理。
- 本公司决定对裁定提出上诉的，我们将向您发送 4 级上诉请求书副本以及任何随附文件。我们可能会等待 4 级上诉决定，然后再授权或提供争议医疗护理。
- **行政法官或律师审裁员拒绝上诉的，则上诉程序是否会结束尚不确定。**
 - 如果受益人决定接受驳回上诉的裁定，则上诉流程结束。
 - 如果受益人不愿接受该裁定，则可以继续进行下一级审查流程。受益人所收通知将述明如何进行 4 级上诉。

4 级上诉： Medicare Appeals Council（Council）将审查受益人上诉并做出答复。该委员会属于联邦政府下辖机构。

- **如果做出肯定答复，或者如果委员会拒绝本公司审查 3 级上诉的胜诉裁定请求，则上诉程序是否尚不确定。不**

同于 2 级裁定，本公司有权对受益人胜诉的 4 级裁定提出上诉。本公司将决定是否就此裁定进行 5 级上诉。

- 本公司决定不对该裁定提出上诉的，我们必须在收到该委员会裁定后的 60 个日历日内，授权或提供医疗护理。
- 本公司决定对裁定提出上诉的，我们将以书面形式通知受益人。
- **如果上诉被拒绝或者如果委员会驳回审查请求，则上诉程序是否尚不确定。**
 - 如果受益人决定接受驳回上诉的裁定，则上诉流程结束。
 - 如果受益人不愿接受该裁定，则您可以继续进行下一级审查流程。如果该委员会拒绝受益人上诉，则受益人所收通知将阐明受益人继续进行 5 级上诉时遵循的规则以及如何继续进行 5 级上诉。

5 级上诉 **Federal District Court（联邦地区法院）** 的法官将审查受益人上诉。

- 法官将审查所有信息并裁定 *同意* 或 *拒绝* 受益人的请求。此为终局性结果。经联邦地方法院审查后，再无上诉级别。

第 10.2 条 D 部分药品请求的 3 级、4 级和 5 级上诉级别

受益人提出 1 级上诉和 2 级上诉的，且两项上诉均被驳回，则本节可能对您适用。

如果您上诉的药品金额达到特定最低水平，则您可以继续其他级别上诉。如果金额较少，则无法进一步上诉。受益人所收 2 级上诉书面答复函将解释如何联系并请求 3 级上诉。

对于涉及上诉的多数情况，最后三个级别的上诉流程大致相同。以下人员负责处理各级别上诉的审查事宜。

3 级上诉 负责联邦政府工作的行政法法官或律师审裁员将审查上诉并做出答复。

- **如果做出肯定答复，则上诉程序结束。** 本公司必须在收到后的 **72 小时（加急上诉 24 小时）内授权或提供**行政法法官或律师审裁员批准的药品承保或者在**不迟于 30 个日历日内付款**。
- **如果裁定结果为被否决，上诉程序 *可能会*（或不会）结束。**
 - 如果受益人决定接受驳回上诉的裁定，则上诉流程结束。
 - 如果受益人不愿接受该裁定，则可以继续进行下一级审查流程。受益人所收通知将述明如何进行 4 级上诉。

4 级上诉 **Medicare Appeals Council**（Council）将审查受益人上诉并做出答复。该委员会属于联邦政府下辖机构。

- **如果做出肯定答复，则上诉程序结束。** 本公司必须在收到后的 **72 小时（加急上诉 24 小时）内授权或提供**该委员会批准的药品承保或者在**不迟于 30 个日历日内付款**。
- **如果裁定结果为被否决，上诉程序 *可能会*（或不会）结束。**
 - 如果受益人决定接受驳回上诉的裁定，则上诉流程结束。
 - 如果受益人不愿接受该裁定，则您可以继续进行下一级审查流程。如果委员会拒绝您的上诉或否决您审查上诉的请求，则通知阐明受益人继续进行 5 级上诉时遵循的规则。受益人选择继续上诉的，通知也会告知相关联系人以及下一步措施。

5 级上诉 **Federal District Court** 的法官将审查受益人上诉。

- 法官将审查所有信息并裁定 *同意*或*拒绝*受益人的请求。此为终局性结果。经联邦地方法院审查后，再无上诉级别。

第 11 节 如何投诉护理质量、等待时间、客户服务或其他问题。

第 11.1 条 投诉流程处理的问题类型？

投诉流程 仅适用于某些类型的问题。其中包括与护理质量、等待时间和客户服务相关的问题。以下即为投诉流程处理的问题类型示例。

投诉	示例
受益人的医疗护理质量	• 您对接受的护理质量（包括医院护理）是否满意？
尊重受益人隐私	• 是否有人不尊重您的隐私权或分享机密信息？
缺乏尊重、客户服务不佳或其他负面行为	• 是否有人对您粗鲁或不尊重？ • 您对我们的客户服务是否满意？ • 您是否觉得自己被怂恿退出本计划？

投诉	示例
等待时间	• 您是否难以预约或者等待时间过长？ • 医生、药剂师或其他医疗专业人员是否让您等待过久？或者，本公司的客户服务部或本计划的其他工作人员让您等待过久？ ○ 例如，长时间等电话、在候诊室或检查室等待时间过长，或在领取处方时等待过久。
清洁卫生	• 您对诊所、医院或医生诊室的清洁或状况是否满意？
受益人从本公司获知的信息	• 本公司是否未按规定向您提供必要通知？ • 本公司书面信息是否晦涩难懂？

投诉

示例

时效性

（此类投诉均涉及本公司针对承保裁定和上诉所采取行动的时效性）

如果您要求承保决定或提出上诉，且您认为本公司并未积极响应，您可以对本公司的缓慢响应进行投诉。具体示例如下：

- 您要求本公司做出快速承保决定或者加急上诉，本公司拒绝的，您可以投诉。
- 您认为本公司并未达到承保决定或上诉的截止日期的，您可以投诉。
- 您认为本公司并未在截止日期内为您承保或偿付已批准的某些医疗物品、服务或药品的，您可以投诉。
- 您认为我们未能在规定的期限内将您的案件升级至独立审查组织的，您可以投诉。

第 11.2 条 如何投诉

法律术语

- **投诉**也称为**申诉**。
- **提出投诉**也称为**提出申诉**。
- **使用/通过投诉流程**也称为**使用/通过提出申诉流程**。
- **快速投诉**也称为**加急申诉**。

第 11.3 条 逐步介绍：提出投诉

第 1 步：请立即致电或致函联系我们。

- **通常，致电客户服务部是第一步。**如果您还需要做任何其他事项，客户服务部会通知您。
- **如果您不想致电（或者您致电后，结果不满意），您可以提出书面投诉并将其发送至本公司。**如果提出书面投诉，本公司将书面回复您的投诉。工作原理如下：
 - 可以向客户服务部提交口头或书面申诉（投诉）。
 - 申诉协调员将审核投诉，并在五个工作日内发出确认函。
 - 本公司必须根据您的健康状况尽快（但不得迟于收到投诉后 30 天）处理投诉。

- 若因本公司拒绝《快速承保决定》或《快速上诉》请求而提出投诉的，您有权提出《快速投诉》。提出《快速投诉》意味着本公司将在 24 小时内做出答复。
- 如您要求延期或者本公司证实需要更多信息且延迟符合您的最佳利益，我们可能会将时间跨度延长最多 14 天。
- 提出投诉的**截止日期**为受益人发生投诉问题之日起 60 个日历日。

第 2 步：我们会审查受益人投诉并给予答复。

- **如有可能，本公司会立即答复。**若您致电本公司提出投诉，我们也可能会在同一通电话中做出答复。
- **大多数投诉会在 30 个日历日内得到答复。**本公司需要更多信息且延迟符合您的最佳利益时，或者如果您要求更多时间，则我们最多可以延长 14 个日历日（总共 44 个日历日）来答复投诉。如果本公司决定需要额外几天时间，我们会书面通知您。
- **若因本公司拒绝《快速承保决定》或《快速上诉》请求而提出投诉的，我们将自动为您提供快速投诉。**提出《快速投诉》意味着本公司将在 24 小时内做出答复。
- **本公司反对**您的部分或全部投诉的，或者对您所投诉的问题不承担责任的，我们将在答复中述明原因。

第 11.4 条 您还可以向 Quality Improvement Organization 投诉护理质量

投诉涉及 *护理质量* 时，您还有采用另外两个选择方案：

- 您可以直接向 Quality Improvement Organization 提出投诉。Quality Improvement Organization 由一众执业医生和其他医疗保健专业人员组成，受联邦政府资助，旨在检查并提高 Medicare 患者的护理情况。联系信息见第 2 章。

或者

- 您可以同时向 Quality Improvement Organization 和本公司提出投诉。

第 11.5 条 您也可以向 Medicare 告知投诉

您可以直接向 Medicare 提交 CareOregon Advantage Plus 的相关投诉。如欲向 Medicare 提交线上投诉，请访问：
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 用户可以致电 1-877-486-2048。

受益人 MEDICAID 福利的相关问题

第 12 节 处理 Medicaid 福利的相关问题

如何对裁定提出上诉

在上诉中，Medicaid Managed Care Plan（Medicaid 托管护理计划）将要求医疗保健专业人员审查您的病例。如欲提出上诉：

- 请致电或致函 Medicaid Managed Care Plan 的客户服务部
- 如果您有 OHP 收费服务，请致电或致函 OHP

您可以通过填写“Appeal and Hearing Request Form”（《上诉与听证申请表》），

（OHP 3302 或 MSC 443）来请求上诉和听证会。Medicaid Managed Care Plan 在向您发送 Notice of Adverse Benefit Determination（NOABD，不良效益决定通知）时将包含此表格。您还可以致电您的 Medicaid Managed Care Plan、OHP 客户服务部或在线访问以下地址，以您的首选语言获取此表：oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx

如您需要上诉帮助，请致电您的 Medicaid Managed Care Plan。您将在 16 天内收到发出的“Notice of Appeal Resolution”（《上诉决议通知》）。根据该通知，可以知晓审核者是否同意 OHP 或您的 Medicaid Managed Care Plan 的决定。与此同时，受益人满足以下条件的，能够继续获得停止提供的服务：

- 请求您的 Medicaid Managed Care Plan 继续提供服务；
- 在 NOABD 函告生效之日起 10 天内提出请求。

- 如果您在生效日期之后收到该函告，请致电寻求指示。
- 如果审查人员同意最初的决定，则 NOABD 函告生效日期之后收到的服务，则由受益人支付费用。

受益人需要快速（加急）上诉

您和提供者可能认为您有紧急医疗、牙科或心理健康问题，无法等待常规上诉办理。若如此，请告知您的 Medicaid Managed Care Plan，您需要快速（加急）上诉。请将您的请求传真至 Medicaid Managed Care Plan。请随附提供者声明或要求提供者致电并解释紧急的原因。如果您的 Medicaid Managed Care Plan 认为情况紧急，其将于 72 小时内致电告知决定。

提供者上诉

当 Medicaid Managed Care Plan 拒绝医生的医嘱时，您的提供者有权为您提出上诉。受益人必须据此做出书面同意。

如何获得行政听证会

Medicaid Managed Care Plan 成员以及接受 OHP 收费服务的人员，可以与俄勒冈州行政法法官举行听证会。自拒绝服务《Notice of Adverse Benefit Determination（NOABD）》或《Notice of Appeal Resolution》之日起，您将有 120 天的时间要求 OHP 举行听证会。

您可以通过填写 Appeal and Hearing Request Form（OHP 3302 或 MSC 443）来请求举行听证会。您的 Medicaid

Managed Care Plan 在向您发送 Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD) 函告时将包含此表格。您还可以致电您的 Medicaid Managed Care Plan 或 OHP 客户服务部，以您的首选语言获取此表。您也可以在线访问

oregon.gov/ohs/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx 获得此表

如果您投保 Medicaid Managed Care Plan，您可以同时请求上诉和召开听证会。

听证会上，您可以告知法官，您不同意该决定的原因以及为何应承保该服务。受益人无需律师，但可以聘请律师或请其他人士（如医生）陪同出席。如聘请律师，受益人必须支付律师费。或者，您也可以致电公益热线（Legal Aid Services of Oregon and Oregon Law Center（俄勒冈州法律援助服务部和 俄勒冈州法律中心）项目）：800-520-5292，TTY 711，寻求建议和意向代理。也可以查询以下网址获取免费法律帮助的相关信息：**oregonlawhelp.org**

紧急医疗问题加急听证会

您和提供者可能认为您有紧急医疗问题，无法等待常规听证会办理。将您的听证会申请表传真至 OHP 听证会部 503-945-6035。请随附您的提供者声明（表 OHP 3302 或 MSC 443），解释紧急原因。OHP 医学总监认为情况紧急，听证会部将在三个工作日内向您致电。

重点注意事项

CareOregon Advantage Plus 客户服务代表可以帮助您提出投诉。如您需要帮助，请致电 503-416-4279 或免费致电 888-712-3258，并请求与客户服务代表取得联系。TTY 用户应致电 711。

对某项决定提出上诉不会影响继续享有 CareOregon Advantage Plus 服务。但如果拒绝决定或维持限制服务的决定，则支付上诉过程提供服务的费用，由受益人承担。

第 10 章：

受益人退出计划

第 1 节 受益人退出计划概述

CareOregon Advantage Plus 受益人资格可能是**自愿**（受益人自行选择）或**非自愿**（非自行选择）：

- 由于受益人已决定想要退出，因此可以退出本公司计划。第 2 节和第 3 节提供了自愿终止受益人资格的相关信息。
- 在有限的情况下，即使您并未选择退出，但我们必须终止您的受益人资格。第 5 节讲述了本公司必须终止您的受益人资格的情形。

受益人退出计划的，本公司计划必须继续为受益人提供医疗护理和处方药，且您将继续支付自身的费用分摊，直至受益人资格失效为止。Original Medicare 以及单独的 Medicare 处方药计划，

第 2 节 何时可以终止计划的受益人资格？

第 2.1 条	如您同时投保拥有 Medicare 和 Medicaid，您可以终止受益人资格
----------------	--

- 大多数 Medicare 被保险人只能在一年中的特定时间终止其受益人资格。由于您有 Medicaid，因此您可以在一年中的任何月份终止我们计划的受益人资格。您也可以选择在任何月份加入另一个 Medicare 计划，包括：

- Original Medicare 以及单独的 Medicare 处方药计划,
- 没有单独的 Medicare 处方药计划的 传统 Medicare (如果您选择此选项, Medicare 可能会将您加入药物计划, 除非您选择退出自动加入。), 或者
- 如果符合资格, 一个综合 D-SNP 计划可在一个计划中提供您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

注意：如果您退出 Medicare 处方药保险, 并且连续 63 天或更长时间没有可信用的处方药保险, 如果您稍后加入 Medicare 药物计划, 您可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。

请联络您所在州的 Medicaid 办公室, 以了解您的 Medicaid 计划选项 (电话号码位于本文件第 2 章第 6 条)。

- 在**年度投保期间**有提供其他 Medicare 健康计划选项。第 2.2 条详细介绍了年度投保期间的信息。

- **受益人资格何时终止？**受益人资格通常会在本公司收悉变更计划请求后的当月首日终止。受益人的新计划投保也将从该日起计。

第 2.2 条 受益人可在年度投保期内终止受益人资格

受益人可在**年度投保期**（也称为年度开放投保期）内终止受益人资格。在此期间，请检查自身健康状况和药品承保，并决定来年的承保事宜。

- **年度投保期为 10 月 15 日至 12 月 7 日。**
- **选择保留当前承保范围或变更来年承保范围。**如果您决定改投新计划，您可以选择以下任何类型的计划：
 - 另一类 Medicare 健康计划（无论是否有处方药承保）。
 - Original Medicare（单独 Medicare 处方药计划）
或者
 - Original Medicare（无单独 Medicare 处方药计划）
- 新计划承保于 1 月 1 日开始生效，届时本计划中**您的受益人资格将终止。**

您从 Medicare 获得《额外的帮助》，用以支付您的处方药费用：如果您改投 Original Medicare 并未投保单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会为您投保药品计划，除非您选择退出自动投保。

注意：如您退出 Medicare 处方药承保且在连续 63 天以上（含）无可信处方药承保，且后续投保 Medicare 药品计划，则您可能需要支付 D 部分逾期投保罚金。

第 2.3 条 受益人可在 Medicare Advantage 开放投保期内终止受益人资格

Medicare Advantage 开放投保期内，您有机会对自身的健康承保进行一次变更。

- **Medicare Advantage 年度开放投保期**为 1 月 1 日至 3 月 31 日，并且也适用于加入 MA 计划的新 Medicare 受益人，从享有 A 部分和 B 部分的当月起，直到享有第三个月的最后一天。
- 在 **Medicare Advantage 年度开放投保期**内，受益人可以：
 - 改投另一类 Medicare Advantage 计划（无论是否有处方药承保）。
 - 退出本公司计划并通过 Original Medicare 获得承保。受益人在此期间选择改投 Original Medicare 的，还可以届时投保单独的 Medicare 处方药计划。
- 于受益人投保不同的 Medicare Advantage 计划或本公司收悉受益人的改投 Original Medicare 请求后的当月首日，**受益人资格将会终止**。如果您还选择投保 Medicare 处方药

计划，则您的药品计划受益人资格将于药品计划收悉受益人投保请求后的当月首日生效。

第 2.4 节 某些情况下受益人可以在特殊投保期内终止受益人资格

在某些情况下，您可能有资格在年内其他时间终止您的受益人资格。该阶段称为**特殊投保期**。

如果您出现以下任何情况，**您可能有资格在特殊投保期内终止您的受益人资格**。仅展示个别示例；如欲查看完整列表，您可以联系本计划、致电 Medicare，或访问 Medicare 网站（**Medicare.gov**）：

- 常规迁居。
- 投保 Oregon Health Plan（Medicaid）。
- 有资格通过《额外的帮助》来支付 Medicare 处方药。
- 本公司违反与您签订的合同。
- 您在疗养院或长期护理（LTC）医院等机构接受护理。
- 您参加 Program of All-inclusive Care for the Elderly（PACE，全包式养老计划）。
- **注意：**如果您正投保药品管理项目，您可能无法变更相关计划。药品管理项目详见第 5 章第 10 节。
- **注意：**第 2.1 条详述了 Medicaid 被投保人的特殊投保期。

因受益人情况情况，**投保时间也有所差异**。

如欲了解您是否符合特殊投保期资格，请致电 Medicare：1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)（每周 7 天、每天 24 小时）。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。如因特殊情况符合终止受益人资格的，您可以选择同时变更 Medicare 健康承保和处方药承保。您可以选择：

- 另一类 Medicare 健康计划（无论是否有处方药承保）。
 - Original Medicare 单独 Medicare 处方药计划
- 或者*
- Original Medicare 无单独 Medicare 处方药计划

注意：如您退出 Medicare 处方药承保且在连续 63 天以上含无可信处方药承保，且后续投保 Medicare 药品计划，则您可能需要支付 D 部分逾期投保罚金。

您从 Medicare 获得《额外的帮助》，用以支付您的处方药费用：如果您改投 Original Medicare 并未投保单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会为您投保药品计划，除非您选择退出自动投保。

受益人资格通常会在本公司收悉变更计划请求后的当月首日终止。

注意：第 2.1 条和第 2.2 条详细介绍了 Medicaid 和 额外的帮助 被投保人的特殊投保期。

第 2.5 条 有关何时终止受益人资格的信息获取渠道？

如对终止受益人资格有任何疑问，您可以：

- 致电客户服务部。
- 请通过 **Medicare & You 2025** 手册查找信息。
- 致电 **Medicare**：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）每周 7 天、每天 24 小时。
（TTY 1-877-486-2048）。

第 3 节 如何终止计划的受益人资格？

下表解释了受益人应如何终止计划受益人资格。

如欲从本计划改投以下计划： 受益人应采取的措施：

另一类 Medicare 健康计划

- 投保新的 Medicare 健康计划。新保险将于次月首日生效。
- 新保险开始生效时，您将自动退保 CareOregon Advantage Plus。

如欲从本计划改投以下计划 受益人应采取的措施：

Original Medicare 单独
Medicare 处方药计划

- 投保新的 Medicare 处方药计划。新保险将于次月首日生效。
- 新保险开始生效时，您将自动退保 CareOregon Advantage Plus。

如欲从本计划改投以下计划： 受益人应采取的措施：

- Original Medicare 无单独 Medicare 处方药计划
 - 如果您改投 Original Medicare 并未投保单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会为您投保药品计划，除非您选择退出自动投保。
 - 如您退出 Medicare 处方药承保且在连续 63 天以上（含）无可信处方药承保，且后续投保 Medicare 药品计划，则您可能需要支付逾期投保罚金。
- 向本公司发送书面退保请求。如需有关如何执行此操作的更多信息，请联系客户服务部（联系电话见本手册封底）。
- 您也可以致电 **Medicare**：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）每周 7 天、每天 24 小时，请求退保。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。
- Original Medicare 开始生效时，您将自动退保 CareOregon Advantage Plus。

注意：如您退出 Medicare 处方药承保且在连续 63 天以上（含）无可信处方药承保，且后续投保 Medicare 药品计划，则您可能需要支付 D 部分逾期投保罚金。

有关俄勒冈健康计划（Medicaid）福利的相关问题，请免费致电俄勒冈健康计划客户服务中心：800-699-9075（TTY 711），服务时间为周一至周五上午 7 点至下午 6 点。询问投保其他计划或返回Original Medicare 对您获得Oregon Health Plan（Medicaid）承保的方式有何影响。

第 4 节 受益人资格终止之前，您必须继续通过本公司计划获取您的医疗物品、服务和药品

在您的 CareOregon Advantage Plus 受益人资格终止以及新的 Medicare 承保生效之前，您必须继续通过本公司计划获取您的医疗物品、服务和处方药。

- 继续通过公司网络提供者接受医疗护理。
- 继续使用公司网络药房或邮购进行配药。
- 受益人资格终止当天住院的，您的住院时间将由本公司计划承保直至出院（即使您在新的健康承保生效后出院）。

第 5 节 某些情况下 CareOregon Advantage Plus 必须终止您在本计划中的受益人资格

第 5.1 节 本公司必须终止您的计划受益人资格的情形？
--

如发生以下任何情况，CareOregon Advantage Plus 必须终止您在本计划中的受益人资格：

- 您不再投保 Medicare A 部分和 B 部分

第 10 章 受益人退出计划

- 您再无资格获得 **Medicaid**。如第 1 章第 2.1 条所述，本公司计划适用于同时满足 **Medicare** 和 **Medicaid** 的资格要求的人士。一旦本计划被告知，您不再满足此类特殊资格要求，您将有 **90** 天的时间来达到本计划的特殊资格要求。**90** 天期限结束时仍不符合本计划的特殊资格要求的，您在本计划中的受益人资格即告终止。本公司将向您发出通知，告知您受益人资格终止以及您的选择方案。
- 您迁出本公司所属服务区域的
- 您离开本公司所属服务区域超过六个月
 - 如迁居或长途旅行，请致电客户服务部，了解您的迁居或差旅地点是否在本公司计划范围内。
- 您被监禁的（入狱）
- 您不再是美国公民或合法居住在美国
- 您谎报或瞒报提供处方药承保的其他保险信息
- 您在投保本公司计划时蓄意提供错误信息，并且该信息会影响您投保本公司计划的资格。（除非本公司事先获得 **Medicare** 许可，否则不得因此而要求您退出计划。）
- 您持续做出破坏性行为，导致本公司难以为您和本计划的其他成员提供医疗服务。（除非本公司事先获得 **Medicare** 许可，否则不得因此而要求您退出计划。）

第 10 章 受益人退出计划

- 您允许其他人使用您的会员卡获得医疗服务。（除非本公司事先获得 Medicare 许可，否则不得因此而要求您退出计划。）
 - 若本公司因此终止您的受益人资格，Medicare 可能会请求检查机构对您进行立案调查。
- 如因收入原因需要支付额外的 D 部分金额，但您并未支付的，Medicare 将要求您退出本公司计划。

有哪些获得更多信息的渠道？

如果您有疑问或如欲了解有关本公司何时可以终止您的受益人资格的更多信息，请致电客户服务部。

第 5.2 节 本公司<u>不得</u>因任何健康相关原因要求您退出计划
--

CareOregon Advantage Plus 不得因任何健康相关原因要求您退出计划。

发生这种情况时如何处理？

受益人认为因健康相关原因而被要求退出计划的，请致电 Medicare：1-800-MEDICARE

（1-800-633-4227）（TTY 1-877-486-2048）每周 7 天、每天 24 小时。

第 5.3 节 本公司终止计划受益人资格时，受益人有权提出投诉

如果本公司终止您的计划受益人资格，必须以书面形式告知您终止受益人资格的原因。本公司还必须解释，您如何针对本公司终止受益人资格的决定而提出申诉或投诉。

第 11 章：

法律声明

第 1 节 适用法律声明

适用于本《承保责任证明书》的主要法律是 Social Security Act 第 XVIII 编以及 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 根据 Social Security Act 制定的各项法规。此外，在某些情况下，其他联邦法律可能适用，您所在州的法律可能亦适用。即使本文件中未纳入或解释此类法律，这也可能会影响您的权利和责任。

第 2 节 非歧视声明

本公司计划必须遵守保护受益人免受歧视或不公平待遇的各项法律。**本公司不会**因种族、民族、国籍、肤色、宗教、（生理）性别、（社会）性别、年龄、性取向、精神或身体残疾、健康状况、理赔经验、病史、遗传信息、可保性证明，或服务区域内的地理位置而做出歧视行为。所有提供 Medicare Advantage 计划（如本公司计划）的组织均须遵守反对歧视的联邦法律，包括 Civil Rights Act of 1964（1964 年民权法案）第 VI 编、Rehabilitation Act of 1973（1973 年康复法案）、Age Discrimination Act of 1975（1975 年年龄歧视法案）、Americans with Disabilities Act（美国残疾人法案）、Affordable Care Act 平价医疗法案 第 1557 条、适用于联邦资助组织的所有其他法律，以及因任何其他原因适用的任何其他法律和规则。

如欲了解更多信息或对歧视或不公平待遇有任何疑问，请致电美国卫生与公众服务部下辖**民权办公室**（1-800-368-1019

或 TTY 1-800-537-7697)，或者致电受益人当地的民权办公室。您也可以访问 www.hhs.gov/ocr/index.html 查看美国卫生与公众服务部下属下辖民权办公室提供的信息。

如您身患残疾并需要获得护理帮助，请致电本公司客户服务部。如需投诉（如轮椅通道问题），客户服务部可以提供帮助。

第 3 节 Medicare 次要付款人代位权声明

对于 Medicare 并非为主要付款人的 Medicare 承保服务，本公司有权利和责任收取费用。根据 42 CFR 第 422.108 条和第 423.462 条的 CMS 条例，CareOregon Advantage Plus 作为 Medicare Advantage Organization，将行使卫生部部长根据 42 CFR 第 411 篇子部分 B 至 D 的 CMS 条例以及任何州法律，行使的同等追偿权，本节规定的规定取代任何州法律。

第 12 章：

重要术语定义

许可金额 - 许可金额是指 Medicare 为应用免赔额和共付额或其他付款限制而支付的金额。该金额是向接受转让的提供者支付的金额。

门诊手术中心 - 门诊手术中心是为不需要住院且预计在中心停留不超过 24 小时的患者提供门诊手术服务的机构。

上诉 - 受益人不同意本公司拒绝保健服务或处方药的承保请求，或拒绝受益人已取得的服务或药品的付款的决定，则受益人可以提出上诉。您不同意本公司停保所接受的服务的决定，您也可以提出上诉。

给付期 - 本公司计划和 Original Medicare 衡量受益人使用医院和专业护理设施（SNF）服务的方式。给付期自受益人进入医院或专业护理设施之日起计。当您连续 60 天并未接受任何住院医疗护理（或 SNF 提供的专业护理）时，给付期即告终止。如果您在某个给付期结束后入院或入住专业护理设施，则按新的给付期计算。给付期数无限制。

生物制剂 - 由天然和活体来源（如动物细胞、植物细胞、细菌或酵母）制成的处方药。较其他药品，生物制剂更复杂且无法完全复制；因此，替代形式被称为生物类似药。生物类似药通常与原生物制剂同效且安全。

生物类似药 - 一种被认为与原生物制剂极为相似但不相同的处方药。生物类似药通常与原生物制剂同效且安全。但生物类似药通常需要新处方来替代原生物制剂。根据州法律规

定，可互换生物类似药已满足附加要求，允许其在药房替代原生物制剂而无需新处方。

原研药 - 由最初研发该药品的制药公司生产和销售的处方药。原研药与仿制药的活性成分配方相同。但仿制药是由其他药品生产商生产和销售，通常要等到原研药的专利到期后市售。

重大疾病承保阶段 - 当您（或代您行事的其他合格方代表）在承保年内为 D 部分承保药品花费 8000 美元时，D 部分药品给付期生效。在此付款阶段内，本计划将支付受益人 D 部分承保药品的全部费用。受益人无需支付任何费用。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) - 管理 Medicare 的联邦机构。

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP)，性病护理特殊需要计划）和 **SNP** - 是限制投保 Medicare Advantage (MA) 资格且患有的一种或多种严重或致残性慢性病（如 42 CFR 422.2 所定义）的个人的 **SNP**，包括根据 42 CFR 第 422.4 (a) (1) (iv) 条中指定的多种常见合并症和临床相关的疾病分组而限制投保。

共付额 - 受益人可能需要支付的金额，该金额以受益人在服务或处方药费用中所占份额的百分比（如 20%）表示。

投诉 - 提出投诉的正式名称即为**提出申诉**。投诉流程仅适用于某些类型的问题。其中包括与护理质量、等待时间和受益

人收到的客户服务相关的问题。受益人计划未遵循上诉流程中的时间段的，则还包括投诉。

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) - 主要提供疾病或损伤后康复服务的设施，包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职业治疗和言语-语言病理服务、以及居家环境评估服务。

Coordinated Care Organization (CCO) - CCO 是指与俄勒冈州签约管理您的医疗保健的多家公司。此类企业设立旨在协调您的所有提供者（医生、护士、咨询师、牙医）协同预防疾病并改善您的健康以及所属社区中每个 OHP 成员的健康。CCO 不仅仅在您生病时为您提供治疗，还与您一起保持健康，帮助您管理健康状况。

共付额（或共付） - 按照您在医疗服务或用品（如就医、医院门诊或处方药）费用中所占份额，可能要求您支付的金额。共付额属于固定金额（如 10 美元）并非百分比。

费用分摊 - 费用分摊是指受益人在接受服务或药品时必须支付的金额。费用分摊包括以下三种付款类型的任意组合：

（1）在承保服务或药品之前，某项计划可能执行任何免赔额；（2）在接受特定服务或药品时，某项计划要求的任何固定共付额；（3）任何共付额金额，即在接受特定服务或药品时，某项计划要求的的服务或药品支付总额的百分比。

费用分摊级别 - 承保药品清单中的每种药品均属于五个费用分摊层级中的一种。一般而言，费用分摊级别越高，受益人的药费就越高。

承保范围判定 - 为您开具的处方是否纳入计划承保范围的决定，以及要求您为处方支付的金额（如有）。一般而言，如果携带处方去药房，而药房告知该处方不在您的计划承保范围内，此情况不属于承保范围判定。您需要致电或致函您的计划，要求就承保范围做出正式决定。本文件中，承保范围判定称为承保决定。

承保药品 - 本文所用术语是指本公司计划承保的所有处方药。

承保服务 - 本文所用术语是指本公司计划承保的所有医疗保健服务和用品。

可信处方药承保 - 平均而言，预计支付（如雇主或工会）的处方药承保范围至少与 Medicare 标准处方药承保范围等同。如果获得 Medicare 资格后投保此保险的被投保人，后续决定投保 Medicare 处方药承保，通常可以保留该承保类别，而无需支付罚款。

监护 - 监护是指当您不需要专业医疗护理或专业护理时，在疗养院、临终关怀中心或其他设施环境中提供的个人护理。无专业技能或未经专业培训的人员提供的监护服务包括帮助进行日常生活活动，如沐浴、穿衣、吃饭、上下床椅、

走动和使用浴室。也可能包括大多数人自行开展的健康相关护理，如使用眼药水。**Medicare** 不支付监护费用。

客户服务部 - 本公司计划中的一个部门，负责解答有关受益人资格、福利、申诉和上诉的问题。（请查阅本手册封底所注客户服务部联系电话。）

每日费用分摊率 - 医生所开某些药品的用量少于整月用量且您需要支付自付费用时，每日费用分摊率可能适用。每日费用分摊率通过自付额除以每月供药天数得出。示例如下：如果一个月的供药量自付费用为 30 美元，而您在计划中的一个月供药量为 30 天，那么《每日费用分摊率》为每天 1 美元。

免赔额 - 在本公司计划付款之前，您必须支付的医疗保健或处方费用金额。

退出或退保 - 终止您在本公司计划中的受益人资格的过程。

配药费 - 每次配药时收取的费用，用于支付处方配药费，如药剂师备药和包装处方所用时间。

Dual Eligible Individual（双重资格个人） - 同时符合 Medicare 和 Medicaid 承保范围的个人。

Dual Eligible Special Needs Plans（D-SNP） - SNP 接收有权享有 Medicare（Social Security Act 第 XVIII 编）和 Medicaid（第 XIX 编）项下获得州计划医疗援助的个人。州承担一定的 Medicare 费用，具体取决于州情和个人资格。

Dual Eligible Individual - 同时符合 Medicare 和 Medicaid 承保范围的个人。

Durable Medical Equipment (DME) - 您的医生出于医疗原因订购的某些医疗设备。如助行器、轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、IV 输液泵、语音生成设备、供氧设备、雾化器或由提供者订购的家用病床。

紧急情况*是指您自身或具备常规健康和医学知识的谨慎普通人士认为您出现了医学症状，需要立即就医，以免死亡（如属妊娠妇女，则以免胎儿死亡）、肢体丧失或丧失肢体机能、或身体机能丧失或严重受损。医学症状可能是疾病、损伤、重度疼痛或病情迅速恶化。

急救护理是指 - 承保服务：（1）由有资格提供紧急服务的提供者提供的承保服务；

（2）需要治疗、评估或稳定紧急医疗状况的承保服务。

Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Information (承保责任证明书和信息披露) - 本文件以及您的 enrollment form（投保登记表）和任何其他附件、附加条款或选定的其他可选保险，主要解释了受益人承保范围、本公司必须采取的措施、受益人权利以及本计划受益人必须采取的行动。

破例 - 一种承保决定：如获批准，受益人将能够获得本公司处方集之外的药品（处方破例），或以较低分摊费用水平获得非首选药品（分级破例）。如果本公司计划要求您在收到自身请求药品之前尝试另一种药品，或者如果本公司计划

限制您请求的药品数量或剂量（处方破例），您也可以请求破例。

额外的帮助 – 一项 Medicare 或州项目，旨在帮助收入和资源有限者支付 Medicare 处方药计划费用，如保费、免赔额和共付额。

仿制药 – 经美国食品药品监督管理局（FDA）批准的处方药，其活性成分与原研药相同。一般而言，仿制药与原研药效果一致，但费用更低。

申诉 – 您对本公司计划、提供者或药房提出的一种投诉，包括您的护理质量的相关投诉。申诉不涉及承保范围或付款纠纷。

Home Health Aide（居家护理助手） – 提供不需要执业护士或治疗师技能服务的人员，如帮助沐浴、如厕、穿衣或进行规定的锻炼等个人护理。

临终关怀 – 为经医学证明身患绝症（即预期寿命不到 6 个月（含））的受益人提供特殊治疗的福利。我们/本公司（您的计划）必须向您提供所在地理区域的临终关怀医院列表。如果您选择临终关怀并继续支付保费，您仍属本公司计划的成员。您仍然可以获得所有医疗需要的服务以及本公司提供的附加福利。

住院 – 当您正式被收治接受专业医疗服务时的入院治疗。即使您在医院过夜，您仍可能被视为门诊患者。

Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) – 如果您的 2 年前 美国联邦税务局纳税申报表 申报的修正后调整后总收入高于一定金额，您将支付标准保费金额和收入相关每月调整金额 也称为 IRMAA。IRMAA 是添加至保费中的额外费用。仅影响了不到 5% 的 Medicare 被投保人，因此大多数人不会支付高额保费。

初期承保限额 - 初期承保阶段下的最高承保限额。

初始保承阶段 - 此为受益人当年自付费用达到 8000 美元之前的阶段。

初始投保期 – 当您首次符合 Medicare 资格时，您可以投保 Medicare A 部分和 B 部分的时间段。如果您在年满 65 岁时符合 Medicare 资格，则您的初始投保期为 7 个月，即自您年满 65 岁的月份之前 3 个月开始的时期，包括您年满 65 岁当月，于您年满 65 岁的月份之后的 3 个月到期。

综合 D-SNP – 一种 D-SNP 计划，在单一健康计划下涵盖 Medicare 和 Medicaid 的某些个人群体的 Medicare 和大部分或所有 Medicaid 服务。这些个人也被称为全额福利双重资格个人。

Institutional Special Needs Plan (SNP) – 该计划招募在长期护理 (LTC) 设施中连续定居或预计连续定居 90 天或更长时间的合格人士。此类设施可能包括专业护理设施 (SNF)、护理设施 (NF)、(SNF/NF)、Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID, 智力障碍

人士中间护理设施）、精神病住院设施、和/或 CMS 批准的设施，提供 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 覆盖的类似长期医疗服务；以及居民需求和医疗状况与其他指定设施类型相似的设施。机构特殊需求计划必须与（或者持有或并运营）特定 LTC 设施签订合同安排。

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP) – 该计划招收居于社区但需要根据州评估获得机构级别护理的合格个人。必须采用相同的州级护理水平评估工具进行评估，由提供计划的组织以外机构进行管理。如有必要，此类特殊需求计划可能会将投保范围限制在居住在签约辅助生活设施（ALF）中的个人，旨在确保统一提供专门护理。

可互换的生物相似药 — 一种生物相似药，可以在药房用作原始生物相似药产品的替代品，而无需新处方，因为它满足与自动替代可能性相关的额外要求。药房的自动替换须遵守州法律。**承保药品清单（处方集或《药品清单》）** - 本计划承保的处方药清单。

Low Income Subsidy (LIS) – 请参阅《额外的帮助》。

最高收费额 - Original Medicare 中，非参保提供者可以向您收取承保服务的最高金额。该金额较 Medicare 批准的金额高 15%。但最高收费额仅适用于某些服务，可能不适用于医疗设备和用品。

最高自付费用金额 - 您在日历年内为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的最高金额。您为计划保费、Medicare A 部分和 B

部分保费以及处方药支付的金额不计入最高自付费用金额。

（**注意：**因为受益人也获得 Medicaid 受助，因此极少有受益人达到自付费用上限。

Medicaid（或医疗援助） - 是由联邦政府和州政府联合推出的一项计划，旨在帮助某些收入和资金有限者支付医疗费用。各州的 Medicare 项目各不相同，但如果您同时具备 Medicare 和 Medicaid 资格，则大多数医疗保健费用均纳入承保范围。

医学上可接受的适应症 - 经美国食品药品监督管理局批准或获得某些参考文献支持的药品使用。

医疗需要 - 预防、诊断或治疗您的病症所需要的且符合公认医学实践标准的服务、用品或药品。

Medicare - 一项针对 65 岁（含）以上老年人、某些 65 岁以下残障人士、以及终末期肾病患者（通常为需要透析或肾移植的永久性肾衰竭患者）的联邦医疗保险项目。

Medicare Advantage 开放投保期 - 1 月 1 日至 3 月 31 日，在此期间 Medicare Advantage 计划的受益人可以取消计划投保并转投另一项 Medicare Advantage 计划，或通过 Original Medicare 获得承保。受益人在此期间选择改投 Original Medicare 的，还可以届时投保单独的 Medicare 处方药计划。个人首次获得 Medicare 资格后的 3 个月，也属于 Medicare Advantage 开放投保期。

Medicare Advantage (MA) 计划 – 有时称为 Medicare C 部分。由与 Medicare 签约私人公司提供的计划，旨在为您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 计划可以是 i) Health Maintenance Organization (HMO, 医疗保健组织)、ii) Preferred Provider Organization (PPO, 首选提供者组织)、iii) Private Fee-for-Service (PFFS, 私人服务费用) 计划或 iv) Medicare Medical Savings Account (MSA, Medicare 医疗储蓄帐户) 计划。除了从此类计划中进行选择之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 计划也可以是特殊需求计划 (SNP)。多数情况下，Medicare Advantage Plans 也提供 Medicare D 部分 (处方药承保)。此类计划被称为 **Medicare Advantage 计划 (含处方药承保)**。

Medicare 成本计划 – Medicare 成本计划是由医疗保健组织 (HMO) 或竞争性医疗计划 (CMP) 根据法案第 1876 (h) 条项下的成本偿付合同运营的一项计划。

Medicare 承保服务 – Medicare A 部分和 B 部分承保的服务。所有 Medicare 健康计划必须承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服务。术语 Medicare 承保服务不包括 Medicare Advantage 计划可能提供的视力、牙科或听力等额外福利。

Medicare 健康计划 – 与 Medicare 签约私营公司提供 Medicare 健康计划，旨在为投保本计划的 Medicare 被保险人提供 A 部分和 B 部分福利。该术语包括所有 Medicare

Advantage 计划、Medicare 成本计划、特殊需求计划、Demonstration/Pilot Programs（示范/试点计划）以及 Program of All-inclusive Care for the Elderly（PACE）。

Medicare 处方药承保（Medicare D 部分） – 帮助支付门诊处方药、疫苗、生物制剂以及 Medicare A 部分或 B 部分并不承保的用品的保险。

Medigap（Medicare 补充保险）保单 – 由私人保险公司出售的 Medicare 补充保险，旨在填补 Original Medicare 的《空白》。Medigap 保单仅适用于 Original Medicare。（Medicare Advantage 计划不属于 Medigap 保单。）

受益人（本公司计划受益人或计划受益人） – 投保 Medicare、有资格获得承保服务、已加入本公司计划且经 Centers for Medicare & Medicaid Services（CMS）确认投保的人士。

网络药房 – 与本公司计划签约的药房，本公司计划成员可以从中获得处方药福利。多数情况下，仅在本计划的某家网络药房配药时，配药方能获得承保。

网络提供者 – 提供者是医生、其他医疗保健专业人员、医院和经 Medicare 和州许可或认证可以提供医疗保健服务的其他医疗保健设施的总称。**网络提供者**与本公司签约以全额收取报酬，并在某些情况下协调并向本公司计划受益人提供承保服务。网络提供者也称为《计划提供者》。

组织判定 - 本公司计划做出的关于物品或服务是否承保或您必须为承保物品或服务支付费用的决定。本文件中，组织判定称为承保决定。

原始生物制品 - 一种经美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的生物制品，可作为生产生物相似药的制造商的对比产品。它也被称为参考产品。

Original Medicare (Original Medicare 或按服务收费 Medicare) - Original Medicare 由政府提供，而非像 Medicare Advantage 计划和处方药计划等私人健康计划。根据 Original Medicare，Medicare 服务是通过向医生、医院和其他医疗保健提供者支付国会规定的付款金额而提供承保。您可以前往任何接受 Medicare 的医生、医院或其他医疗保健提供者处就诊。您必须支付免赔额。Medicare 支付其在 Medicare 批准的金额中的份额，您也支付自有份额。Original Medicare 共分两部分：可在美国各地购买 A 部分（医院保险）和 B 部分（医疗保险）。

网外药房 - 并未与本公司计划签约来协调或向本公司计划成员提供承保药品的药房。您从网外药房获得的大多数药品均未纳入本公司计划承保范围。

网外提供者或网外设施 - 并未与本公司计划签约来协调或向本公司计划成员提供承保药品的提供者或设施。网外提供者是指并非由本公司计划雇用、拥有或运营的提供者。

自付费用 - 请参阅上文费用分摊定义。受益人支付部分已接受服务或药品的费用分摊要求，也被称为受益人的自付费要求。

PACE 计划 - Program of All-inclusive Care for the Elderly

（PACE，全包式养老计划）计划，主要针对体弱人群的计
划，结合了医疗服务、社会服务以及长期服务与支持

（LTSS），助其保持独立并尽可能长时间地生活在社区（而
非迁往疗养院）。PACE 计划的被投保人通过本计划同时获
得 Medicare 和 Medicaid 福利。

C 部分 - 请参阅 M Medicare Advantage（MA）计划。

D 部分 - 自愿 Medicare 处方药福利项目。

D 部分药品 - 根据 D 部分承保的药品。我们可能会（也可
能不会）提供所有 D 部分药品。某些药品类别已被国会排
除在 D 部分承保范围之外。某些 D 部分药品类别必须由每
项计划承保。

D 部分逾期投保罚金 - 首次具备投保 D 部分计划资格后，如
您连续 63 天以上（含）无可信处方药承保（平均而言，承
保预计付费至少相当于 Medicare 标准处方药品承保额），
则添加到您的每月保费中的金额。如果您失去 额外的帮助
且连续 63 天以上（含）无 D 部分或其他可信用处方药承
保，则您可能需要提交逾期投保罚金。

服务点 - CareOregon Advantage Plus（HMO-POS D-SNP）具有
服务点选项，允许您在特定条件下使用网外 PCP 和专科医

生提供的护理。如欲了解更多信息，请参阅第 4 章第 2.1 条《服务点优势》。

Preferred Provider Organization (PPO) 计划 – 首选提供者组织计划是一种 Medicare Advantage 计划，拥有签约提供者网络，提供者同意以指定付款金额为计划受益人提供治疗。PPO 计划必须承保所有计划福利，无论从网内还是网外提供者处获得此类福利。从网外提供者处获得计划福利时，受益人的分摊费用通常会更高。针对从网内（首选）提供者处获得服务的自付费用，PPO 计划设有年度限额，并且对网内（首选）和网外（非首选）提供者的自付费用总额设定更高上限。

保费 – 针对健康或处方药承保，定期支付给 Medicare、保险公司或医疗保健计划的费用。

处方药福利经理 – 通常称为药房福利经理（PBM），系为处方药项目的第三方管理者。药房福利经理（PBM）主要负责处理和支付处方药索赔，但也会负责与药房签约并与药品生产商谈判折扣和回扣。

Primary Care Provider (PCP) – 对于大多数健康问题，受益人应该率先问诊的医生或其他提供者。在许多 Medicare 健康计划中，您必须率先咨询您的初级保健提供者，然后再前往任何其他医疗保健提供者处就诊。

事先授权 - 获得服务或某些药品的提前批准。需要获得事先授权的承保服务见第 4 章医疗福利图表所作标示。需要获得事先授权的承保药品处方集所作标示。

修复体和矫形器 - 医疗器械，包括但不限于上肢、背部和颈托；人工肢体；义眼；以及替代体内器官或功能所需的设备，包括造口用品以及肠内和肠外营养治疗。

Quality Improvement Organization (QIO) - 由一众执业医师和其他医疗保健专业人员组成，受联邦政府资助，旨在检查并提高 Medicare 患者的护理情况。

剂量限制工具 一种管理工具，旨在出于质量、安全或使用原因而限制选定药品的使用。限制可以是我们在每个处方或一段时间内承保的药物数量。

实时福利工具 - 一种门户或计算机应用程序，被投保人可以在其中查找完整、准确、及时、临床适当、被投保人特定处方信息和福利信息。其中包括费用分摊金额、可用于与给定药品同等健康状况的替代处方药品，以及适用于替代药物的承保限制（事先授权、

Step Therapy（阶梯疗法）、Quantity Limits（剂量限制工具））。

康复服务 - 这些服务包括物理治疗、言语和语言治疗以及职业治疗。

服务区域 - 您必须居住才能加入特定健康计划的地理区域。对于限制受益人可用医生和医院的计划，通常也是您可

以获得常规（非紧急）服务的区域。如果您永久迁出计划服务区域，则本计划必须为您退保。

Skilled Nursing Facility (SNF) 护理 - 在专业护理设施中每天持续提供的专业护理和康复服务。护理的示例包括只能由注册护士或医生提供的物理治疗或静脉注射。

特殊需求计划 - 一种特殊类型的 Medicare Advantage 计划，旨在为特定人群提供更有针对性的医疗保健，如同时承保 Medicare 和 Medicaid 的被投保人、居住在疗养院的人士或某些慢性病患者。

阶梯疗法 - 一种使用工具，要求率先尝试另一种药品来治疗疾病，然后我们才会承保您的医生最初开出的处方药品。

Supplemental Security Income (SSI, 附加保障收入) - 社会保障局每月向收入和资金有限的残障人士、盲人或 65 岁以上（含）人士支付的福利。附加保障收入（SSI）福利不同于社会保障福利。

紧急服务 - 紧急的计划承保服务，即非急救情况下需要立即就医的服务，前提是您暂时不在计划的服务范围内，或者考虑此服务的时间、地点和情况，从网络计划合约提供者获得此服务是不合理的。紧急服务的例子包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有状况意外突发。但是，即使您不在计划的服务范围内或计划网络暂时不可用，医疗上必要的常规医疗服务提供者就诊（例如年度检查）也不被认为是迫切需要的。

CareOregon Advantage Plus 客户服务部

方式	客户服务部 - 联系信息
电话：	503-416-4279 或免费致电 888-712-3258 该号码接打免费。10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日至 9 月 30 日，上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。 客户服务部还为非英语人士提供免费口译服务。
TTY	711 该号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或言语障碍者。 该号码接打免费。10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 点至晚上 8 点周六周日无休；4 月 1 日至 9 月 30 日，上午 8 点至晚上 8 点周一至周五。
传真	711
致函	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 customerservice@careoregon.org
网站	careoregonadvantage.org

Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (俄勒冈州 SHIP)

SHIBA 是一项州级项目，主要由联邦政府拨付资金，为投保 Medicare 的被投保人提供免费的当地健康保险咨询。

方式	联系信息
电话：	免费电话 800-722-4134
TTY	711 该号码需要特殊电话设备，仅适用于听力或言语障碍者。
致函	P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405 也可使用其安全线上表格取得联系 shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx
网站	shiba.oregon.gov

CareOregon Advantage Plus 是一项订立 Medicare/Medicaid 合约的 HMO-POS D-SNP。参保 CareOregon Advantage Plus 取决于是否续签合约。“更多选择，更好的关怀”是指与 2024 计划年度相比，我们 2025 年的药房及提供者网络规模更大。

减少文书工作法案披露声明 根据《1995 年减少文书工作法案》，任何人都无需对信息收集做出回应，除非信息显示有效的管理和预算办公室 (OMB) 控制编号。此信息收集的有效 OMB 控制号码是 0938-1051。如果您对预计时间的准确性有任何意见或对改进此表格有任何建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850。

COA-24809358-0927-SC



老年健康保险福利援助 (SHIBA) (Oregon的SHIP)

SHIBA 是一个由州政府运营的项目，从联邦政府获得资金，为拥有医疗保险的人提供免费的本地健康保险咨询服务。

致电：503-378-2014 或 800-722-4134

TTY/TDD: 711

书面通信：P.O. Box 14480

Salem, OR 97309-5032

或者通过他们的安全在线表格进行联系：healthcare.oregon.gov/shiba/get-help/Pages/shiba-contact-form.aspx

网站：shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx

CareOregon Advantage 客户服务

致电：503-416-4279 或免费电话 888-712-3258，TTY 711。

工作时间：

10月1日至下年3月31日早上8点到晚上8点，每周7天

早上8点到晚上8点4月1日至9月30日，周一至周五