

更多選擇，更優護理。我們的優勢 (Advantage) 在此。

2025 年

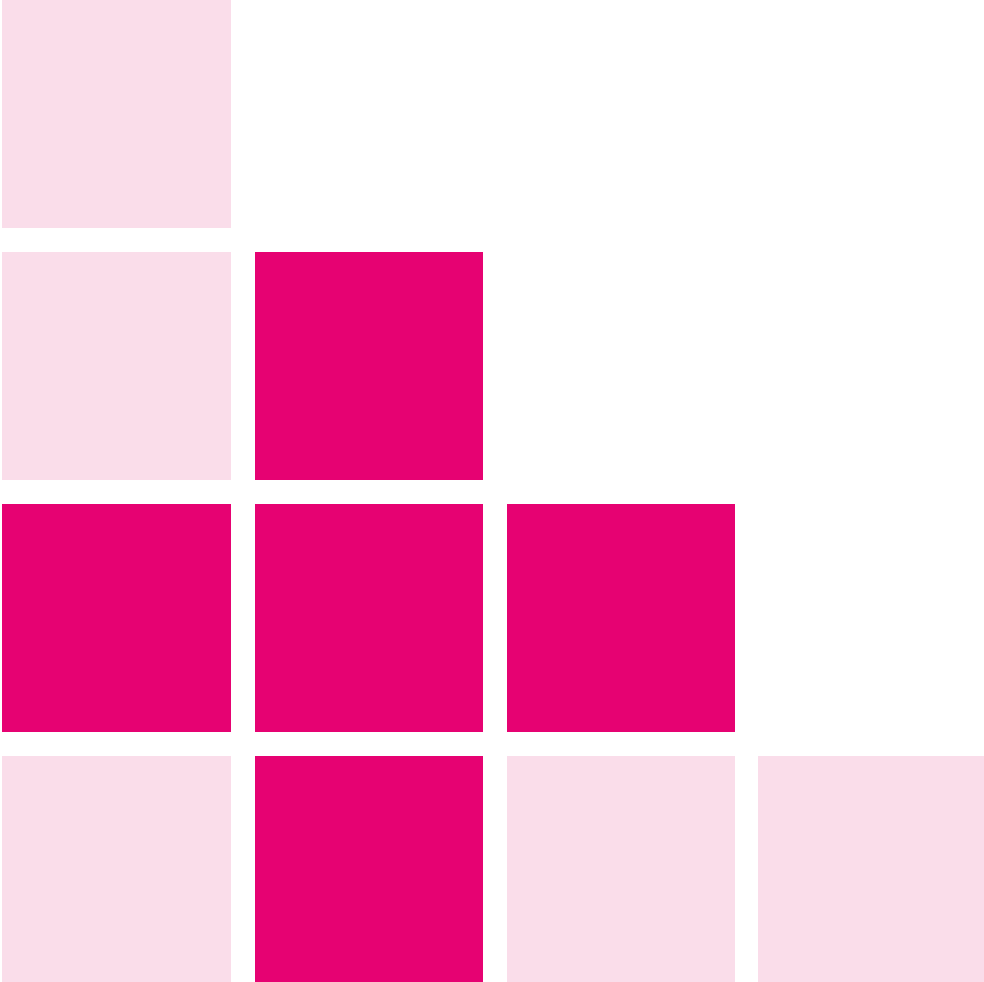
# 福利摘要

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

服務區域包括俄勒岡州的下列郡縣：

Clackamas、Columbia、Jackson、Multnomah、Tillamook 及 Washington

H5859\_CO2025\_SOB\_M







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

(提供服務點選項的 Medicare Advantage 健康維護組織 [Health Maintenance Organization with Point of Service Option, HMO-POS]，由與 Medicare 簽有合約的 HEALTH PLAN OF CARE-OREGON, INC. 提供。

# 福利摘要

2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日

本手冊將為概述我們所承保的服務以及您需支付的費用。本手冊並未列出我們所承保的所有服務，也未列出所有限制或排除項目。如欲取得承保服務的完整清單，請致電與我們聯絡並索取《承保範圍說明書》。

如欲加入 **CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)**，您必須有權享有 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分和 Oregon Health Plan (俄勒岡州健康計劃) (Medicaid) 且居住在本計劃的服務區域。

本計劃的服務區域包括俄勒岡州的下列郡

縣：Clackamas、Columbia、Jackson、Multnomah、Tillamook 及 Washington。

本計劃是一項適用於同時擁有 Medicare 和 Medicaid 之人士的 Dual-Eligible Special Needs Plan (D-SNP，符合雙重資格的特殊需求計劃)。一般而言，除了 D 部分處方藥共付額之外，您無需支付任何費用。如果您屬於下列其中一個 Medicaid 類別，您便可投保本計劃：

- Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)，合格 Medicare 受益人補充福利計劃)
- Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)，特定低收入 Medicare 受益人補充福利計劃)

您可致電客戶服務部電話號碼 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 以瞭解其他資訊。(聽障專線使用者請致電 711) 從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

## CareOregon Advantage Plus 2025年福利摘要

我們的網站是 [careoregonadvantage.org](https://careoregonadvantage.org)

如果您想進一步瞭解 Original Medicare 的承保範圍與費用，請查看最新版的《**Medicare & You**》手冊。您可在 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 檢視該手冊，或者致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取一份，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請致電 877-486-2048。

**CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)** 擁有一個由醫生、醫院、藥房及其他醫療服務提供者所組成的網絡。針對某些服務，您可使用不屬於本計劃網絡的醫療服務提供者。

您可在下列名錄中找到更多與本計劃網絡有關的資訊：

- Provider Directory (醫療服務提供者名錄) - [careoregonadvantage.org/providersearch](https://careoregonadvantage.org/providersearch)
- Pharmacy Directory (藥房名錄) - [careoregonadvantage.org/pharmacy](https://careoregonadvantage.org/pharmacy)
- Formulary (處方集) (D 部分處方藥清單) - [careoregonadvantage.org/druglist](https://careoregonadvantage.org/druglist)

或者，您可致電與我們聯絡，我們將會寄給您一份醫療服務提供者與藥房名錄或處方集。

本文件有其他格式 (例如盲文版、大字版或語音版) 可供索取。本文件也有俄文版、簡體中文版、繁體中文版、西班牙文版及越南文版可供索取。

CareOregon Advantage Plus 是一項與 Medicare/Medicaid 均簽有合約的 HMO-POS D-SNP 計劃。投保 CareOregon Advantage Plus 需視合約續約情況而定。

除非是緊急情況，否則網絡外／非簽約醫療服務提供者沒有義務要為 CareOregon Advantage Plus 的會員提供治療。請致電客戶服務部電話號碼或參閱《承保範圍說明書》以瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的分攤費用。

### 歧視是違法行為

CareOregon Advantage 遵循適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而歧視他人。CareOregon Advantage 不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而排擠他人或對人有差別待遇。

#### CareOregon Advantage:

- 為殘障人士提供免費輔助與服務，以讓他們能夠有效地與我們溝通，例如：
  - » 合格手語翻譯員
  - » 其他格式的書面資訊 (大字版、語音版、無障礙電子格式、其他格式)
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
  - » 合格口譯員
  - » 其他語言版本的書面資訊

其他語言版本的書面資訊

如果您需要上述服務，請與 CareOregon Advantage 客戶服務部聯絡。

如果您認為 CareOregon Advantage 未能提供上述服務，或者基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由透過其他方式歧視他人，您可使用下列聯絡資訊提出申訴：

Grievance Coordinator

315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204

免費電話：888-712-3258

傳真：503-416-1313 聽障專線 711

電子郵件：[customerservice@careoregon.org](mailto:customerservice@careoregon.org)

您可親自提交或者透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。

如果您需要協助提出申訴，客戶服務部可為您提供協助。

您也可透過民權辦公室的投訴入口網站在線上向 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生與公眾服務部) 的民權辦公室提出民權投訴，網址為 [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)，或者透過郵件或電話提出投訴：

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

800-368-1019、800-537-7697 (聽障專線)

您可在下列網站找到投訴申請表 [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

## CareOregon Advantage Plus 2025年福利摘要

本節並未列出 Medicare 或 Medicaid 所承保的所有服務，也未列出所有限制或排除項目。CareOregon Advantage Plus 會員必須擁有 Medicare 和 Oregon Health Plan (Medicaid) 才符合資格。如果您在一年當中喪失 Medicaid 的資格，您將無法再獲得 Medicaid 的福利，且您將需支付通常屬於 Medicaid 承保範圍的 Medicare 保費或分攤費用。

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)
月保費	您需支付 \$0
醫療自付額	您需支付 \$0
自付上限 (不包含處方藥)	<b>\$9,350</b> 您無需負責為屬於承保範圍的 A 部分和 B 部分服務支付任何可計入自付費用上限額的自付費用
住院病人醫院服務	您需支付 \$0 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介
門診病人醫院服務	您需為下列服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 屬於 Medicare 承保範圍的門診手術中心就診</li> <li>• 屬於 Medicare 承保範圍的門診醫院機構就診</li> </ul> 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介
醫生診所就診	您需為下列服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 屬於 Medicare 承保範圍的門診手術中心就診</li> <li>• 屬於 Medicare 承保範圍的門診醫院機構就診</li> </ul> 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介
預防性照護	您需支付 \$0
急診照護	您需支付 \$0
緊急需求服務	您需支付 \$0
診斷造影、檢測及程序	您需為下列服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷性放射線服務 (例如 Magnetic Resonance Imaging [MRI, 核磁共振造影]、Computed Tomography [CT, 電腦斷層] 掃描)</li> <li>• 診斷性檢測及程序</li> <li>• 化驗服務</li> <li>• 門診 X 光</li> <li>• 放射線治療服務 (例如癌症放射線治療)</li> </ul>

<b>保費與福利</b> <span style="float: right;"><b>CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)</b></span>	
<b>聽力服務</b>	<p>您需為下列服務支付 <b>\$0</b>：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 聽力檢查</li> <li>• 助聽器 (每 5 年最多 2 個裝置)</li> <li>• 助聽器電池 (每曆年 60 個)</li> </ul> <p>可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介 助聽器和電池包含在您的 Medicaid 福利範圍內。</p>
<b>牙科服務</b>	<p>您需為下列服務支付 <b>\$0</b>：</p> <p>屬於 Medicaid 承保範圍的<b>標準服務</b>包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 檢查與 X 光 (包括口腔癌篩檢)</li> <li>• 洗牙與氟化物治療</li> <li>• 補牙</li> <li>• 拔牙</li> <li>• 假牙 (全口與局部)</li> <li>• 假牙調整、替換遺失或破損的假牙</li> <li>• 牙齦疾病的深層洗牙</li> <li>• 急診牙科服務</li> </ul> <p>標準服務可能需經由轉介或需獲得事先授權</p>
<b>視力服務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 您需為下列服務支付 <b>\$0</b>：</li> </ul> <p><b>標準福利：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 為了診斷和治療眼睛疾病所需且屬於 Medicare 承保範圍的檢查 (包括年度青光眼篩檢)</li> <li>• 一副屬於 Medicare 承保範圍的眼鏡 (鏡片和鏡框) 或白內障手術後的隱形眼鏡</li> <li>• 標準服務可能需經由轉介或需獲得事先授權</li> </ul> <p><b>補充福利：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每 12 個月一次例行眼睛檢查</li> <li>• 特選眼鏡鏡框 (最多 \$175) 或隱形眼鏡 (最多 \$100)</li> <li>• 眼鏡鏡片 (單焦、雙焦或三焦) 及鏡片升級 (任何類別的漸進式鏡片或超薄鏡片) 可獲得全額承保</li> </ul>

## CareOregon Advantage Plus 2025年福利摘要

保費與福利		CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)
心理健康服務	<p>您需支付 <b>\$0</b></p> <p><b>住院服務:</b> 除非是緊急狀況, 否則住院心理健康服務可能需要經由轉介或者需獲得事先授權</p> <p><b>門診服務:</b> 個人與團體治療會談</p>	
針灸	<p>您需支付 <b>\$0</b></p> <p>Covered under Medicare benefits for lower back pain. Medicare福利承保, 適用治療腰痛。Medicaid福利承保額外診斷。請參閱承保證據 (Evidence of Coverage) 以了解更多資訊。需要授權。限制依診斷而異。</p>	
救護服務	<p>您需支付 <b>\$0</b></p>	
CareOregon Advantage CareCard	<p>您需支付 <b>\$0</b></p> <p>CareCard 可讓會員使用下列三種不同類別的福利 (稱為「錢包」):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每年獲得 \$1,378 (每季 \$344.50) 供您購買健康食物和符合資格的非處方保健用品</li> <li>• 完成健康活動的獎勵 (請參閱「獎勵與鼓勵」以瞭解進一步詳情)</li> </ul>	
整脊服務	<p>您需支付 <b>\$0</b></p> <p>可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介</p>	
糖尿病用品與服務	<p>您需為下列服務支付 <b>\$0</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 糖尿病自我管理訓練</li> <li>• 治療鞋或鞋墊</li> <li>• 糖尿病監測用品</li> </ul> <p>可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介</p>	
耐用醫療器材	<p>您需支付 <b>\$0</b></p> <p>包括像是輪椅、拐杖、助行器、氧氣器材等用品</p> <p>可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介</p>	



## CareOregon Advantage Plus 2025年福利摘要

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)
<b>末期腎臟病</b>	您需為下列服務支付 <b>\$0</b> ： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 腎臟病衛教</li> <li>• 門診透析</li> <li>• 住院透析</li> <li>• 自我透析訓練、器材及支援</li> </ul> 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介
<b>家庭生育計劃服務</b>	您需為承保服務支付 <b>\$0</b> 某些服務由Medicaid福利承保。
<b>足部護理 (足科服務)</b>	您需為下列服務支付 <b>\$0</b> ： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 足部檢查和治療</li> <li>• 例行足部照護</li> </ul> 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介
<b>性別確定護理</b>	您需支付 <b>\$0</b> 由 Medicaid 福利承保並根據 OHP 指南。必須滿足要求才能獲得服務。
<b>健康與保健教育計劃</b>	您需支付 <b>\$0</b> 健身計劃：包含在簽約 Silver&Fit® 據點的健身房會員資格。您每個福利年度可選擇一套居家健身工具組
<b>居家醫療保健</b>	您需支付 <b>\$0</b> 包含由專業護士和居家健康助理針對屬於 Medicaid 承保範圍的復健服務所提供且具有醫療必要性的照護 可能需獲得事先授權
<b>安寧照護</b>	您需支付 <b>\$0</b>
<b>失禁用品</b>	您需支付 <b>\$0</b> 屬於 Medicaid 福利的承保範圍
<b>居家支援服務</b>	您需支付 <b>\$0</b> 每年最多六十 (60) 次由 PapaPals 提供的居家訪視。此項福利可協助會員從事工具性日常生活活動，例如交通、購買食品雜貨、準備食物、財務管理及藥物管理。支援人員也可滿足其他方面的需求，包括技術協助、幫助會員取得福利 (例如為 CareCard 開卡、預約非急診醫療交通運輸服務等) 以及協助滿足社會需求

## CareOregon Advantage Plus 2025年福利摘要

保費與福利		CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)
<b>送餐計劃</b>	您需支付 <b>\$0</b> 在您從醫院、復健機構或專業護理機構出院之後，您有資格獲得最多 28 天的送餐到府服務（最多 56 餐或者每天兩餐） 由Medicaid福利承保。需要經由轉介。	
<b>Medicare B 部分藥物</b>	您需支付 <b>\$0</b> 包含化療及其他 B 部分藥物 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介	
<b>其他 Oregon Health Plan 服務</b>	您需支付 <b>\$0</b> 屬於州政府承保範圍，但不屬於 Medicaid 管理式醫療保健計劃承保範圍的服務，包括墮胎和安樂死服務	
<b>非處方藥</b>	您需支付 <b>\$0</b> 在持有屬於 Medicaid 承保範圍之處方的情況下選擇非處方藥、維他命和礦物質	
<b>物理治療</b>	您需支付 <b>\$0</b> 承保服務包括物理治療、職能治療及言語語言治療。 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介	
<b>Personal Emergency Response System (PERS, 個人緊急應變系統)</b>	您需支付 <b>\$0</b> 居家監控裝置，可選擇具備每週 7 天，每天 24 小時監控功能的手環或項鍊	
<b>假體裝置和相關用品</b>	您需支付 <b>\$0</b> 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介	
<b>例行免疫接種</b>	您需支付 <b>\$0</b>	
<b>專業護理機構</b>	您需支付 <b>\$0</b> 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介	

## CareOregon Advantage Plus 2025年福利摘要

保費與福利		CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)
高血壓特殊補充福利	您需支付 <b>\$0</b> 確診罹患高血壓的人士每 24 個月可獲得一個血壓監測裝置	
物質濫用服務	您需支付 <b>\$0</b> 包含住院和門診 (個人或團體治療) 服務 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介	
交通運輸服務	您需為下列服務支付 <b>\$0</b> : • 不限次數前往屬於 Medicaid 承保範圍之非急診約診的接送服務 由Medicaid福利承保。可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介	
遠距看診	您需支付 <b>\$0</b> 每週 7 天, 每天 24 小時提供服務, 由獲得美國醫學會認證的持照醫療服務提供者透過電話、視訊通話或應用程式提供非急診醫療病症的治療和處方藥	
假髮	您需支付 <b>\$0</b> 由Medicaid福利承保。 需要授權。必須診斷出因化療或放療導致掉髮。	
瑜珈	您需支付 <b>\$0</b> 每年最多達 30 次上課。 由Medicaid福利承保。需要授權。	

### 處方藥福利

#### 藥房自付額

\$590

如果您符合「額外補助」的資格，則自付額階段不適用於您。

#### 初始承保階段：

視您的收入和住院情況而定，您需為層級 1-4 的藥物支付下列費用

針對學名藥或被歸類為學名藥的品牌藥（最多 100 天藥量），您需支付下列其中一種費用：

- 共付額 \$0；或
- 共付額 \$1.60；或
- 共付額 \$4.90

針對品牌藥（最多 100 天藥量），您需支付下列其中一種費用：

- 共付額 \$0；或
- 共付額 \$4.80；或
- 共付額 \$12.15

您需為補充藥物或通常不屬於 Medicare 承保範圍的特定藥物（藥物層級 5）支付下列費用：

- 每份處方 \$1.60

#### 重大傷病承保階段：

在您的年度自付藥物費用達到 \$2,000 之後，本計劃將會給付您承保 D 部分藥物的全額費用。

針對補充藥物或通常不屬於 Medicare 承保範圍的特定藥物，您需為每份處方支付 **\$1.60**。

---

#### 分攤費用減免(如果您有獲得額外補助)

針對有獲得「額外補助」的人士，當您配藥 D 部分藥物的任何處方時，您將有資格享有共付額 \$0。

某些藥物可能需要事先授權。請參閱處方集。

## 獎勵與鼓勵

若會員在 2025 年完成符合資格的健康活動，會員將有資格獲得獎勵。當您完成一項或多項符合資格的健康活動時，獎金將會加值到您的 CareCard 中。請諮詢您的醫療服務提供者或 CareOregon Advantage Plus 的代表以瞭解其建議您接受哪些健康活動。

適用於所有人的獎勵	
透過藥房或醫療服務提供者接受流感預防針注射	\$25
完成由醫療服務提供者所進行的年度保健檢查或同等看診	\$50
填寫紙本或線上表格，或者透過電話與 CareOregon Advantage Plus 代表一起完成健康風險評估	\$25
適用於醫療服務提供者建議接受之服務的獎勵	
完成乳房攝影	\$50
完成結腸直腸癌篩檢	\$50
完成骨密度測試	\$50
適用於正在服用某些降血壓藥物之會員的獎勵	
向藥劑師諮詢您的 Angiotensin-Converting Enzyme (ACE, 血管張力素轉化酶) 抑制劑或 Angiotensin-Receptor Blocker (ARB, 血管張力素受體阻斷劑)	\$25
完成一次致電且領取藥物的頻率足以涵蓋您應服用此藥物之時間的至少 80%。	\$50
適用於註冊參加 Medication Therapy Management (MTM, 藥物治療管理) 計劃之會員的獎勵	
與藥劑師一起完成一次全面藥物評估	\$25
適用於確診糖尿病之會員的獎勵	
完成糖尿病眼睛檢查	\$25
完成糖尿病腎臟檢查	\$25
完成 A1c (糖化血紅蛋白) 檢查	\$25
獲得所有三項糖尿病獎勵	\$50

## 如有疑問，請與我們聯絡

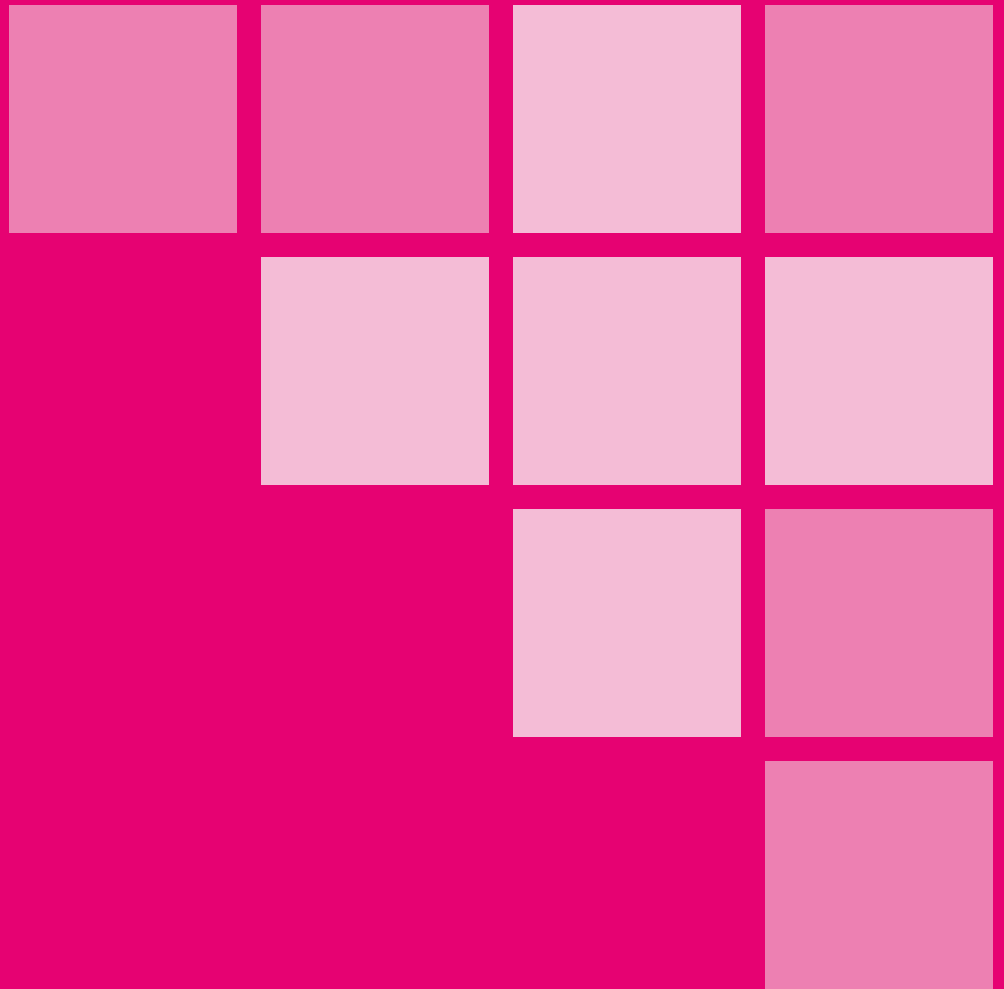
如果您想查詢更多資訊，請致電客戶服務部電話 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 以取得其他資訊。(聽障專線使用者請致電 711。)

從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。我們的網站是 [careoregonadvantage.org](http://careoregonadvantage.org)

您可以取得其他語言、大字體、點字或您喜歡的格式的版本的版本。您也可以要求口譯員的服務。此幫助是免費的。請致電 503-416-4279 或 TTY 711。我們接受中繼通話。

OHP-COA-24-4000





## CareOregonAdvantage 客戶服務部

致電：503-416-4279或免費電話888-712-3258，TTY 711

### 服務時間：

從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，每週七天，上午 8 點至晚上 8 點

從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點



[facebook.com/careoregon](https://facebook.com/careoregon)

[twitter.com/careoregon](https://twitter.com/careoregon)

[careoregonadvantage.org](https://careoregonadvantage.org)

COA-24797183-0812

