更多选择, 更佳护理。**这就是我们的 Advantage (优势)。**

2027

福利摘要

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

针对俄勒冈州以下县：Clackamas、 Columbia、 Jackson、 Multnomah 和 Washington

CareOregon® Advantage

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

（由与 Medicare 订立合约的 HEALTH PLAN OF CAREOREGON, INC. 提供的 Medicare Advantage Health Maintenance Organization（HMO，Medicare Advantage 健康维护组织计划）。）

福利概览

2027 年 *1* 月 *1* 日至 *2027* 年 *12* 月 *31* 日

这本小册子为您概述我们承保的服务和您须支付的费用。它并未列明我们承保的每项服务或列明每项限制条件或不保事项。如需获取我们承保的服务的完整清单，请致电我们，索取“承保证明书”。

如需加入 **CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)**，您必须有参保 Medicare A 部分的资格、已参保 Medicare B 部分和 The Oregon Health Plan (Medicaid)，且居住在我们的服务区域。

我们的服务区域包括俄勒冈州的以下各县：Clackamas、Columbia、Jackson、Multnomah 和 Washington。

此计划是 Dual-Eligible Special Needs Plan（D-SNP，双重资格特殊需求计划），适用于同时享有 Medicare 和 Medicaid 的民众。通常而言，除了支付 D 部分处方药共付额之外，您无需支付任何费用。如果您属于以下 Medicaid 类别之一，您可以参保此计划：

- Qualified Medicare Beneficiary Plus（QMB+，外加型符合资格 Medicare 受益人）
- Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus（SLMB+，外加型特定低收入 Medicare 受益人）

您可以拨打我们的客户服务部电话 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258，以了解更多信息。（TTY 用户应拨打 711。）服务时间为每周 7 天上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日），以及周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（4 月 1 日至 9 月 30 日）。

我们的网址是 ***careoregonadvantage.org***

如果您想了解有关 Original Medicare 的承保范围和费用的更多信息，请查看您当前的“**Medicare & You**”（Medicare 与您）手册。请登录网站 ***medicare.gov*** 在线查看，或致电 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取副本（每周 7 天、每天 24 小时提供服务）。TTY 用户应拨打 877-486-2048。

CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP) 设有医生、医院、药房和其他医疗护理提供者组成的网络。对于某些服务，您可以使用我们网络外的医疗护理提供者。

您可以在以下名录中找到有关我们网络的更多信息：

- 医疗护理提供者名录 - ***careoregonadvantage.org/providersearch***
- 药房名录 - ***careoregonadvantage.org/pharmacy***
- 处方集（D 部分处方药清单） - ***careoregonadvantage.org/druglist***

或者请致电我们，我们将向您寄送一份医疗护理提供者和药房名录或药品报销目录的副本。

本文件还有其他格式，例如盲文版、大字版或音频版。本文件还有俄语、简体中文、繁体中文、西班牙语和越南语版本。

CareOregon Advantage Plus 是一项与 *Medicare/Medicaid* 均签有合约的 *HMO D-SNP*。投保 *CareOregon Advantage Plus* 需视合约续约情况而定。

歧视行为违反法律

CareOregon Advantage 遵守适用的联邦民权法，不会基于种族、肤色、祖籍国、年龄、残疾或性别而歧视任何人。CareOregon Advantage 不会因为种族、肤色、祖籍国、年龄、残疾或性别而将任何人排除在外或区别对待。

CareOregon Advantage：

- 为残疾人提供免费援助和服务，以便他们与我们进行有效沟通，例如:
  - » 符合资格的手语翻译员
  - » 其他格式的书面信息（大字版、音频版、可供查阅的电子格式、其他格式）
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - » 符合资格的口语翻译员
  - » 以其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请联系 CareOregon Advantage 客户服务部。

如果您认为 CareOregon Advantage 因种族、肤色、祖籍何国、年龄、残疾或性别而未提供这些服务或以其他方式进行了歧视行为，您可以向以下机构申诉：
申诉协调员
315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204
免费电话：888-712-3258
传真：503-416-1313 TTY 711
电子邮件：***customerservice@careoregon.org***

您可以当面提出申诉，或通过邮件、传真或电子邮件提出申诉。

如果您需要帮助提出申诉，客户服务部可以帮助您。

您还可以通过 Office for Civil Rights Complaint Portal（民权办公室投诉门户网站）（网址为 ***ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf***）以电子方式向 U.S.Department of Health and Human Services（美国卫生与公众服务部）的 Office for Civil Rights（民权办公室）提出民权投诉，或者按照以下联系方式寄送邮件或拨打电话进行投诉：
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（听障专线）

您可以在 ***hhs.gov/ocr/office/file/index.html*** 下载投诉表格

CareOregon Advantage Plus **2027 年福利概览**

这个部分并未列明每项 Medicare 或 Medicaid 承保服务或列明每项限制条件或不保事项。CareOregon Advantage Plus 会员必须加入 Medicare 和 Oregon Health Plan (Medicaid) 才符合资格。如果您在这一年丧失加入 Medicaid 的资格，您将不再获得 Medicaid 福利，您将需要支付通常由 Medicaid 承保的 Medicare 保费或费用分摊。

保费和福利	**CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)**
每月保费	您支付 **$0**
医疗免赔额	您支付 **$0**
最高自付费用限额（不包括处方药）	**$9,850** 对于承保的 A 部分和 B 部分服务，您无需承担任何计入最高自付费用限额的自付费用。
住院医院服务	您支付 **$0** 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
门诊医院服务	您为以下服务支付 **$0**： • Medicare 承保的门诊手术中心诊症 • Medicare 承保的医院门诊诊症 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
医生诊所诊症	您为以下服务支付 **$0**： • 初级保健医生诊症 • 专科医生诊症 • 常规身体检查 有些服务可能需要您的初级保健医生的转介。
预防护理	您支付 **$0**
急诊护理	您支付 **$0**
急需服务	您支付 **$0**
诊断成像、检测和程序	您为以下服务支付 **$0**： • 放射诊断服务（例如 MRI、CT 扫描） • 诊断检测和程序 • 化验服务 • 门诊 X 光 • 放射治疗服务（例如癌症放射治疗）

保费和福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
听力服务	您为以下服务支付 **$0**： • 听力检查 • 助听器（每 5 年最多 2 部设备） • 助听器电池（每日历年 60 个） 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。 助听器和电池包含在您的 Medicaid 福利范围内。
牙科服务	您为以下服务支付 **$0**： Medicaid 承保下的**标准服务**包括： • 检查和 X 光（包括口腔癌筛查） • 洁牙和氟化物处理 • 填充 • 牙齿拔除 • 假牙（全口假牙和局部假牙） • 调整假牙、更换缺失或损坏的假牙 • 牙龈疾病的深层清洁 • 牙科急诊服务 可能需要转介或事先授权才能获得标准服务。
视力服务	您为以下服务支付 **$0**： **标准：** • 用于诊断和治疗眼部疾病的 Medicare 承保检查，包括年度青光眼筛查 • 在白内障手术之后配一副 Medicare 承保的眼镜（镜片和镜框）或隐形眼镜 可能需要转介或事先授权才能获得标准服务。 **补充福利：** • 每 12 个月进行一次常规眼科检查 • 选择眼镜框（最多 $175）或隐形眼镜（最多 $100） • 全数承保眼镜镜片（单焦点、双焦点或三焦点）和升级镜片（适用于任何类别的渐进或高折射率镜片）
心理健康服务	您支付 **$0** **住院服务：**除非出现紧急情况，否则住院心理健康服务可能需要获得转介或事先授权 **门诊服务**：个人和团体治疗诊次

保费和福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
针灸	您支付 **$0** Medicare 福利承保，适用于治疗腰痛。Medicaid 福利承保适用于其他诊断。请参阅 Evidence of Coverage（承保证明书）以了解更多资讯。 需要授权。限制依诊断而异。
救护车	您支付 **$0**
CareOregon Advantage CareCard	您支付 **$0** CareCard 允许会员就以下福利获得三个不同类别的福利（称为“钱包”）： **针对所有会员：** • 每三个月可获得 **$70**（每年 **$280**），用于购买非处方健康用品。 **针对符合条件的会员：** • 每三个月可获得 **$225**（每年 **$900**），用于购买健康食品。有关更多详细信息，请参阅第 9 页的 SSBCI 福利。 • 完成健康活动可获得奖励。有关更多详细信息，请参阅第 11 页的“奖励和激励”。
脊椎按摩服务	您支付 **$0** 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
糖尿病用品和服务*	您为以下服务支付 **$0**： • 糖尿病自我管理培训 • 治疗鞋或鞋垫 • 糖尿病监测用品 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
耐用医疗设备	您支付 **$0** 包括轮椅、拐杖、助行器、氧气设备等物品。 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
终末期肾病	您为以下服务支付 **$0**： • 肾病教育和指导 • 门诊透析 • 住院透析 • 自我操作的透析培训、设备和协助可能需要获得事先授权或您的医生的转介。

*在药房领取这些用品的会员，如果其 Medicaid 不是由 CareOregon 提供的，还必须出示 Medicaid 卡，以避免产生费用分摊。

保费和福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
足部护理（足病诊疗服务）	您为以下服务支付 **$0**： • 足部检查和治疗 • 常规足部护理 可能需要获得事先授权或您的医生的转介
性别确定护理	您支付 **$0** 由 Medicaid 福利承保并根据 OHP 指南。必须满足要求才能获得服务。
健康保健教育计划	您支付 **$0** 健身计划：包括在参与计划的 Silver&Fit® 地点享有健身房会员资格。您可以在每个福利年度选择一套家庭健身套件。
针对某些慢性疾病提供的帮助	您支付 **$0** 对于被诊断患有高血压的人，每 24 个月一台血压监测仪
居家健康护理	您支付 **$0** 包括熟练护士和家庭健康助理就 Medicaid 承保的康复服务提供的必要医疗护理。 可能需要事先授权。
临终关怀	您支付 **$0**
失禁用品	您支付 **$0** 由 Medicaid 福利承保。
居家支持服务	您支付 **$0** 通过 PapaPals 每年最多可享受 60 小时的服务。这项福利帮助会员完成工具性日常生活活动，例如交通、采购杂货和准备食物。协助人员还可以满足技术援助方面的需求，帮助获得会员福利（例如激活您的 CareCard、安排非急诊医疗交通服务等）以及协助满足社交需求
Meal Delivery Program（送餐计划）	您支付 **$0** 在您从医院、康复中心或专业护理机构的住院部出院后，您有资格获得最多 14 天的送餐到家服务（最多 28 份餐，或每天两餐） 仅适用于其 Medicaid 由 CareOregon 管理的会员。需要转介。

保费和福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
Medicare B 部分药物*	您支付 **$0** 包括化疗和其他 B 部分药物 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
其他 Oregon Health Plan 服务	您支付 **$0** 州承保的服务，而不是您的 Medicaid 管理式医疗护理计划承保的服务，包括堕胎和有尊严的善终服务。
非处方药	您支付 **$0** 在随附 Medicaid 福利承保的处方时，选择非处方药、维生素和矿物质。
物理治疗	您支付 **$0** 承保服务包括物理治疗、职业治疗和言语语言治疗。 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
Personal Emergency Response System（PERS，个人紧急响应系统）	您支付 **$0** 具有全天候（24/7）监控功能的居家监控装置，可选择手环或项链装置。
假肢装置和相关用品	您支付 **$0** 可能需要获得事先授权或您的医生的转介
常规免疫接种	您支付 **$0**
专业护理机构	您支付 **$0** 可能需要获得事先授权或您的医生的转介

*在药房领取这些用品的会员，如果其 Medicaid 不是由 CareOregon 提供的，还必须出示 Medicaid 卡，以避免产生费用分摊。

保费和福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)	您支付 **$0** 符合条件的会员每三个月可获得 $225（每年 $900），该金额将存入其 CareCard，用于购买健康食品。 该福利属于名为 Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill（SSBCI，慢性病患者特殊补充福利）的特殊福利计划的一部分。经确诊患有糖尿病、慢性心力衰竭、心血管疾病、慢性肺部疾病、神经系统疾病及其他适用病症的会员，可能符合享受该福利的资格。是否符合资格并不完全取决于这些条件。在提供此项福利之前，必须满足所有资格要求。如需了解更多信息，请参阅 2027 年 Evidence of Coverage（EOC，承保证明书）或致电客户服务部进行咨询。
药物滥用服务	您支付 **$0** 包括住院和门诊（个人或团体治疗）服务 可能需要获得事先授权或您的医生的转介
交通运输	您为以下服务支付 **$0**： • 无限次搭车前往 Medicaid 承保的非急诊预约地点 由 Medicaid 福利承保。 可能需要获得事先授权或您的医生的转介。
假发	您支付 **$0** 由 Medicaid 福利承保。 需要授权。必须诊断出因化疗或放疗而导致脱发。
瑜珈	您支付 **$0** 每年最多达 30 次课。 由 Medicaid 福利承保。需要授权。

处方药福利

药房免赔额：

$700

如果您有资格获得“额外补助”，则 Medicare 承保药物的免赔额阶段不适用于您。

初始承保阶段：

针对第 1 层级的药物，您需支付以下费用：针对所有药物（最多 100 天药量），您需支付 $0。

根据您的收入和住院情况而定，针对第 2 至第 5 层级的药物，您需支付以下费用：

对于仿制药或被视为仿制药的品牌药（最多 100 天药量），您可以支付：

- $0 共付额；或
- $1.65 共付额；或
- $5.80 共付额

对于品牌药（最多 100 天药量），您可以支付：

- $0 共付额；或
- $5.00 共付额；或
- $14.40 共付额

对于补充药物或 Medicare 通常
不承保的特定药物（第 2 层级药物），您需支付以下费用：

- 达到免赔额后，每张处方需支付药物总费用的 25%。

针对第 6 层级的药物，您需支付以下费用：

- 针对所有药物（最多 100 天药量），您需支付 $0。

重大伤病承保阶段：

当您每年的药物自付费用达到 $2,400 后，此计划将全数支付您承保的 D 部分药物的费用。

对于补充药物或 Medicare 通常不承保的特定药物，您需按每张处方支付药物总费用的 25%。

奖励和激励

会员将有资格因为在 2027 年完成符合资格的健康活动而获得奖励。当您完成一项或多项符合资格的健康活动时，奖励金将存入您的 CareCard。请咨询您的医疗护理提供者或 CareOregon Advantage Plus 代表，以了解他们建议您参加哪些健康活动。

每个人享有的奖励	
药房或您的医疗护理提供者为您注射流感疫苗	$25
完成年度健康检查，或您的医疗护理提供者为您进行同等检查	$50
通过填写纸质表格或在线表格自行完成健康风险评估，或通过电话在 CareOregon Advantage Plus 代表的协助下填写表格完成健康风险评估	$25
使用您的医疗护理提供者推荐的服务而获得的奖励	
完成乳房 X 光检查	$50
完成结直肠癌筛查	$50
完成骨密度测试	$50
诊断患有糖尿病的会员所获得的奖励	
完成糖尿病眼科检查	$25
完成糖尿病肾脏检查	$25
完成 A1c 检测	$25
完成全部三项糖尿病检测/检查可获得额外奖励	$50

如有问题，请与我们联系

如果您想要了解更多信息，请拨打我们的客户服务部电话
503-416-4279 或免费电话 888-712-3258。（TTY 用户应拨打 711。）

服务时间为每周 7 天上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日），以及周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（4 月 1 日至 9 月 30 日）。

我们的网址是 ***careoregonadvantage.org***

您可获得以其他语言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您还有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请致电 888-712-3258，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711 进行咨询，或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

COA-261194350-SC-0909

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 日至次年 3 月 31 日早上 8 点到晚上 8 点，每周 7 天
4 月 1 日至 9 月 30 日早上 8 点到晚上 8 点，周一至周五

facebook.com/careoregon
instagram.com/careoregon

H5859_CO2027_SOB_M

careoregonadvantage.org

CareOregon® Advantage

COA-261194350-SC-0909