更多選擇, 更佳護理。**這就是我們的 Advantage (優勢)。**

2027

福利摘要

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

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

CareOregon® Advantage

CareOregon Advantage

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

（由與 Medicare 簽有合約的 HEALTH PLAN OF CAREOREGON, INC. 提供的 Medicare Advantage Health Maintenance Organization（HMO，Medicare Advantage 健康維護組織計劃）。）

福利摘要

2027 年 1 月 1 日至 2027 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《承保證明書》。

如欲加入 **CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)**，您必須有權享有 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分和 The Oregon Health Plan (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 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。（TTY 用戶請撥打 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***

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 》**（Medicare 與您）手冊。您可在 ***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。TTY 用戶請撥打 877-486-2048。

CareOregon Advantage Plus (HMO 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：

- 醫療服務提供者名錄 - ***careoregonadvantage.org/providersearch***
- 藥房名錄 - ***careoregonadvantage.org/pharmacy***
- 處方集（D 部分處方藥清單） - ***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 D-SNP*。加入 *CareOregon Advantage Plus* 則需要視合約的續簽情況而定。

歧視屬於違法行為

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 因種族、膚色、祖籍何國、年齡、殘障或性別而未提供這些服務或以其他方式進行了歧視行為，您可以向以下機構申訴：

申訴協調員
315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204
免費電話：888-712-3258
傳真：503-416-1313 TTY 711
電子郵件：***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 Office for Civil Rights Complaint Portal（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 Office for Civil Rights（民權辦公室）提出民權投訴，網址為 ***crportal.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***

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 D-SNP)
月保費	您需支付 **$0**
醫療免賠額	您需支付 **$0**
最高自付費用限額（不包含處方藥）	**$9,850** 對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需承擔任何計入最高自付費用限額的自付費用。
住院醫院服務	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。
門診醫院服務	您需為下列服務支付 **$0**： • 屬於 Medicare 承保範圍的門診手術中心就診 • 屬於 Medicare 承保範圍的門診醫院機構就診 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的介。
醫生診所就診	您需為下列服務支付 **$0**： • 初級保健醫生就診 • 專科醫生就診 • 常規身體檢查 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的介。
預防性照護	您需支付 **$0**

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
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**： • 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） • 診斷性檢測及程序 • 化驗服務 • 門診 X 光 • 放射線治療服務（例如癌症放射線治療）
聽力服務	您需為下列服務支付 **$0**： • 聽力檢查 • 助聽器（每 5 年最多 2 個裝置） • 助聽器電池（每日曆年 60 個） 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的w介。 助聽器和電池包含在您的 Medicaid 福利範內。

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
牙科服務	您需為下列服務支付 **$0**： 屬於 Medicaid 承保範圍的**標準服務**包括： • 檢查和 X 光（包括口腔癌篩查） • 洗牙與氟化物治療 • 填充 • 牙齒拔除 • 假牙（全口與局部） • 調整假牙、更換缺失或損壞的假齒 • 牙齦疾病的深層清潔 • 牙科急診服務 標準服務可能需經由轉介或需獲得事先授權。
視力服務	您需為下列服務支付 **$0**： **標準福利：** • 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） • 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 標準服務可能需經由轉介或需獲得事先授權。 **補充福利：** • 每 12 個月一次例行眼睛檢查 • 特選眼鏡鏡框（最多 $175）或隱形眼鏡（最多 $100） • 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

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
心理健康服務	您需支付 **$0** **住院服務：**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 **門診服務**：個人與團體治療診次
針灸	您需支付 **$0** Medicare 福利承保，適用於治療腰痛。Medicaid 福利承保適用於其他診斷。請參閱 Evidence of Coverage（承保證明書）以了解更多資訊。 需要授權。限制依診斷而異。
救護車	您需支付 **$0**
CareOregon Advantage CareCard	您需支付 **$0** CareCard 可讓會員使用下列三種不同類別的福利（稱為「錢包」）： **針對所有會員：** ・每三個月可獲得 **$70**（每年 **$280**），用於購買非處方健康用品。 **針對符合條件的會員：** ・每三個月可獲得 **$225**（每年 **$900**），用於購買健康食品。有關更多詳細資訊，請參閱第 9 頁的 SSBCI 福利。 ・完成健康活動可獲得獎勵。有關更多詳細資訊，請參閱第 11 頁的「獎勵與激勵」。

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
脊椎按摩療法服務	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。
糖尿病用品與服務*	您需為下列服務支付 **$0**： • 糖尿病自我管理訓練 • 治療鞋或鞋墊 • 糖尿病監測用品 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介。
耐用醫療器材	您需支付 **$0** 包括像是輪椅、拐杖、助行器、氧氣器材等用品。 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介。
末期腎臟病	您需為下列服務支付 **$0**： • 腎臟病衛教 • 門診透析 • 住院透析 • 自我透析訓練、器材及支援 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介。

*在藥房領取這些用品的會員，如果其 Medicaid 不是由 CareOregon 提供的，還必須出示 Medicaid 卡，以避免產生費用分攤。

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
足部護理 （足科服務）	您需為下列服務支付 **$0**： • 足部檢查和治療 • 例行足部照護 可能需獲得事先授權或者需經由您醫生的轉介
性別確定護理	您需支付 **$0** 由 Medicaid 福利承保並根據 OHP 指南。必須滿足要求才能獲得服務。
健康保健教育計劃	您需支付 **$0** 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。
針對某些慢性疾病提供的幫助	您需支付 **$0** 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
居家醫療保健	您需支付 **$0** 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。
安寧照護	您需支付 **$0**
失禁用品	您需支付 **$0** 由 Medicaid 福利承保。

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
居家支援服務	您需支付 **$0** 透過 PapaPals 每年最多可享受 60 小時的服務。此項福利可協助會員從事工具性日常生活活動，例如交通、購買食品雜貨和準備食物。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。
Meal Delivery Program（送餐計劃）	您需支付 **$0** 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 14 天的送餐到府服務（最多 28 餐或者每天兩餐）僅適用於 Medicaid 由 CareOregon 管理的會員。需要經由轉介。
Medicare B 部分藥物*	您需支付 **$0** 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。
其他 Oregon Health Plan 服務	您需支付 **$0** 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。
非處方藥	您需支付 **$0** 在持有屬於 Medicaid 福利承保範圍之處方的情況下選擇非處方藥、維他命和礦物質。

***在藥房領取這些用品的會員，如果其 Medicaid 不是由 CareOregon 提供的，還必須出示 Medicaid 卡，以避免產生費用分攤。**

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
物理治療	您需支付 **$0** 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。
Personal Emergency Response System（PERS，個人緊急應變系統）	您需支付 **$0** 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。
假體裝置和相關用品	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
例行免疫接種	您需支付 **$0**
專業護理機構	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

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)	您需支付 **$0** 符合條件的會員每三個月可獲得 $225（每年 $900），該金額將存入其 CareCard，用於購買健康食品。 該福利屬於名為 Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill（SSBCI，慢性病患者特殊補充福利）的特殊福利計劃的一部分。經確診患有糖尿病、慢性心臟衰竭、心血管疾病、慢性肺部疾病、神經系統疾病及其他適用病症的會員，可能符合享受該福利的資格。是否符合資格並不完全取決於這些條件。在提供此項福利之前，必須滿足所有資格要求。如需瞭解更多資訊，請參閱 2027 年 Evidence of Coverage（EOC，承保證明書）或致電客戶服務部進行諮詢。
物質濫用服務	您需支付 **$0** 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	您需為下列服務支付 **$0**： 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。

保費與福利	CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)
假髮	您需支付 **$0** 由 Medicaid 福利承保。 需要授權。必須診斷出因化療或放療而導致脫髮。
瑜珈	您需支付 **$0** 每年最多達 30 次課。 由 Medicaid 福利承保。需要授權。

處方藥福利

藥房免賠額：

$700

如果您有資格獲得「額外補助」，則 Medicare 承保藥物的免賠額階段不適用於您。

初始承保階段：

針對第 1 層級的藥物，您需支付以下費用：針對所有藥物（最多 100 天藥量），您需支付 $0。

視您的收入和住院情況而定，您需為層級 2-5 的藥物支付下列費用：

針對仿製藥或被歸類為仿製藥的品牌藥（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 $1.65；或
- 共付額 $5.80

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 $5.00；或
- 共付額 $14.40

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 2）支付下列費用：

- 達到免賠額後，每張處方需支付藥物總費用的 25%。

針對第 6 層級的藥物，您需支付以下費用：

- 針對所有藥物（最多 100 天藥量），您需支付 $0。

重大傷病承保階段：

在您的年度自付藥物費用達到 $2,400 之後，本計劃將會給付您承保的 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，您需按每張處方支付藥物總費用的 25%。

獎勵與激勵

若會員在 2027 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
透過填寫紙質表格或線上表格自行完成健康風險評估，或透過電話在 CareOregon Advantage Plus 代表的協助下填寫表格完成健康風險評估	$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
適用於確診糖尿病之會員的獎勵	
完成糖尿病眼科檢查	$25
完成糖尿病腎臟檢查	$25
完成 A1c（糖化血紅蛋白）檢查	$25
完成全部三項糖尿病檢測/檢查可獲得額外獎勵	$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。（TTY 用戶請撥打 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***

您可獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您還有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請致電 888-712-3258，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711 進行諮詢，或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

CareOregon Advantage 客戶服務部

致電：503-416-4279 或免費電話 888-712-3258、聽障專線 711

營業時間：

從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，服務時間為每週七天，
上午 8 點至晚上 8 點
從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，服務時間為週一至週五，
上午 8 點至晚上 8 點

facebook.com/careoregon
instagram.com/careoregon

H5859_CO2027_SOB_M

careoregonadvantage.org

CareOregon® Advantage

COA-261194350-LP-CC-1008