

# 2026 年 承保范围 说明书

---

## Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

本文件适用于以下各县的会员：俄勒冈州的 Clackamas 县、Multnomah 县、Washington 县

感谢您选择 Providence Medicare Advantage Plans。我们很高兴您成为我们的会员。本文件包含了有关您的计划承保、福利以及如何充分利用您的健康计划的有用信息和资源。

有疑问？我们随时为您提供帮助。

- + 请访问我们的网站 **ProvidenceHealthAssurance.com**
- + 请拨打 **503-574-8000** 或 **1-800-603-2340** 与我们联系，服务时间为上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间），每周七天。4 月 1 日至 9 月 30 日期间，我们周六和周日休息。
- + 使用听力障碍专用的 TTY 设备？请拨打我们的免费电话 **711**

**2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日**

## **2026 年承保范围说明书**

**您作为 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划会员享有的 Medicare 健康福利和服务，以及药物承保**

本文件详细说明了您在 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期间的 Medicare 健康护理和药物承保。这是一份重要的法律文件。请妥善保管。

本文件说明了您的福利和权利。请使用本文件了解：

- 本计划保费和费用分摊
- 我们的医疗和药物福利
- 如果您对服务或治疗不满意，如何提出投诉
- 如何联系我们
- Medicare 法律规定的其他保护。

如果对本文件有疑问，请拨打 **503-574-8000 或 1-800-603-2340**。联系客户服务部（TTY 用户请拨打 **711**。）从 **4 月 1 日至 9 月 30 日**，服务时间为周一至周五上午 **8 点** 至晚上 **8 点**（太平洋时间）。从 **10 月 1 日至次年 3 月 31 日**，服务时间为周日至周六（每周 **7 天**）上午 **8 点** 至晚上 **8 点**（太平洋时间）。这是免费电话。

本计划 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 由 Providence Health Assurance 提供。（本承保范围说明书中使用“我们/我方”或“我们的/我方的”等用语是指 Providence Health Assurance。使用“计划”或“本计划”是指 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)。）

本文件可免费供西班牙语、越南语、俄语、简体中文、阿拉伯语和索马里语版本。本信息提供多种格式版本，包括音频 CD、大字体和盲文。

福利、免赔额和/或共付额/共同保险可能于 2027 年 1 月 1 日变更。

我们的处方药清单、药房网络和/或提供者网络可能随时变更。如果变更事项会影响您，我们将至少提前 30 天向您发出通知。

H9047\_2026PD\_PHA1571\_C

## 目录

## 目录

<b>第 1 章：开始成为会员</b>	<b>4</b>
第 1 节    您作为 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划会员	4
第 2 节    计划资格要求	5
第 3 节    重要会员材料	7
第 4 节    重要费用概要	9
第 5 节    关于月度计划保费的详细信息	12
第 6 节    及时更新计划会员记录	13
第 7 节    其他保险如何与本计划配合	13
<b>第 2 章：电话号码和资源</b>	<b>15</b>
第 1 节    Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 联系信息	15
第 2 节    从 Medicare 获得帮助	19
第 3 节    州健康保险援助计划 (SHIP)	21
第 4 节    质量改进组织 (QIO)	21
第 5 节    社会保障局	22
第 6 节    Medicaid	23
第 7 节    处方药费用援助计划	25
第 8 节    铁路退休委员会 (RRB)	27
第 9 节    如果您有团体保险或其他雇主提供的健康保险	28
第 10 节    从俄勒冈州老龄化及残障资源连接中心 (ADRC) 获得帮助	28
<b>第 3 章：将本计划用于您的医疗服务</b>	<b>29</b>
第 1 节    如何以本计划会员身份获得医疗护理	29
第 2 节    通过本计划网络内的提供者获得医疗护理	31
第 3 节    如何在紧急情况、灾难或急需护理时获得服务	34
第 4 节    如果您直接收到承保服务的全额账单，该怎么办	36
第 5 节    临床研究中的医疗服务	37
第 6 节    在宗教非医疗健康护理机构获得护理的规则	38
第 7 节    耐用医疗设备的所有权规则	39
<b>第 4 章：医疗福利表（是否承保）</b>	<b>42</b>
第 1 节    了解承保的服务	42
第 2 节    医疗福利表显示您的医疗福利和费用	43

## 目录

第 3 节	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划不承保哪些服务？ .....	88
第 4 节	本计划不承保哪些-服务？ .....	88
<b>第 5 章：</b>	<b>将计划保险用于 D 部分药物 .....</b>	<b>92</b>
第 1 节	本计划 D 部分药物承保的基本规则 .....	92
第 2 节	在网络药房或通过本计划的邮购服务配处方药.....	93
第 3 节	您的药物需在本计划的药物清单上.....	95
第 4 节	有承保限制的藥物.....	97
第 5 节	如果您的其中一种药物未以您希望的方式承保，该怎么办.....	98
第 6 节	我们的药物清单可能在年度内变更.....	100
第 7 节	我们不承保的药物类型.....	101
第 8 节	如何配处方药.....	102
第 9 节	特殊情况下的 D 部分药物承保 .....	103
第 10 节	药物安全和管理用药计划.....	104
<b>第 6 章：</b>	<b>您需为 D 部分药物支付的费用.....</b>	<b>106</b>
第 1 节	您需为 D 部分药物支付的费用 .....	106
第 2 节	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 会员的 药物付款阶段.....	108
第 3 节	您的 <i>D 部分福利说明</i> 将解释您所处的付款阶段 .....	108
第 4 节	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 无免赔额 .....	109
第 5 节	初始承保阶段.....	109
第 6 节	重大伤病承保阶段.....	112
第 7 节	额外福利信息.....	113
第 8 节	您需为 D 部分疫苗支付的费用 .....	113
<b>第 7 章：</b>	<b>要求我们支付承保医疗服务或药物账单中我们应承担的部分 .....</b>	<b>115</b>
第 1 节	应要求我们支付承保服务或药物费用的情况.....	115
第 2 节	如何要求我们报销或支付您收到的账单.....	117
第 3 节	我们将考虑您的支付要求，并表示同意或不同意.....	117
<b>第 8 章：</b>	<b>您的权利和责任 .....</b>	<b>119</b>
第 1 节	本计划必须尊重您的权利和文化敏感性.....	119
第 2 节	您作为本计划会员的责任.....	130

## 目录

<b>第 9 章：如何提出问题或投诉（承保决定、上诉、投诉） .....</b>	<b>132</b>
第 1 节    如果您有疑问或担忧，该怎么办.....	132
第 2 节    如何了解更多信息及获得个性化帮助.....	133
第 3 节    采用哪个程序处理您提出的问题.....	134
第 4 节    处理关于 Medicare 福利的问题.....	135
第 5 节    承保决定和上诉指南.....	135
第 6 节    医疗护理：如何要求作出承保决定或提出上诉.....	138
第 7 节    D 部分药物：如何要求作出承保决定或提出上诉 .....	144
第 8 节    如果您认为您太早出院，如何要求我们承保更长时间的住院治疗.....	152
第 9 节    如果您认为承保太早结束，如何要求我们延长承保特定医疗服务.....	156
第 10 节   将您的上诉推进至三级、四级和五级.....	159
第 11 节   如何就护理质量、等待时间、客户服务或其他问题提出投诉.....	161
第 12 节   处理关于 Medicaid 福利的问题.....	164
<b>第 10 章：终止本计划会员资格.....</b>	<b>167</b>
第 1 节    终止您在本计划的会员资格.....	167
第 2 节    您何时可以终止您在本计划的会员资格？ .....	167
第 3 节    如何终止您在本计划的会员资格.....	170
第 4 节    在会员资格终止前，您必须仍通过本计划获取医疗用品、服务和 药物.....	171
第 5 节    特定情况下，Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 必须终止会 员资格.....	171
<b>第 11 章：法律声明 .....</b>	<b>174</b>
第 1 节    管辖法律声明.....	174
第 2 节    不歧视声明.....	174
第 3 节    Medicare 次要付款人代位求偿权声明 .....	174
第 4 节    异常情形声明.....	175
第 5 节    第三方责任.....	175
<b>第 12 章：定义.....</b>	<b>178</b>

# 第 1 章： 开始成为会员

## 第 1 节 您是 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划的会员

---

**第 1.1 节** 您参保的是 **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)** 计划，这是一项特别设计的 **Medicare Advantage** 计划（特殊需求计划）

您同时享有 Medicare 和 Medicaid：

- **Medicare** 是为 65 岁及以上人群、部分 65 岁以下有特定障碍的人士以及终末期肾病（肾衰竭）患者提供的联邦健康保险计划。
- **Medicaid** 是由联邦政府与州政府联合提供的计划，旨在为收入和资源有限的特定人群提供医疗费用援助。Medicaid 的承保范围因州而异，且取决于您拥有的 Medicaid 类型。部分 Medicaid 参保人可获得 Medicare 保费及其他费用的补助。另有参保人还可获得 Medicare 未承保的额外服务和药物承保。

您已选择通过我们的 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划获得 Medicare 健康护理和药物承保。您还单独参保了俄勒冈健康计划 (Medicaid)，不论是直接投保还是通过协调护理组织投保。本计划承保所有 A 部分和 B 部分服务。但需注意，本计划的费用分摊和提供者联络与 Original Medicare 存在差异。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 是一项特别设计的 Medicare Advantage 计划（Medicare 特殊需求计划），这意味着提供的福利是专为有特殊健康护理需求人群设计的。同时，Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 也面向享有 Medicare 且符合资格获得 Medicaid 帮助的人群。

由于您享有 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 和俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的承保，您将无需为大多数服务自付费用。俄勒冈健康计划 (Medicaid) 将支付您的免赔额。对于大多数会员的大多数服务，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 将承担费用分摊部分。在接受服务或支付自付费用前，请向俄勒冈健康计划 (Medicaid) 或您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织确认该服务是否承保。在第 4 章的福利表中，费用分摊显示为 0 美元，因为这通常是您需要支付的金额。俄勒冈健康计划 (Medicaid) 还为您提供其他福利，具体为承保通常不在 Medicare 保险范围内的健康护理服务、长期护理和处方药。您还将获得 Medicare 的额外帮助 (Extra Help)，用于支付 Medicare 药物费用。Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 将帮助您管理所有这些福利，确保您获得符合资格享有的健康服务和付款帮助。

## 第 1 章 开始成为会员

---

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 由非营利组织运营。与所有 Medicare Advantage 计划一样，该 Medicare 特殊需求计划已获 Medicare 批准。本计划还与俄勒冈 Medicaid 计划签有合约，以协调您的 Medicaid 福利。我们很高兴为您提供 Medicare 承保，包括药物承保。

### 第 1.2 节 本承保范围说明书的相关法律信息

本承保范围说明书是我们与您签订的合约的一部分，说明了 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 如何承保您的护理服务。该合约的其他部分包括您的参保表、承保药物清单（处方药清单），以及我们向您发出的关于承保变更或影响承保条件的任何通知。这些通知有时称为附加条款或补充条款。

该合约在您参保 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 期间有效，即 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日。

Medicare 允许我们每给日历年对我们提供的计划进行变更调整。这意味着我们可以在 2026 年 12 月 31 日之后变更 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的费用和福利。我们也可选择在 2026 年 12 月 31 日之后停止在您所在服务范围内提供本计划。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 须经 Medicare（Medicare 和 Medicaid 服务中心）与俄勒冈健康计划 (Medicaid) 批准。只要我们继续提供本计划，且 Medicare 与俄勒冈健康计划 (Medicaid) 持续批准本计划，您便能每年作为本计划会员享有 Medicare 承保。

## 第 2 节 计划资格要求

---

### 第 2.1 节 资格要求

只要满足以下所有条件，您即符合本计划会员资格：

- 您同时拥有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 您居住在我们的地理服务范围内（详见第 2.3 节）。被监禁人员即使身处该服务范围内，亦不被视为居住在地理服务范围内。
- 您是美国公民或合法居留于美国
- 您符合下述特殊资格要求

#### 针对本计划的特殊资格要求

本计划专为需要特定 Medicaid 福利的人群设计（Medicaid 是由联邦政府与州政府联合提供的计划，旨在为收入和资源有限的特定人群提供医疗费用援助。）符合本计划资格的前提是，您必须同时符合 Medicare 和完整 Medicaid 福利的资格

## 第 1 章 开始成为会员

---

请注意：如果您暂时丧失资格但可合理预期在一个月內恢复资格，则您仍符合会员资格。第 4 章第 2 节说明了在视为延续资格期间的承保范围和费用分摊。

### 第 2.2 节 Medicaid

Medicaid 是由联邦政府与州政府联合提供的计划，旨在为收入和资源有限的特定人群提供医疗和长期护理费用援助。各州自行决定收入和资源的计算标准、资格认定、服务承保范围及服务费用。各州在遵循联邦指导方针的前提下可自主制定计划运作方式。

此外，Medicaid 还提供多项计划协助参保人支付 Medicare 费用，例如 Medicare 保费。这些 Medicare 节约计划帮助收入和资源有限的人群节省每年开支：

- **享有完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利的合格 Medicare 受益人 (QMB+)：**为同时符合完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利资格的人群支付 Medicare A 部分和 B 部分保费及其他费用分摊（如免赔额、共同保险和共付额）。
- **享有完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利的指定低收入 Medicare 受益人 (SLMB+)：**为同时符合完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利资格的人群支付 B 部分保费，以及俄勒冈健康计划 (Medicaid) 通常承保的福利费用分摊。

### 第 2.3 节 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的计划服务范围

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 仅向居住在本计划服务范围内的人们提供。为保留本计划会员资格，您必须持续居住在本计划服务范围内。服务范围如下所述。

我们的服务范围包括俄勒冈州的以下各县：Clackamas 县、Multnomah 县和 Washington 县。

如果您计划迁往其他州，您应联系该州的 Medicaid 办事处，咨询此搬迁对您 Medicaid 福利的影响。Medicaid 联系电话详见本文件第 2 章第 6 节。

如果您迁出本计划服务范围，则不再符合本计划会员资格。请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部，查询我们是否有在您的新居住地提供计划。搬迁时，您将享有特殊参保期，可选择转为 Original Medicare 或加入新居住地的 Medicare 健康或药物计划。

如果您搬迁或更改邮寄地址，请务必致电社会保障局。请拨打 1-800-772-1213（TTY 用户请拨打 1-800-325-0778）联系社会保障局。



## 第 1 章 开始成为会员

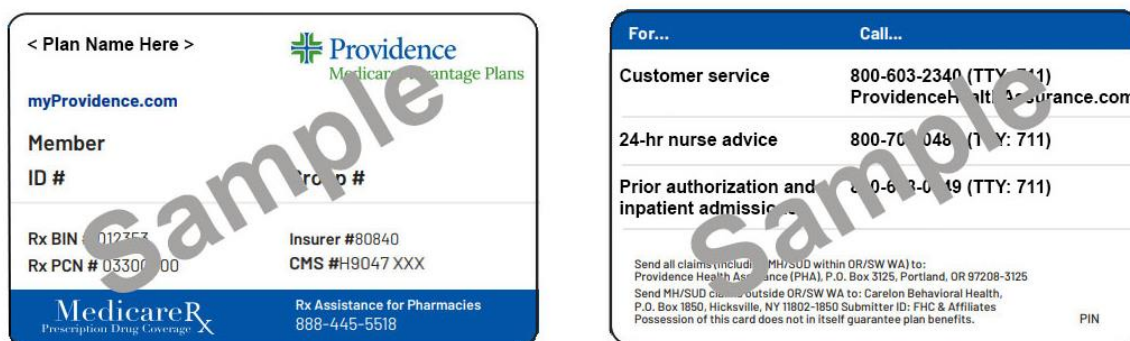
### 第 2.4 节 美国公民或合法居留

您必须是美国公民或合法居留于美国，才能成为 Medicare 健康计划的会员。如果您不符合此计划会员资格要求，Medicare（Medicare 和 Medicaid 服务中心）将通知 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划。如果您未满足此要求，Providence Medicare Dual Plus(HMO D-SNP) 必须取消您的参保。

## 第 3 节 重要会员材料

### 第 3.1 节 本计划会员卡

获取本计划承保的服务及在网络药房取处方药时，均需出示您的会员卡。您还应向提供者出示您的 Medicaid 卡。会员卡示例：



如果您是本计划会员，请不要使用您的红白蓝 Medicare 卡获取承保的医疗服务。如果您使用 Medicare 卡而非 Providence Medicare Dual Plus(HMO D-SNP) 会员卡，您可能需要自行支付全部医疗服务费用。请妥善保管您的 Medicare 卡。如果您需要住院服务、临终关怀服务或参与 Medicare 批准的临床研究（亦称“临床试验”），可能被要求出示该卡。

如果本计划会员卡损坏、丢失或被盗，请立即拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 请拨打 711）联系客户服务部，我们将为您补发新卡。

### 第 3.2 节 提供者和药房目录

**提供者和药房目录** [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) 列出了我们目前的网络内提供者。标注了同时接受俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的参与提供者。对于 Medicare 未承保的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 服务，请确认您的提供是否与您的协调护理组织 (CCO) 或俄勒冈健康计划 (Medicaid) 存在合作关系。您的 CCO 会为您提供一份提供者目录。如果您未加入 CCO，或需要寻找医生及其他健康护理提供者，请拨打 1-800-273-0557（TTY 用户请拨打 711）联系 OHP 客服中心。**网络内提供者**指与我们签订协议，接受我们付款及任何计划费用分摊作为全额付款的医生、其他健康护理专业人员、医疗团体、耐用医疗设备供应商、医院及其他健康护理设施。

## 第 1 章 开始成为会员

---

您必须通过网络内提供者获取医疗护理和服务。如果您未经适当授权选择其他提供者，您将需要全额付款。仅当出现以下例外情况：紧急情况、网络不可用时的急需服务（即在无法合理或不可能获得网络内服务的情况下）、异地透析服务，以及当 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 授权使用网络外提供者。

同样重要的是，要了解哪些提供者参与了俄勒冈健康计划 (Medicaid)。提供者需加入俄勒冈健康计划 (Medicaid)，以便妥善处理 Medicare 的免赔额和费用分摊。

*提供者和药房目录*列出了我们当前的网络药房。**网络药房**是指同意为本计划会员配承保处方药的药房。使用 *提供者和药房目录*来查找您想使用的网络药房。关于何时您可以使用不在本计划网络内的药房，请参阅第 5 章第 2.5 节。

如果您没有 *提供者和药房目录*，可致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）索取副本（电子版或纸质版）。您也可以在我们的网站上找到这些信息，网址是 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)。如需纸质版提供者目录，我们将在 3 个工作日内邮寄给您。

请在我们的网站 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) 获取最新的提供者和供应商清单。

### 第 3.3 节 药物清单（处方药清单）

本计划包含一份承保药物清单（也称为“药物清单”或“处方药清单”）。其中说明了 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划 D 部分福利所承保的处方药。清单上的药物由本计划在医生和药剂师的帮助下选定。药物清单必须符合 Medicare 的要求。根据 Medicare 药物价格协商计划达成协商价格的药物将被纳入您的药物清单，除非其如第 5 章第 6 节所述被移除及替换。Medicare 已批准 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的药物清单。

该药物清单还说明了是否存在限制药物承保的规定。

我们将为您提供一份药物清单。如需获取最完整且最新的药物承保信息，请访问 ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary)) 或拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部。

## 第 4 节 重要费用概要

	2026 年您的费用
<b>计划月度保费*</b> * 您的保费可能高于此金额。详见第 4.1 节。	\$0
<b>最高自付金额</b> 这是您对承保服务的 <u>最高</u> 自付金额。 （详见第 4 章第 1 节。）	<b>\$9,250</b> 对于承保的 <b>A</b> 部分和 <b>B</b> 部分服务，您不需要支付最高自付金额以内的任何自付费用。
初级护理门诊	每次就诊 \$0
专科医生门诊	每次就诊 \$0
住院治疗	每次就诊 \$0
<b>D 部分药物承保免赔额</b> （详见第 6 章第 4 节。）	免赔额：\$0
<b>D 部分药物承保</b> （详见第 6 章，包括年度免赔额、初始承保和重大伤病承保阶段。）	初始承保阶段的共付额/共同保险： <ul style="list-style-type: none"> <li>对于仿制药，每份处方您需支付的共付额为 <b>\$0、\$1.60 或 \$5.10</b>。</li> <li>对于所有其它药物，每份处方您需支付的共付额为 <b>\$0、\$4.90 或 \$12.65</b>。</li> </ul> 重大伤病承保阶段： 在此付款阶段，您无需为您的 <b>D</b> 部分承保药物支付任何费用。

## 第 1 章 开始成为会员

---

您的费用可能包括以下：

- 计划保费（第 4.1 节）
- 月度 Medicare B 部分保费（第 4.2 节）
- D 部分逾期投保罚金（第 4.3 节）
- 收入相关月度调整金额（第 4.4 节）
- Medicare 处方支付计划金额（第 4.5 节）

### 第 4.1 节 计划保费

您无需为 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 单独支付月度计划保费。

如果您已经从这些计划中获得援助，则本**承保范围说明书**中关于保费的信息不适用于您。我们已向您寄送了一份名为《获得处方药付款额外帮助人员的承保说明书附加条款》（也称为“低收入补贴附加条款”或“LIS 附加条款”）的单独文件，其中说明了您的药物承保。如果您未收到此插页，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）索取 LIS 附加条款。

### 第 4.2 节 月度 Medicare B 部分保费

许多会员需支付其他 Medicare 保费

部分会员需支付其他 Medicare 保费。根据上文第 2 节所述，要符合本计划资格，您必须保持 Medicaid 资格，并同时拥有 Medicare A 部分和 B 部分。对于大多数 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 会员，Medicaid 会支付您的 A 部分保费（如果您没有自动符合条件）和 B 部分保费。

如果 Medicaid 没有为您支付 Medicare 保费，您需继续自行缴纳 Medicare 保费以维持本计划会员资格。这包括您的 B 部分保费。如果您不符合 A 部分保费豁免资格，您可能还需支付 A 部分保费。

### 第 4.3 节 D 部分逾期投保罚金

由于您具有双重资格，只要您保持双重资格状态，逾期投保罚金 (LEP) 便不适用于您，但如果您失去双重资格，则可能产生 LEP。D 部分逾期投保罚金是指在初始参保期结束后，如果您连续 63 天或更长时间没有 D 部分或其他可抵扣药物保险，需为 D 部分承保额外支付的保费。可抵扣处方药保险是指符合 Medicare 最低标准的保险，其平均赔付额度不低于 Medicare 的标准药物承保。逾期投保罚金的金额取决于您未持有 D 部分或其他可抵扣处方药保险的时长。只要您拥有 D 部分承保，您便需要支付此罚金。

在以下情况下，您无须支付 D 部分逾期投保罚金：

- 您获得 Medicare 的额外帮助来帮您支付药物费用。

## 第 1 章 开始成为会员

---

- 您没有可抵扣保险的时间未长达连续 63 天。
- 您通过其他渠道（如前任雇主、工会、TRICARE 或退伍军人健康管理局 (VA)）持有可抵扣药物保险。您的保险公司或人力资源部门会每年告知您的药物保险是否属于可抵扣保险。您可能会通过信函或计划通讯收到此通知。请妥善保存这些信息，后续加入 Medicare 药物计划时可能需要出示。
  - **请注意：**任何信函或通知都必须明确说明您持有的可抵扣处方药保险赔付标准不低于 Medicare 的标准药物计划。
  - **请注意：**处方药折扣卡、免费诊所和药物折扣网站不属于可抵扣处方药保险。

**Medicare 会确定 D 部分逾期投保罚金的金额。计算方式如下：**

- 首先，计算您在符合参保资格后延迟加入 Medicare 药物计划的全月数。或者计算您没有可抵扣药物保险的全月数（如果承保中断达到 63 天或更长时间）。罚金按您没有可抵扣保险期间每月 1% 的比例计算。例如，如果您有 14 个月没有保险，罚金比例将为 14%。
- 然后，Medicare 会根据上一年全国 Medicare 药物计划的平均月度计划保费（全国基准受益人保费）来确定金额。2025 年，该平均保费金额预计为 36.78 美元。这一数额在 2026 年可能会有变化。
- 如要计算您的每月罚金，请将罚金比例乘全国基准受益人保费，保留小数点后两位。以此处的例子来说，就是 14% 乘 36.78 美元，等于 5.149 美元。四舍五入后是 5.10 美元。对于有 D 部分逾期投保罚金的人，该金额将计入其月度计划保费。

关于 D 部分月逾期投保罚金，有三点重要事项需要了解：

- **罚金可能每年变化**，因为全国基准受益人保费每年都可能调整。
- **只要您参保有 Medicare D 部分药物福利的计划**，您便需要每月持续支付罚金，即使变更计划也是如此。
- 如果您未**满 65 岁**且参保 Medicare，D 部分逾期投保罚金将在您年满 65 岁时重置。65 岁之后，您的 D 部分逾期投保罚金将仅基于您在符合年龄条件参保 Medicare 的初始参保期后没有保险的月数计算。

如果您对 D 部分逾期投保罚金有异议，您或您的代表可以要求复审。通常，您必须在收到首封通知您需要支付逾期投保罚金的信函之日起 **60 天内**提出复审请求。不过，如果您在加入本计划前已被收取罚金，可能无法再次申请对该逾期投保罚金进行复审。

**重要提示：**在等待逾期投保罚金决定复审期间，请勿停止缴纳您的 D 部分逾期投保罚金。否则可能因未缴纳计划保费而被取消参保资格。

## 第 1 章 开始成为会员

---

### 第 4.4 节 收入相关月度调整金额

如果您因收入变动失去本计划资格，部分会员可能需要为其 Medicare 计划支付额外费用，即 D 部分收入相关月度调整金额 (IRMAA)。该费用将根据您两年前美国国税局 (IRS) 纳税申报表申报的修正后总收入计算。如果该金额超出特定标准，您需支付标准保费金额及额外 IRMAA 费用。有关基于收入可能需支付的额外金额详情，请访问 [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs)。

如需支付额外 IRMAA，社会保障局（而非您的 Medicare 计划）将寄信告知具体金额。该费用将从您的社会保障金、铁路退休委员会津贴或人事管理办公室福利支票中直接扣除（无论您通常以何种方式支付计划保费），除非月福利金额不足以抵扣欠款。如果福利支票金额不足，您将收到 Medicare 寄送的账单。您必须向政府支付额外的 IRMAA 费用。此项费用无法通过您的月度计划保费支付。如果未支付额外 IRMAA，您将被取消计划参保资格并失去处方药承保。

如果您对支付额外 IRMAA 有异议，可要求社会保障局复审该决定。具体操作请致电社会保障局 1-800-772-1213（TTY 用户请拨-800-325-0778）。

### 第 4.5 节 Medicare 处方支付计划金额

如果您参加了 Medicare 处方支付计划，每月您需支付本计划保费（如有），并且会收到来自健康或药物计划的处方药账单（而非在药房直接支付）。您的月账单是基于当月所欠处方费用加上前期未结余额，再除以本年度剩余月份数计算得出。

第 2 章第 7 节提供了更多关于 Medicare 处方支付计划的详细信息。如果您对此支付方案的账单金额有异议，可按照第 9 章所述步骤进行投诉或上诉。

## 第 5 节 关于月度计划保费的详细信息

---

### 第 5.1 节 本计划月度保费年内保持不变

我们不允许在年度内调整计划月度保费金额。如果下一年度月度保费有变化，我们将在 9 月通知您，新保费将于次年 1 月 1 日生效。

但在某些情况下，如果您原本需要支付逾期投保罚金，可能可以停止支付；或者您可能需要开始支付逾期投保罚金。这种情况可能发生在您在年内获得或失去额外帮助。

- 如果当前正在支付 D 部分逾期投保罚金，并在年内获得额外帮助，即可停止支付罚金。
- 如果您失去额外帮助，且连续 63 天或更长时间没有 D 部分或其他可抵扣药物保险，则可能需要缴纳 D 部分逾期投保罚金。

更多关于额外帮助的信息请参阅第 2 章第 7 节。

## 第 6 节 及时更新计划会员记录

---

您的会员记录包含参保表信息，包括地址和电话号码。其中注明具体的计划承保范围，包括您的初级护理提供者。

本计划网络内的医生、医院、药剂师及其他提供者**将通过您的会员记录了解承保服务及药物，以及费用分摊金额**。因此，协助我们保持信息更新至关重要。

如果您有任何上述变动，请告知我们。

- 姓名、地址或电话号码的变更
- 您的其他健康保险的任何变更（例如来自您的雇主、配偶或家庭伴侣的雇主、工伤保险或俄勒冈健康计划 (Medicaid)）。
- 任何责任索赔，例如因车祸引起的索赔
- 如果您获准入住养老院
- 如果您在服务范围外或网络外的医院或急诊室接受护理
- 如果您指定的负责人（例如护理人员）发生变更
- 如果您参与临床研究（**注：**您无需告知我们您计划参与的临床研究，但我们鼓励您这样做。）

如果以上任何信息有变，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340 通知我们（TTY 用户请拨打 711）。

搬迁或更改邮寄地址时，务必联系社会保障局，这一点同样重要。请致电社会保障局 1-800-772-1213（TTY 用户请拨打 1-800-325-0778）。

您还必须联系您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 客户服务部或您的个案管理员，报告这些变更。俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的电话号码可在第 2 章第 6 节中查阅。

## 第 7 节 其他保险如何与本计划配合

---

根据 Medicare 的要求，我们需要收集您现有的其他医疗或药物保险信息，以便协调其他保险与您在计划中的福利。这被称为“福利协调”。

每年一次，我们将寄送一封信函，列出我们所知的其他医疗或药物保险。请仔细阅读以下信息。如果正确，您无需做任何操作。如果信息不准确，或您有其他未列出的保险，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。在确认对方身份后，您可能需要向其他保险公司提供本计划会员 ID 号，以确保能够准确及时地支付账单。

## 第 1 章 开始成为会员

---

当您有其他保险（如雇主团体健康保险）时，将依据 Medicare 规则来决定是本计划还是您的其他保险首先支付。首先支付的保险（即“首要支付方”）将支付至其承保限额为止。其次支付的保险（即“次要支付方”）仅在主要保险未能承保全部费用时进行支付。次要支付方可能不会支付所有未承保的费用。如果您有其他保险，请告知您的医生、医院和药房。

以下规则适用于雇主或工会团体健康保险计划：

- 如果您享有退休人员保险，Medicare 将优先支付。
- 如果您的团体健康保险是基于您或家庭成员当前就业情况，支付顺序取决于您的年龄、雇主雇佣人数以及您参加 Medicare 的依据（年龄、障碍或终末期肾病 (ESRD)）：
  - 如果您未满 65 岁且身有障碍，且您（或家庭成员）仍在职，当雇主拥有 100 名及以上员工，或多雇主计划中至少有一个雇主拥有超过 100 名员工时，团体健康保险首先支付。
  - 如果您年满 65 岁且您（或配偶/家庭伴侣）仍在职，当雇主拥有 20 名及以上员工，或多雇主计划中至少有一个雇主拥有超过 20 名员工时，团体健康保险首先支付。
- 如果因 ESRD 参加 Medicare，在您符合 Medicare 资格的前 30 个月内，团体健康保险首先支付。

以下保险类型通常就相关服务首先支付：

- 无过失保险（含汽车保险）
- 责任（包括汽车保险）
- 尘肺病福利
- 劳工赔偿

Medicaid 和 TRICARE 从不首先支付 Medicare 承保的服务。它们仅在 Medicare 和/或雇主团体健康保险支付后进行支付。



## 第 2 章： 电话号码和资源

### 第 1 节 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 联系信息

如需咨询索赔、账单或会员卡问题，请致电或写信联系 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 客户服务部。我们很高兴能为您提供帮助。

客户服务部——联系信息	
电话	<p>503-574-8000 或 1-800-603-2340</p> <p>拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。</p> <p>客户服务部电话 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）同样为非英语使用者提供免费的语言翻译服务。</p>
TTY	<p>711</p> <p>拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。</p>
传真	<p>503-574-8608</p>
写信	<p>Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548</p>
网站	<p><a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a></p>

## 如何就您的医疗护理和/或 D 部分药物要求作出承保决定或提出上诉

承保决定是我们就您的福利和承保范围，或就医疗服务及 D 部分药物。所作出的决定。如需了解更多关于如何要求作出医疗护理或 D 部分药物承保决定或提出上诉的信息，请参阅第 9 章。

### 医疗护理承保决定——联系信息

电话	503-574-8000 或 1-800-603-2340  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
TTY	711  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
传真	503-574-6464 或 1-800-989-7479
写信	Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327
网站	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

### D 部分药物承保决定——联系信息

电话	503-574-8000 或 1-800-603-2340  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
----	--

#### D 部分药物承保决定——联系信息

<b>TTY</b>	711  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
<b>传真</b>	503-574-8646 或 1-800-249-7714
<b>写信</b>	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
<b>网站</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

#### Medicare 护理和/或 D 部分药物上诉——联系信息

<b>电话</b>	503-574-8000 或 1-800-603-2340  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
<b>TTY</b>	711  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
<b>传真</b>	503-574-8757 或 1-800-396-4778
<b>写信</b>	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
<b>网站</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

## 如何就您的医疗护理和/或 D 部分药物提出上诉

您可以对我们或我们的网络内提供者或药房提出投诉，包括对护理质量的投诉。此类投诉不涉及承保范围或支付纠纷。如需了解更多关于如何就医疗护理提出投诉的信息，请参阅第 9 章。

### 医疗护理和/或 D 部分药物投诉——联系信息

电话	503-574-8000 或 1-800-603-2340  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
TTY	711  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
传真	503-574-8757 或 1-800-396-4778
写信	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
Medicare 网站	如要将关于 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的投诉直接提交给 Medicare，请访问 <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> 。

## 如何要求我们为您支付您获得的医疗护理或药物的费用

如果您收到了账单或已支付了服务费用（例如提供者账单），您认为应由我们承担，您可能需要向我们申请报销或要求我们支付提供者的账单。如需了解更多信息，请参阅第 7 章。

我们仅报销 Medicare 承保的服务，不报销 Medicaid 承保的服务。如果您的报销申请获得批准，我们向您支付的金额将仅涵盖 Medicare 核准金额（即我们通常向服务提供者支付的费用），不包括 Medicaid 承保的任何部分，例如 Medicare 共同保险和免赔额。如果您有疑问，请拨打下方付款申请框中的客户服务号码。

如果您提交付款申请，而我们拒绝了您的部分或全部请求，您可对我们的决定提出上诉。如需了解更多信息，请参阅第 9 章。

付款申请——联系信息		
电话	503-574-8000 或 1-800-603-2340  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。	
TTY	711  拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。	
传真	<b>Medical 索赔</b> 503-574-8627	<b>D 部分药物索赔</b> 503-574-8646
写信	<b>Medical 索赔</b> Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	<b>D 部分药物索赔</b> Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
网站	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>	

## 第 2 节 从 Medicare 获得帮助

Medicare 是为 65 岁及以上人群、部分 65 岁以下有特定障碍的人士以及终末期肾病（需透析或肾移植治疗的永久性肾衰竭）患者提供的联邦健康保险计划。

负责 Medicare 的联邦机构是 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS)。该机构与 Medicare Advantage 组织（包括本计划）签订合约。

Medicare——联系信息	
电话	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>拨打此号码免费。</p> <p>每周 7 天，每天 24 小时。</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>此号码需使用特殊电话设备，仅供有听力障碍或语言障碍的人士使用。</p> <p>拨打此号码免费。</p>
在线聊天	<p>在 <a href="https://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> 进行在线聊天。</p>
写信	<p>请写信给 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。</p>
网站	<p><a href="https://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 了解您所在地区的 Medicare 和药物计划信息，包括相关费用及服务内容。</li><li>• 查找参与 Medicare 的医生或其他健康护理提供者和供应商。</li><li>• 了解 Medicare 承保的内容，包括预防性服务（例如，筛查、疫苗接种以及年度“健康”体检）。</li><li>• 获取 Medicare 上诉信息和表格。</li><li>• 获取有关计划、养老院、医院、医生、家庭健康机构、透析中心、临终关怀中心、住院康复机构及长期护理医院所提供护理质量的信息。</li><li>• 查找有用的网站和电话号码。</li></ul> <p>您还可以访问 <a href="https://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>，向 Medicare 提出您对 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的任何投诉：</p> <p>如要向 <b>Medicare</b> 提交投诉，请访问 <a href="https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint">www.medicare.gov/my/medicare-complaint</a>。Medicare 高度重视您的投诉，将利用这些信息来帮助改善 Medicare 计划的服务质量。</p>

### 第 3 节 州健康保险援助计划 (SHIP)

州健康保险援助计划 (SHIP) 是政府项目，每个州都有经过培训的咨询顾问，可免费为您提供 Medicare 方面的帮助、信息和解答。在俄勒冈州，SHIP 被称为老年人健康保险福利援助计划 (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA)。

SHIBA 是由联邦政府资助的独立州计划（与任何保险公司或健康计划均无关联），旨在为 Medicare 参保人提供免费的本地健康保险咨询服务。

SHIBA 顾问可帮助您了解 Medicare 权利，就医疗护理或治疗提出投诉，及处理 Medicare 账单的相关问题。SHIBA 顾问还能帮助您处理 Medicare 的问题或困扰，协助您理解不同的 Medicare 计划选择，并解答关于更换保险计划的疑问。

联系方式	老年人健康保险福利援助计划（俄勒冈 SHIP 计划）——联系信息
电话	1-800-722-4134
TTY	711
写信	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 电子邮箱: <a href="mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov">shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov</a>
网站	<a href="http://www.shiba.oregon.gov">www.shiba.oregon.gov</a>

### 第 4 节 质量改进组织 (QIO)

每个州均设有指定的质量改进组织 (QIO)，为 Medicare 参保人提供服务。在俄勒冈州，质量改进组织被称为 Acentra Health。

Acentra Health 拥有一支由医生及其他健康护理专业人员组成的团队，他们通过 Medicare 计划获得报酬，负责监督并协助改善 Medicare 参保人的护理服务质量。Acentra Health 是一家独立的组织。与本计划没有关联。

遇到以下情况时，请联系 Acentra Health：

- 您想对您获得护理的质量提出投诉。护理质量相关问题的例子包括用错药、不必要的检查或治疗，以及误诊。
- 您认为住院承保太早结束。

- 您认为家庭健康护理、专业护理机构服务或综合门诊康复机构 (CORF) 服务的承保太早结束。

Acentra Health（俄勒冈州质量改进组织）——联系信息	
电话	1-888-305-6759（免费电话） 工作日：上午 9:00 至下午 5:00 周末和节假日：上午 10:00 至下午 4:00。 每周七天，每天 24 小时均可拨打免费电话进行留言。
传真	1-844-878-7921（免费电话）
TTY	711
写信	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
网站	<a href="https://www.acentraqio.com/">https://www.acentraqio.com/</a>

## 第 5 节 社会保障局

社会保障局负责确定 Medicare 的参保资格和处理 Medicare 参保事宜。社会保障局还负责确定哪些人因收入较高需要为 D 部分药物保险支付额外费用。如果您收到社会保障局的来信，通知您需要支付额外费用并对金额有疑问，或因生活变故导致收入减少，可致电社会保障局申请重新审议。

如果您搬迁或变更邮寄地址，请通知社会保障局。

社会保障局——联系信息	
电话	1-800-772-1213 拨打此号码免费。 周一至周五上午 8 点至下午 7 点可接通来电。 使用社会保障局的自动电话服务，可 24 小时获取录音信息并办理部分业务。



### 社会保障局——联系信息

<b>TTY</b>	1-800-325-0778  此号码需使用特殊电话设备，仅供有听力障碍或语言障碍的人士使用。  拨打此号码免费。  周一至周五上午 8 点至下午 7 点可接通来电。
<b>网站</b>	<a href="http://www.SSA.gov">www.SSA.gov</a>

## 第 6 节 Medicaid

Medicaid 是由联邦政府与州政府联合提供的计划，旨在为收入和资源有限的特定人群提供医疗费用援助。您同时享有 Medicare 和俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的承保。

- **享有完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利的合格 Medicare 受益人 (QMB+)：**为同时符合完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利资格的人群支付 Medicare A 部分和 B 部分保费及其他费用分摊（如免赔额、共同保险和共付额）。
- **享有完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利的指定低收入 Medicare 受益人 (SLMB+)：**为同时符合完整俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利资格的人群支付 B 部分保费，以及俄勒冈健康计划 (Medicaid) 通常承保的福利费用分摊。

Providence Health Assurance 通过协调护理组织——俄勒冈健康共享计划，为俄勒冈健康计划 (Medicaid) 会员提供服务。本计划根据《健康服务优先列表》(Prioritized List of Health Services) 的限制规定承保的身体健康福利。如需了解更多信息，请访问 [www.healthshareoregon.org](http://www.healthshareoregon.org) 或致电客户服务部。

如果您对获得的 Medicaid 援助有疑问，请联系俄勒冈健康计划 (Medicaid)。

### 俄勒冈健康计划 (Medicaid) ——联系信息

<b>电话</b>	1-800-273-0557  服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点（太平洋时间）。
<b>TTY</b>	711

### 俄勒冈健康计划 (Medicaid) ——联系信息

写信	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
网站	<a href="http://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx">www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx</a>

俄勒冈州公众服务部——州长倡导办公室 (GAO) 为加入俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的人员提供服务和账单问题协助。他们可帮助您向本计划提交申诉或上诉。

### 俄勒冈州公众服务部——州长倡导办公室 (GAO) ——联系信息

电话	1-800-442-5238 或 503-945-6904 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点（太平洋时间）。
TTY	711
写信	Oregon Department of Human Services Governor's Advocacy Office 500 Summer St. NE, E-17 Salem, OR 97310 电子邮箱: <a href="mailto:gao.info@odhs.oregon.gov">gao.info@odhs.oregon.gov</a>
网站	<a href="http://www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx">www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx</a>

俄勒冈长期护理监察员协助人们获取养老院信息，并解决养老院与居住者或其家属之间的纠纷。

### 俄勒冈长期护理监察员——联系信息

电话	1-800-522-2602 或 503-378-6533 服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点（太平洋时间）。
TTY	711
写信	Oregon Long-Term Care Ombudsman 830 D. St NE Salem, OR 97301 电子邮箱: <a href="mailto:ltco.info@rights.oregon.gov">ltco.info@rights.oregon.gov</a>
网站	<a href="http://www.oltco.org/">www.oltco.org/</a>

## 第 7 节 处方药费用援助计划

---

Medicare 网站 ([www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) 提供了多种降低处方药费用的方式。以下计划可为收入有限者提供帮助。

### Medicare 的额外帮助

由于您符合 Medicaid 资格，您符合条件并获得 Medicare 的额外帮助来支付处方药计划费用。您无需额外操作即可获得此额外帮助的。

如果您对额外帮助有疑问，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048
- 致电社会保障办公室 1-800-772-1213，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 7 点。TTY 用户请拨打 1-800-325-0778；或
- 致电州 Medicaid 办公室 1-800-273-0557。

如果您认为药房处方收费有误，本计划设有流程可协助您获取正确共付额证明。如果您已持有正确的金额证明，我们可以协助您与我们共享该证据。

- 如果您认为费用分摊金额有误，请联系客户服务部。我们将核实您当前的承保范围及额外帮助是否正确应用于您的福利。如果您对我们的核查结果有异议，我们可能会要求您提供以下任一文件以验证您的低收入补贴资格：
  - 包含您的姓名且有效期在上个日历年 6 月之后某个月的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 卡复印件；
  - 确认在上个日历年 6 月之后某个月仍处于俄勒冈健康计划 (Medicaid) 有效状态的州文件副本；
  - 取自州电子参保档案的打印件，显示在上个日历年 6 月之后某个月仍享有俄勒冈健康计划 (Medicaid) 资格；
  - 州俄勒冈健康计划 (Medicaid) 系统中的屏幕截图打印件，显示在上个日历年 6 月之后某个月的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 状态；
  - 由州政府提供的其他文件，显示在上个日历年 6 月之后某个月的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 状态；或，
  - 社会保障局发出的信函，显示您正在领取补充保障收入 (SSI)。
- 收到上述任一文件后，我们将在 72 小时内更新您的信息，以便您能以新的费用领取处方药。如果您无法提供上述文件但仍认为符合额外帮助资格，客户服务部可指导您完成后续步骤。

- 当我们获得显示正确共付额等级的证明后，将更新系统使您在下次领取处方药时支付正确的共付金额。如果您超额支付共付额，我们将通过支票或未来共付额抵扣方式进行退款。如果药房未收取共付款而您尚有欠款，我们可能会直接向药房支付该款项。如果州政府曾代您支付，我们可能直接向州政府付款。如果您有疑问，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

### 如果您同时享有额外帮助和艾滋病药物援助计划 (ADAP)，该怎么办？

艾滋病药物援助计划 (ADAP) 帮助艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 感染者获取拯救生命的 HIV 药物。同时列入 ADAP 处方药清单的 Medicare D 部分药物，可通过俄勒冈艾滋病药物援助计划——CAREAssist 获得处方药费用分摊补助。

**请注意：**要符合所在州 ADAP 资格，人们必须满足特定标准，包括提供州居住证明和 HIV 感染证明、符合低收入标准（州政府界定的），以及未投保/保险不足的状态证明。如果您变更计划，请通知当地的 ADAP 投保工作人员，以便继续获得帮助。如需有关资格条件、承保药物或如何加入该计划的信息，请拨打 971-673-0144 或 1-800-805-2313（TTY 用户请拨打 711）联系 CAREAssist。

### Medicare 处方支付计划

Medicare 处方支付计划是一项与您当前药物承保相配合的支付方案，通过将自付费用分摊至整个日历年（1 月至 12 月），帮助您管理本计划承保药物的自付费用。任何人拥有 Medicare 药物计划或含药物承保的 Medicare 健康计划（如包含药物承保的 Medicare Advantage 计划）均可使用此支付方案。此支付方案或许有助于您管理支出，但不会为您节省资金或降低药费成本。如果您参与 Medicare 处方支付计划并继续拥有相同 D 部分计划，您的参与资格将在 2026 年自动续期。对于符合条件者，Medicare 的额外帮助以及 SPAP 和 ADAP 的援助比参与 Medicare 处方支付计划更具优势。如需了解更多关于此支付方案的信息，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），或访问 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

### Medicare 处方支付计划——联系信息

电话	855-742-2779 拨打此号码免费。每周 7 天，每天 24 小时可接通来电。 客户服务部电话 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）同样为非英语使用者提供免费的语言翻译服务。
TTY	711 拨打此号码免费。每周 7 天，每天 24 小时可接通来电。
写信	Capital Rx Attn: M3P Elections Capital RX Inc. P.O. Box 24945 New York, NY 10087-4945 M3P-Election@cap-rx.com
网站	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P">www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P</a>

## 第 8 节 铁路退休委员会 (RRB)

铁路退休委员会是独立联邦机构，负责为国家铁路工人及其家属管理综合性福利计划。如果您通过铁路退休委员会获得 Medicare，搬迁或变更邮寄地址时请通知我们。如果您对铁路退休委员会福利有疑问，请联系该机构。

### 铁路退休委员会——联系信息

电话	1-877-772-5772 拨打此号码免费。 每周一、二、四、五上午 9 点至下午 3:30，以及周三上午 9 点至中午 12 点，按“0”键与 RRB 代表通话。 按“1”键可接入自动化 RRB 帮助热线，可 24 小时（含周末和节假日）获取录音信息信息。
----	---

### 铁路退休委员会——联系信息

TTY	1-312-751-4701 此号码需使用特殊电话设备，仅供有听力障碍或语言障碍的人士使用。 拨打此号码需要收费。
网站	<a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a>

## 第 9 节 如果您有团体保险或其他雇主提供的健康保险

如果您（或您的配偶或同居伴侣）通过此计划获得雇主或退休团体提供的福利，请致电雇主/工会福利管理员或客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）进行咨询。您可以咨询关于您（或您的配偶或同居伴侣）的雇主或退休健康福利、保费或参保期的问题。关于此计划下的 Medicare 承保问题，请拨打 1-800-Medicare (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

如果您通过（或您的配偶或同居伴侣）雇主或退休团体拥有其他药物保险，请联系该团体的福利管理员。福利管理员可协助您了解现有药物保险与本计划的协同运作方式。

## 第 10 节 从俄勒冈州老龄化及残障资源连接中心 (ADRC) 获得帮助

在俄勒冈州，请拨打 1-855-ORE-ADRC (1-855-673-2372) 联系老龄化及残障资源连接中心 (ADRC)，或访问 [www.adrcforegon.org](http://www.adrcforegon.org)。

## 第 3 章： 将本计划用于您的医疗服务

### 第 1 节 如何以本计划会员身份获得医疗护理

---

本章说明了将本计划用于您的医疗护理承保所需了解的事项。如需了解本计划承保的具体医疗护理，请参阅第 4 章的医疗福利表。

#### 第 1.1 节 网络内提供者和承保的服务

- **提供者**指经州政府许可提供医疗服务和护理的医生及其他健康护理专业人员。提供者一词亦包含医院及其他健康护理设施。
- **网络内提供者**指与我们签订协议，接受我们付作为全额付款的医生、其他健康护理专业人员、医疗团体、耐用医疗设备供应商、医院及其他健康护理设施。我们安排这些提供者为本计划会员提供承保的服务。我们的网络内提供者会直接向我们结算为您提供的护理费用。当您接受网络内提供者的服务时，您无需为承保的服务支付任何费用。
- **承保的服务**包括本计划承保的所有医疗护理、健康护理服务、用品、设备和处方药。您获承保的医疗护理服务列于第 4 章的医疗福利表。您获承保的处方药服务在第 5 章中说明。

#### 第 1.2 节 您的医疗护理获本计划承保的基本规则

作为 Medicare 健康计划，Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 必须承保 Original Medicare 保险的所有服务。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 通常在以下情况下承保您的医疗护理：

- 您得到的护理包含在本计划第 4 章的医疗福利表中。
- 您得到的护理被认定为“医疗上必要”。医疗上必要是指服务、用品、设备或药物对于预防、诊断或治疗您的医疗状况是必需的，且符合公认的医疗实践标准。
- 您需要有网络内初级护理提供者 (PCP) 提供并监督您的护理。作为计划会员，您必须选定网络内 PCP（详见第 2.1 节）。
  - 您无需 PCP 的转介即可看网络内专科医生或获得紧急和急诊护理服务。但您的 PCP 可能仍会建议适合您病情的网络内专科医生，并根据需要提供后续健康护理。为协调护理，建议您在想看网络内专科医生时通知您的 PCP。

**第 3 章将本计划用于您的医疗服务**

---

- **您必须从网络内提供者处获得护理**（请参阅第 2 节）。在大多数情况下，不承保从网络外提供者（非本计划网络内的提供者）处获得的护理。这意味着您必须全额支付提供者的服务费用。*以下 3 种情况例外：*
  - 本计划承保急诊护理或您从网络外提供者处获得的急需服务。如需了解更多信息及急诊或急需服务的定义，请参阅第 3 节。
  - 如果您需要 Medicare 要求本计划承保的医疗护理，但网络内无专科医生可提供此类护理时，您可从网络外提供者处获取此护理且享受与网络内相同的费用分摊。在寻求护理前应事先获得本计划的授权。在此情况下，您支付的费用将与从网络内提供者处获得护理时相同。如需了解关于获得网络外医生就诊批准的信息，请参阅第 2.4 节。
  - 当您临时离开本计划服务范围，或当您的透析服务提供者暂时无法提供服务时，本计划承保您在 Medicare 认证透析机构接受的肾脏透析服务。您向本计划支付的透析费用分摊绝不会高于 Original Medicare 中的费用分摊标准。如果您在计划服务范围外接受网络外提供者的透析服务，您的费用分摊额不得高于网络内标准。但如果您通常使用的网络内透析提供者暂时无法提供服务，而您选择在服务范围内接受网络外提供者的服务，则透析费用分摊可能会更高。



## 第 2 节 通过本计划网络内提供者获得医疗护理

---

### 第 2.1 节 您必须选定初级护理提供者 (PCP) 负责提供并监督您的医疗护理

什么是 PCP，PCP 能为您做什么？

什么是 PCP？

加入 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划时，必须选择一个可供预约的计划提供者作为指定 PCP。PCP 是指符合州政府要求且受过基础医疗护理培训的医生、执业护士或健康护理专业人员。除提供常规基础护理外，您的 PCP 还将协调您作为计划会员接受的其他承保服务。例如，您的指定 PCP 可能要求您在就诊专科医生前获得其批准（这称为“护理协调”）。

初级护理服务必须由指定的初级护理提供者 (PCP) 提供。如果就诊非指定 PCP 的网络内初级护理提供者 (PCP)，相关服务将不予承保。

哪些类型的提供者可以担任初级护理提供者？

有多种类型的提供者符合 PCP 资格标准。您的 PCP 可以是：

- 内科医生
- 家庭医生
- 全科医生
- 老年科医生
- 执业护士

在您的计划中，PCP 的作用是什么？

通常，您会先就诊 PCP 来满足您的健康护理需求。只有少数几类承保的服务，您无需先联系 PCP 即可自行获取。请参阅第 2.2 节了解这些例外情况。

PCP 在协调承保服务中的作用是什么？

如前所述，您的 PCP 将为您提供大部分护理。他们还将协助协调您其他承保服务的安排，包括 X 光检查、实验室检测、治疗、专科医生就诊、住院以及后续护理。“协调”您的服务包括联系其他计划提供者，讨论您的护理和进展情况。如果您需要某些特定的承保服务或用品，您的 PCP 可能希望提前协调安排。

PCP 在作出决定或获事先授权 (PA) 方面（如适用）的作用是什么？

在某些情况下，您的 PCP 也需要在您接受某些服务前申请事先授权（事先批准）。由于您的 PCP 将提供和协调您的大部分健康护理服务，您应确认其诊所是否拥有您完整的过往医疗记录。

## 如何选定 PCP?

您可以从 *提供者和药房目录* 中选择您的 PCP，该目录可在我们的网站 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) 上找到。您也可以致电客户服务部，协助您选定 PCP。一旦您作出决定，就必须通知客户服务部，以确保准确处理索赔和付款。

在选择 PCP 时，考虑到其他提供者和机构也很重要。例如，如果您有特定想要就诊的专家或医院，请通过查阅我们的提供者和药房目录或致电客户服务部门，确认您意向中的 PCP、专科医生或机构是否在我们的网络内。

## 如何更换您的 PCP

您随时可以因任何原因更换您的 PCP。您的 PCP 也有可能退出本计划网络，届时您将需要选定新的 PCP。

如需更换 PCP，请务必在首次就诊前通知 Providence Health Assurance 客户服务部。您所申请的 PCP 变更将在请求日期次月的首日生效。客户服务部非常乐意为您提供帮助。

请注意：如果您希望使用特定的专科医生或医院，请与您的 PCP 协调服务安排。

## 第 2.2 节 无需 PCP 转介即可获取的医疗护理

以下列出的服务无需事先取得 PCP 的批准即可获得：

- 常规女性健康护理，包括乳房检查、筛查性乳腺 X 光检查、巴氏涂片检查和盆腔检查（需由网络内提供者进行）
- 流感疫苗、新冠 (COVID-19) 疫苗和肺炎疫苗
- 网络内或网络外提供者提供的急诊服务
- 急需的计划承保服务指需立即就医（但非紧急情况）的服务，适用于：您暂时离开计划服务范围，或根据时间、地点和具体情况，从网络内提供者处获取该服务不合理。急需服务的示例包括突发性疾病和伤害或现有疾病的意外急性发作。医疗上必要的常规就诊（如年度体检）即使您离开计划服务范围或计划网络暂时不可用，也不视为急需服务。
- 当您暂时离开计划服务范围时，在 Medicare 认证的透析机构接受的肾脏透析服务。如有可能，请在离开服务范围前致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），以便我们协助安排您在外的维持性透析。
- 心理健康和物质使用障碍服务。详情请咨询客户服务部。
- 常规眼科检查和常规视力硬件。您可以从任何接受 Medicare 的合格提供者处获得常规眼科检查和硬件。详情请参阅第 4 章的医疗福利表。

- 请联系您的 PCP 获取专科医生建议以满足医疗护理需求。

### 第 2.3 节 如何从专科医生及其他网络内提供者处获得护理

专科医生是指针对特定疾病或身体部位提供健康护理服务的医生。专科医生种类繁多。例如：

- 肿瘤科医生为癌症患者提供护理。
- 心脏科医生为心脏病患者提供护理。
- 骨科医生为有特定骨骼、关节或肌肉疾病的患者提供护理。

仅承保医疗上必要的健康护理服务。请注意，您的 PCP 将提供您的大部分健康护理，并将在医疗上适当时为您协调 Providence 网络内专科医生为您提供持续护理。

诸如择期手术、住院治疗及专业护理等服务，均须在服务日期前获得 Providence health Assurance 公司的批准。同样，如要在网络外提供者处就诊，在您接受护理前，必须获得 Providence Health Assurance 授权的批准。您的 PCP 负责获得 Providence Health Assurance 对上述内容的批准。如需更多信息，请联系客户服务部。

如果您有特定的专科医生或医院想要就诊，请务必先与您的 PCP 确认，以确保您首选的专科医生或医院在我们的网络内。如要查找提供者、专科医生或机构，请访问 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)。

如要了解哪些服务需要事先授权，请参阅第 4 章第 2 节。

### 当专科医生或其他网络内提供者退出本计划时

我们可能会在年内对本计划网络内的医院、医生和专科医生（提供者）进行调整。如果您的医生或专科医生退出本计划，您有以下权利和保障：

- 尽管我们的提供者网络可能在年内有所变动，但根据 Medicare 的要求，您始终能够持续获得合格医生和专家的诊疗服务。
- 我们会通知您，您的提供者将退出本计划，以便您有足够的时间选择新的提供者。
  - 如果您的初级护理或行为健康提供者在过去三年内曾为您提供过服务，当其退出本计划时，我们会通知您。
  - 如果您的其他提供者退出计划，而您被分配至该提供者、目前正接受其治疗或在过去三个月内曾就诊，我们将通知您。
- 我们将协助您选择新的、合格的网络内提供者，以确保您获得持续的护理。

### 第 3 章将本计划用于您的医疗服务

---

- 如果您目前正在接受当前提供者的治疗，您有权要求继续获得医疗上必要的服务。我们将与您合作，确保您能继续接受护理。
- 我们将向您提供有关可选参保期及可能调整计划的信息。
- 当网络内提供者或福利无法获得或不满足您的医疗需求时，我们会安排您在网络外获取任何医疗上必要的承保福利，并享受网络内费用分摊标准。请注意，此种情况下仍需遵守事先授权规定。
- 如果发现您的医生或专科医生即将退出本计划，请立即联系我们，以便协助您选择新的提供者来管理您的护理。
- 如果认为我们未能提供合格的替代提供者，或您的护理未得到妥善管理，您有权向质量改进组织 (QIO) 提出护理质量投诉、向本计划提出护理质量申诉，或同时采取两种途径（详见第 9 章）。

#### 第 2.4 节 如何从网络外提供者处获得护理

通常而言，不承保在网络外提供者（非本计划网络内的提供者）处接受的护理。但以下五种例外情况如通过网络外提供者获取，将按网络内费率支付：

- 当您离开计划服务范围或范围内提供者暂时不可用时的急诊或急需护理。具体获取方式请参阅第 4 章第 2 节。
- 流感疫苗或肺炎疫苗。
- 当您暂时离开计划服务范围时，在透析机构接受的肾脏透析服务。
- 常规眼科检查与常规眼镜。具体获取方式请参阅第 4 章第 2 节。
- 如果您需要 Medicare 要求本计划必须承保的医疗护理，而网络内提供者无法提供时，可从网络外提供者处获取该护理。寻求护理前应取得本计划的授权。您的提供者有责任在提供服务前申请授权。如获得授权，您支付的费用将与您从网络内提供者处获得护理相同。

### 第 3 节 如何在紧急情况、灾害或急需护理时获得服务

---

#### 第 3.1 节 在您遇到医疗紧急情况时获得护理

**医疗紧急情况**是指您或任何具备普通健康和医学知识的谨慎非专业人士认为，您出现需要立即就医的症状，以防止生命丧失（如果为孕妇则包括胎儿丧失）、肢体丧失或功能丧失，或身体机能丧失或严重受损。此类医疗症状可能表现为疾病、外伤、剧烈疼痛，或急剧恶化的医疗状况。

如果您遇到医疗紧急情况：

- **尽快获得帮助。**请拨打 911 求助或前往最近的急诊室/医院。如需救护车，请及时呼叫。您无需事先获得 PCP 的批准或转介。您无需使用网络内医生。您可在美国及其领土范围内随时获得承保的紧急医疗护理，即使提供者不在我们网络内，只要其持有所在州颁发的相应执照。

### 医疗紧急情况下承保的服务

如果通过其他方式前往急诊室会危及健康，本计划将承保救护车服务。我们也承保紧急情况期间的医疗服务。

急诊医生将判断您的病情何时稳定及医疗紧急状态何时结束。

紧急状态结束后，您有权获得后续护理以确保病情持续稳定。您的医生将继续提供治疗，直至其联系我们并制定后续护理方案。您的后续护理将由本计划承保。

如果由网络外提供者进行急诊护理，我们将尽量在医疗条件和情况允许时安排网络内提供者接管护理。

### 如果不是医疗紧急情况呢？

有时可能难以判断是否属于医疗紧急情况。例如，您可能因认为健康受到严重威胁而接受急诊护理，但医生最终认定不属于医疗紧急情况。只要您合理认为健康受到严重威胁，即使最终并非紧急情况，我们仍将承保相关护理。

但在医生确认非紧急情况后，仅当通过以下 2 种方式之一获得后续护理时，*我们才会予以承保*：

- 前往网络内提供者处获得后续护理；
- 您获得的后续护理被视为急需服务，并且您需要遵循以下规则来获取这种紧急护理。

### 第 3.2 节 在急需服务时获得护理

当您暂时不在本计划的服务范围内，或者根据您的时间、地点和情况，从网络内提供者处获取此服务不合理时，需要立即就医（但非紧急情况）的服务即为急需服务。急需服务的示例包括突发性疾病和伤害，或现有疾病的意外急性发作。不过，即使您不在本计划的服务范围内或本计划网络暂时不可用，医疗上必要的常规提供者就诊（如年度体检）也不被视为急需服务。

如果您有紧急医疗情况，您可以联系您的初级护理提供者，拨打护士咨询热线 503-574-6520 或 1-800-700-0481，和/或从紧急护理提供者处获取服务。请参阅第 4 章第 2 节了解费用分摊信息。

### 第 3 章将本计划用于您的医疗服务

---

本计划不承保在美国及其领土之外获取的急诊服务、急需服务或任何其他服务。

#### 第 3.3 节 在灾难期间获得护理

如果您所在州的州长、美国卫生与公众服务部部长或美国总统宣布您所在地区进入灾难或紧急状态，您仍有权享有本计划提供的护理。

请访问 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare) 了解在灾难期间如何获得所需护理的信息。

如果您在灾难期间无法使用网络内提供者，本计划将允许您以网络内费用分摊标准从网络外提供者处获得护理。如果您在灾难期间无法使用网络内药房，您可能能够在网络外药房配处方药。请参阅第 5 章第 2.5 节。

### 第 4 节 如果您直接收到承保服务的全额账单，该怎么办

---

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 仅能报销 Medicare 承保的服务，而不报销 Medicaid 承保的服务。如果您的报销申请获得批准，我们向您支付的金额将仅涵盖 Medicare 核准金额（即我们通常向服务提供者支付的费用），不包括 Medicaid 承保的任何部分，例如 Medicare 共同保险和免赔额。

如果您已支付了您的承保服务，或者如果您收到了承保医疗服务的账单，您可以要求我们支付我们应承担的费用分摊。请参阅第 7 章了解具体操作步骤。

#### 第 4.1 节 如果服务不在本计划承保范围内

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 承保第 4 章医疗福利表中列出的所有医疗上必要的服务。如果您接受了本计划未承保的服务，或未经授权使用了网络外服务，您将承担服务的全部费用。

对于设有福利限额的承保服务，当您用完该类承保服务的福利额度后，后续接受的任何服务均需全额自付。当某项服务的福利限额用尽后，该服务产生的额外自付费用将不再计入您计划的自付费用上限。如需查询已使用的福利额度，可致电客户服务部咨询。

请注意：作为双重资格会员（即同时享有 Medicare 和俄勒冈健康计划 (Medicaid)），如果某些福利未由 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 承保，可能由您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利承担。请参阅您福利概述中的“俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保服务概述”部分，以了解有关您俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保范围的更多信息。支付前，请务必向俄勒冈健康计划 (Medicaid) 确认。

## 第 5 节 临床研究中的医疗服务

---

### 第 5.1 节 临床研究是什么

临床研究（也称为临床试验）是医生和科学家测试新型医疗护理的一种方式，例如评估新型抗癌药物的疗效。某些临床研究获得了 Medicare 的批准。经 Medicare 批准的临床研究通常需要志愿者参与研究。在参与临床研究期间，您仍可继续保留参保本计划，并通过本计划获得与研究无关的其他护理。

**如果您参加了 Medicare 批准的研究，Original Medicare 将承担您参与研究所接受的承保服务的大部分费用。**如果您告知我们，您参与了符合条件的临床试验，那么您仅需承担该试验中服务的网络内费用分摊。如果您多付了——例如，如果您已经支付了 Original Medicare 费用分摊金额——我们将退还您支付的金额与网络内费用分摊金额之间的差额。您需要提供凭证以证明实际支付金额。

如果您希望参与任何经 Medicare 批准的临床研究，无需事先告知我们或获得我们及您的 PCP 的批准。临床研究中为您提供护理的提供者无需在本计划网络内。（此规定不适用于需通过临床试验或注册登记评估效益的承保福利，包括特定需要证据开发承保的国家承保决定 (NCDs-CED) 和研究性器械豁免 (IDE) 研究的福利。这些福利可能仍需事先授权并受其他计划规则约束。）

虽然参与临床研究无需本计划批准，我们仍建议您在参加符合 Medicare 条件的临床试验前提前告知我们。

如果参与未经 Medicare 批准的研究，您需自行承担参与研究的所有费用。

### 第 5.2 节 临床研究服务的费用承担方

参加经 Medicare 批准的临床研究后，Original Medicare 将承保研究中获得的常规项目和服务，包括：

- 住院期间的食宿——即使您未参与研究，Medicare 也会支付这些费用。
- 作为研究组成部分的手术或其他医疗程序。
- 新疗法副作用及并发症的治疗。

Medicare 支付其应承担的费用后，本计划将支付剩余部分。与所有承保服务一样，您无需为在临床研究中获得的承保服务支付任何费用。

参与临床研究期间，**Medicare** 与本计划均不承担以下费用：

- 通常 Medicare 不承担研究测试的新项目或服务费用，除非该项目或服务在非研究情况下也由 Medicare 承保
- 仅用于数据收集而非直接健康护理的项目或服务 例如，如果根据您的健康状况通常只需要进行一次 CT 扫描，Medicare 就不会支付参与研究而进行的每月 CT 扫描费用。
- 由研究赞助方为试验参与者免费提供的项目和服务。

### 获取更多关于加入临床研究的信息

获取更多关于加入临床研究的信息，请参阅 Medicare 出版物《*Medicare 与临床研究*》，该文件可在 [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-Clinical-Research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-Clinical-Research-studies.pdf) 获取。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

## 第 6 节 在宗教非医疗健康护理机构获得护理的规则

---

### 第 6.1 节 什么是宗教非医疗健康护理机构？

宗教非医疗健康护理机构是指为通常应在医院或专业护理机构接受治疗的病症提供护理的机构。如果在医院或专业护理机构接受护理违反会员的宗教信仰，我们将转而承保在宗教非医疗健康护理机构的护理。此福利仅适用于 A 部分的住院服务（非医疗健康护理务）。

### 第 6.2 节 如何从宗教非医疗健康护理机构获得护理

如要从宗教非医疗健康护理机构获得护理，您必须签署一份法律文件，声明您因宗教理由拒绝接受**非例外**的医疗治疗。

- **非例外**医疗护理或治疗是指任何 *自愿且非联邦、州或地方法律要求的* 医疗护理或治疗。
- **例外**医疗治疗是指您接受的 *非自愿或联邦、州或地方法律要求的* 医疗护理或治疗。

如要获得本计划的承保，您从宗教非医疗健康护理机构接受的护理必须满足以下条件：

- 提供护理的机构必须获得 Medicare 的认证。
- 本计划仅承保护理的 *非宗教* 部分。
- 如果您在此机构的设施内接受服务，以下条件适用：
  - 您必须有符合住院治疗或专业护理机构承保服务的医疗状况；



- ——并且——住院前必须事先获得本计划的批准，否则您的住院费用将不予承保。

本计划对每次住院治疗的承保天数没有限制。如需了解更多信息，请参阅本文件第 4 章第 2 节“医疗福利表”中的“住院治疗”条目。

## 第 7 节 耐用医疗设备的所有权规则

---

### 第 7.1 节 在本计划支付特定次数后您仍无法拥有部分耐用医疗设备

耐用医疗设备 (DME) 包括供会员在家使用的氧气设备及用品、轮椅、助行器、电动床垫系统、拐杖、糖尿病用品、语音生成设备、静脉输液泵、雾化器以及由提供者订购的病床等物品。会员始终拥有某些 DME 物品（如假体）的所有权。您必须租用其他类型的 DME。

在 Original Medicare 中，租赁特定类型 DME 的人员在支付 13 个月共付额后即可获得设备所有权。作为 **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)** 的会员，无论您在使用本计划期间为租赁的 DME 物品支付多少共付额，通常都无法获得其所有权。即使您在加入本计划前已根据 Original Medicare 为 DME 物品连续支付多达 12 次，也无法获得所有权。在有限特殊情况下，我们会将 DME 物品的所有权转让给您。请致电家庭服务中心 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）获取更多信息。

#### 如果转至 **Original Medicare**，已支付的耐用医疗设备款项将如何处理？

如果您在使用本计划期间未获得 DME 物品所有权，则转至 Original Medicare 后需重新连续支付 13 次方可获得所有权。您参保本计划期间支付的款项不计入这 13 次付款。

示例 1：您在 Original Medicare 中连续支付了 12 次或更少，随后加入了本计划。您在 Original Medicare 中支付的款项不计入。

示例 2：您在 Original Medicare 中连续支付了 12 次或更少，随后加入了本计划。在本计划中，您并未获得该物品的所有权。您随后返回 Original Medicare。如果您重新加入 Original Medicare，需重新连续支付 13 次方可拥有该物品。您已支付的任何款项（无论是支付给本计划还是 Original Medicare）均不计入。

### 第 7.2 节 氧气设备、用品及维护规则

如果您符合 Medicare 氧气设备承保条件，Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 将承保以下项目：

- 氧气设备租赁

- 氧气和含氧气体输送
- 用于输送氧气和含氧气体的导管及相关配件
- 氧气设备的维护和修理

如果您退出 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划，或不再因医疗需求使用氧气设备，则必须归还该设备。

### 如果退出计划并回到 **Original Medicare**，会怎么样？

Original Medicare 要求氧气供应商在五年内为您提供服务。在前 36 个月里，您将租赁该设备。在接下来的 24 个月内，供应商将提供设备及维护服务（您仍需承担氧气部分的共付额）。5 年后，您可以选择继续留在同一家公司，或者选择另一家。此时，即使您仍留在同一家公司，5 年周期也会重新开始，您需要在接下来的 36 个月内再次支付共付额。如果您加入或退出计划，5 年周期将重新计算。



## 第 4 章： 医疗福利表（是否承保）

### 第 1 节 了解承保的服务

---

医疗福利表列出了为 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划会员承保的服务。本节还介绍了不承保的医疗服务，并对特定服务的限制进行了说明。如需了解本 *承保范围说明书* 中未列出的排除条款或限制条款，请联系客户服务部。

#### 第 1.1 节 您无需为承保服务支付任何费用

对于享受“有限药物 OHP”福利套餐的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 会员，Medicaid 可能仅支付其通常承保服务的费用分摊金额。请联系俄勒冈健康计划 (Medicaid) 或您的协调护理组织了解更多信息。Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的会员，如果同时参保俄勒冈/Providence 健康共享计划的 Medicaid，则无需承担任何 Medicare 承保医疗服务的自付费用。处方药分摊费用仍然适用。

由于您还可获得 Medicaid 的帮助，只要遵守本计划中关于获得护理的规则，您无需为承保的服务支付任何费用。（如需了解更多关于本计划中获得护理的规则的信息，请参阅第 3 章。

#### 第 1.2 节 您最多将为承保的医疗服务支付多少费用？

**请注意：**由于我们的会员还可获得 Medicaid 的帮助，因此很少有会员达到最高自付金额。对于承保的 A 部分和 B 部分服务，您不需要支付最高自付金额以内的任何自付费用。

Medicare Advantage Plans 对您每年需为本计划承保的医疗服务支付的自付费用设有上限。该上限称为医疗服务的最高自付额 (MOOP)。**2026 日历年度的 MOOP 额度为 9,250 美元。**

您为承保服务支付的金额将计入此最高自付额。但 D 部分药物的支付金额不计入您的最高自付额。如果达到 9,250 美元的最高自付额，您将无需再为本年度后续的承保服务支付任何自付费用。但您仍需继续支付 Medicare B 部分保费（除非您的 B 部分保费由 Medicaid 或其他第三方支付）。

## 第 2 节 医疗福利表显示您的医疗福利和费用

后续页面中的医疗福利表列出了 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 承保的服务。（D 部分药物承保在第 5 章中。）医疗福利表中列出的服务仅在满足以下要求时予以承保：

- 您的 Medicare 承保服务必须依照 Medicare 承保指南提供。
- 您的服务（包括医疗护理、服务、用品、设备和 B 部分药物）必须是医疗上必要的。医疗上必要是指这些服务、用品或药物对于预防、诊断或治疗您的健康状况是必要的，并且符合公认的医疗实践标准。
- 对于新参保人，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 计划不得要求对任何正在进行的治疗方案进行事先授权，即使该治疗方案是由网络外提供者启动的服务。
- 您从网络内提供者处获得护理。在大多数情况下，将不承保您从网络外提供者处获得的护理，除非是紧急或急需护理，或者除非由本计划或网络内提供者为您进行转介。这意味着您需要全额支付从网络外提供者处获得的服务费用。
- 您有初级护理提供者 (PCP) 提供并监督您的护理。
- 医疗福利表中列出的一些服务仅在您的医生或其他网络内提供者事先获得我们批准（有时称为事先授权）的情况下才会得到承保。需要事先批准的承保服务在医疗福利表中用星号标记。
- 如果您的协调护理计划批准了治疗方案的事先授权申请，该批准在符合适用保障标准、您的病史及治疗提供者建议的前提下，必须在医疗合理且必要的时间内保持有效，以避免中断治疗。

关于我们承保范围的其他重要事项：

- 您同时享有 Medicare 和 Medicaid 的承保。Medicare 承保健康护理和处方药。Medicaid 承保您的 Medicare 服务费用分摊。Medicaid 还承保 Medicare 不承保的服务，如长期护理以及家庭和社区服务。
- 与所有 Medicare 健康计划一样，我们承保 Original Medicare 承保的所有项目。（如要了解更多关于 Original Medicare 的承保范围和费用的信息，请参阅您的《Medicare 与您 2026》手册。在线查看，请访问 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。）
- 对于 Original Medicare 承保的免费预防性服务，我们同样为您免费提供这些服务。
- 如果 2026 年内 Medicare 新增任何承保的服务，将由 Medicare 或本计划承保。

- 如果您处于本计划一个月的认定续保资格期内，我们将继续提供所有 Medicare Advantage 计划承保的 Medicare 福利。但在此期间，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能不再承保其州计划中包含的 Medicaid 福利，也可能不再支付其本应承担的 Medicare 保费或费用分摊。Medicare 基础和补充福利的 Medicare 费用分摊金额在此期限内保持不变。

只要满足上述承保要求，您无需为医疗福利表所列服务支付任何费用。

### 符合额外帮助资格者的重要福利信息

- 如果您获得支付 Medicare 药物承保费用的额外帮助，可能有权享受其他定向补充福利和/或定向减少费用分摊。

### 慢性病患者参保人的重要福利信息

- 如果您经诊断患有下述慢性病且符合特定标准，可能有权符合资格获得针对慢性病患者的特殊补充福利。

#### ○ 慢性病列表

(1) 慢性酒精使用障碍及其他物质使用障碍 (SUD)。

(2) 自身免疫性疾病：

(i) 结节性多动脉炎。

(ii) 风湿性多肌痛。

(iii) 多发性肌炎。

(iv) 皮炎。

(v) 类风湿性关节炎。

(vi) 系统性红斑狼疮。

(vii) 银屑病关节炎。

(viii) 硬皮病。

(3) 癌症。

(4) 心血管疾病：

(i) 心律失常。

(ii) 冠状动脉疾病。

(iii) 外周血管疾病。

(iv) 心脏瓣膜病。

(5) 慢性心力衰竭。

(6) 失智症。

(7) 糖尿病。

(8) 超重、肥胖与代谢综合征。

(9) 慢性胃肠道疾病：


(i) 慢性肝病。

(ii) 非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD)。

(iii) 乙型肝炎。

- (iv) 丙型肝炎
- (v) 胰腺炎。
- (vi) 肠易激综合征。
- (vii) 炎症性肠病。
- (10) 慢性肾病 (CKD):
  - (i) 需要透析的慢性肾病/终末期肾病 (ESRD)。
  - (ii) 无需透析的慢性肾病。
- (11) 重度血液系统疾病:
  - (i) 再生障碍性贫血。
  - (ii) 血友病。
  - (iii) 免疫性血小板减少性紫癜。
  - (iv) 骨髓增生异常综合征。
  - (v) 镰状细胞病（不包括镰状细胞特征）
  - (vi) 慢性静脉血栓栓塞性疾病。
- (12) 艾滋病毒/艾滋病。
- (13) 慢性肺部疾病:
  - (i) 哮喘、慢性支气管炎。
  - (ii) 囊性纤维化。
  - (iii) 肺气肿。
  - (iv) 肺纤维化。
  - (v) 肺动脉高压。
  - (vi) 慢性阻塞性肺疾病 (COPD)。
- (14) 慢性致残性心理健康状况:
  - (i) 双相情感障碍。
  - (ii) 重度抑郁症。
  - (iii) 偏执型障碍。
  - (iv) 精神分裂症。
  - (v) 分裂情感性障碍。
  - (vi) 创伤后应激障碍 (PTSD)。
  - (vii) 进食障碍。
  - (viii) 焦虑症。
- (15) 神经系统疾病:
  - (i) 肌萎缩侧索硬化 (ALS)。
  - (ii) 癫痫。
  - (iii) 广泛性瘫痪（即偏瘫、四肢瘫痪、截瘫、单瘫）。
  - (iv) 亨廷顿病。
  - (v) 多发性硬化症。
  - (vi) 帕金森病。
  - (vii) 多发性神经病。
  - (viii) 纤维肌痛。

- (ix) 慢性疲劳综合征。
- (x) 脊髓损伤。
- (xi) 椎管狭窄。
- (xii) 中风相关的神经功能缺损。
- (16) 中风。
- (17) 器官移植术后护理。
- (18) 免疫功能缺陷与免疫抑制性疾病。
- (19) 伴有认知障碍的相关病症：
  - (i) 阿尔茨海默症。
  - (ii) 智力障碍及发育障碍。
  - (iii) 创伤性脑损伤。
  - (iv) 导致认知障碍的致残性精神疾病。
  - (v) 轻度认知障碍。
- (20) 存在功能障碍且需要类似服务的状况，包括以下：
  - (i) 脊髓损伤。
  - (ii) 麻痹。
  - (iii) 截肢。
  - (iv) 中风。
  - (v) 关节炎。
- (21) 损害听觉、视觉（失聪）、味觉、触觉和嗅觉的慢性病症。
- (22) 需要持续治疗服务以维持或保留功能的病症。
  - 会员无需采取任何行动来确定资格。我们将通过以下方式自动判定资格：
    - 采用健康风险评估 (HRA) 作为新加入会员的资格触发机制。
    - 全年每周提取诊断代码，以帮助识别续约会员或年中确诊会员是否符合资格。
  - 我们将向符合资格的会员发送批准函，说明如何激活补充会员福利。
- 详情请查阅下方医疗福利表中的 *慢性病特殊补充福利* 行。
- 请联系我们以确切了解您可能符合哪些福利资格。

 本示例展示医疗福利表中的预防性服务。

- 俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利请参阅 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 福利概述文件中的福利表。



## 医疗福利表

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>腹主动脉瘤筛查</b></p> <p>为高风险人群提供一次性筛查超声检查。本计划仅承保符合特定风险因素且获得医生、医生助理、执业护士或临床护理专家转介的筛查。</p>	<p>符合此预防性筛查资格的会员无需支付共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>针灸治疗慢性腰背痛*</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <p>在以下情况下可承保 90 天内最多 12 次就诊：</p> <p>本福利所定义的慢性下背痛需满足：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 持续 12 周或更长时间；</li> <li>• 非特异性，即无明确系统性病因（例如，与转移性、炎症性、感染性疾病等无关）；</li> <li>• 与手术无关；且</li> <li>• 与怀孕无关。</li> </ul> <p>经证实病情改善的患者可额外承保 8 次治疗。每年针灸治疗不得超过 20 次。</p> <p>如果患者病情没有改善或出现恶化，必须停止治疗。</p> <p>提供者要求：</p> <p>医生（依据《社会保障法》（该法案）第 1861(r)(1) 条定义）可按照适用的州要求提供针灸服务。</p> <p>医生助理 (PA)、执业护士 (NP)/临床护理专家 (CNS)（依据该法案第 1861(aa)(5) 条定义）及辅助人员，如果满足所有州要求并具备以下资质可提供针灸服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 获得针灸和东方医学认证委员会 (ACAOM) 认证院校的针灸或东方医学硕士/博士学位；及</li> <li>• 持有美国州、领地或自治邦（如波多黎各）或哥伦比亚特区现行有效的无限制针灸执业执照。</li> </ul> <p>辅助人员提供针灸服务时，必须根据 42 CFR § § 410.26 和 410.27 法规要求，在医生、PA 或 NP/CNS 的适当监督下进行。</p>	<p>针灸治疗慢性腰背痛没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>针灸治疗慢性腰背痛*（续）</b></p> <p>提供者需通过授权代理向 Providence Health Assurance 提交针灸服务的医疗必要性审查申请，以告知将开始提供针灸服务。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	
<p><b>救护车服务*</b></p> <p>承保的救护车服务（无论紧急或非紧急情况）包括固定翼飞机、直升机和地面救护车服务，可将会员送往最近的合适医疗机构接受救治，此类服务仅适用于会员因健康状况导致其他运输方式可能危及生命的情况，或经本计划授权时提供。如果承保的救护车服务并非用于紧急情况，则应记录证明会员的健康状况已达到其他运输方式可能危及生命的地步，且救护车运输是医疗上必要的。</p> <p>*非紧急运输服务（包括从网络外至网络内机构）可能适用事先授权规则。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的单程地面救护车运输没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的单程空中救护车运输没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>通过 911 急救医疗响应系统接受救护车服务，当您接受治疗但未乘坐救护车时，没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>从网络外机构转至网络内机构的经授权单程救护车运输没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>年度常规体检</b></p> <p>除 Medicare 承保的年度健康就诊外，本计划还承保年度常规体检。</p> <p>此福利允许您在无特定医疗主诉的情况下就诊，并包含每个日历年一次的全身体检。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>年度常规体检没有共同保险、共付额或免赔额。</p>


承保的服务	您支付的金额
<p> <b>年度健康就诊</b></p> <p>如果您参加 B 部分超过 12 个月，可进行年度健康就诊以制定或更新基于您当前健康状况和风险因素的个性化预防计划。每 12 个月承保一次。</p> <p><b>请注意：</b> 您的首次年度健康就诊不得安排在 <i>Medicare 迎新</i> 预防性就诊后的 12 个月内。但参加 B 部分满 12 个月后，您无需进行 <i>Medicare 迎新</i> 就诊即可享受年度健康就诊承保。</p> <p><b>请注意：</b> 如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>年度健康就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>骨密度检测</b></p> <p>对于符合条件的人群（通常指存在骨质流失风险或骨质疏松风险的人群），以下服务每 24 个月或根据医疗上必要更频繁地承保：识别骨密度、检测骨质流失或测定骨质量的程序，包括医生对结果的解读。</p> <p><b>请注意：</b> 如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>Medicare 承保的骨密度检测没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>乳腺癌筛查（乳腺 X 光检查）</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 至 39 岁期间可进行一次基线乳腺 X 光检查</li> <li>• 40 岁及以上女性每 12 个月可进行一次筛查性乳腺 X 光检查</li> <li>• 每 24 个月可进行一次临床乳腺检查</li> </ul> <p><b>请注意：</b> 如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>承保的筛查性乳腺 X 光检查没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>心脏康复服务</b></p> <p>包含运动、教育和咨询的心脏康复综合项目，在医生指令下符合特定条件的会员可享受承保。</p> <p>本计划还承保强化心脏康复项目，此类项目通常比常规心脏康复项目更为严格或强度更高。</p> <p>心脏康复就诊限 36 周内进行 36 次。如果医疗上必要，可额外获得最多 36 次。</p> <p>强化心脏康复就诊限 36 周内进行 36 次。如果医疗上必要，可额外获得最多 36 次。</p>	<p>Medicare 承保的每次心脏康复服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次强化心脏康复服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p> <b>心血管疾病风险降低就诊（心血管疾病治疗）</b></p> <p>我们每年承保一次与初级护理医生的就诊，以帮助降低您患心血管疾病的风险。在这次就诊期间，医生可能会与您讨论阿司匹林的使用（如适用）、检测血压，并提供健康饮食建议。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>强化行为疗法心血管疾病预防福利没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>心血管疾病筛查检测</b></p> <p>每 5 年（60 个月）可进行一次心血管疾病检测（或与心血管疾病高风险相关的异常指标检查）。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>承保的每 5 年一次心血管疾病检测没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>宫颈和阴道癌筛查</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 面向所有女性：每 24 个月承保一次巴氏涂片检查和盆腔检查</li> <li>• 如果您属于宫颈癌或阴道癌高危人群，或处于育龄期且过去 3 年内曾有异常巴氏涂片结果：可每 12 个月进行一次巴氏涂片检查</li> </ul> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>Medicare 承保的预防性巴氏涂片和盆腔检查没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>脊椎按摩服务*</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 由按摩师或其他合格提供者提供的手动整脊治疗（即通过手法操作矫正脊椎半脱位——一节或多节脊椎骨移位）。手动整脊是通过手法压力轻柔移动关节和组织的一种治疗方式。</li> </ul> <p>Medicare 不承保除手动整脊以外的半脱位治疗服务，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 维持治疗。当持续护理不再按照预期产生临床改善，治疗目的由矫正转为维持时，整脊治疗被视为维持治疗。</li> <li>• 按摩师在治疗过程中使用手动手持器械施加可控压力产生的额外费用。</li> <li>• X 光检查、按摩疗法和针灸（除非针灸用于治疗慢性下背部疼痛）。</li> </ul> <p>所有服务必须符合医疗上必要的要求，并需经过网络内审核和承保授权。</p> <p>提供者需通过授权代理向 Providence Health Assurance 提交整脊服务的医疗必要性审查申请，以告知将开始提供整脊服务。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的每次整脊就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>慢性疼痛管理和治疗服务</b></p> <p>为慢性疼痛患者（持续或反复发作超过 3 个月的疼痛）提供的每月承保服务。服务内容包括疼痛评估、药物管理以及护理协调和规划。</p>	<p>此项服务的费用分摊将根据治疗方案中包含的具体项目而有所不同。</p> <p>PCP 诊所就诊共付额为 0 美元，专科医生诊所就诊共付额为 0 美元。</p>
<p> <b>结直肠癌筛查</b></p> <p>承保以下筛查检测：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>结肠镜检查无最低或最高年龄限制：非高风险患者每 120 个月（10 年）一次；非结直肠癌高风险患者在既往进行过软式乙状结肠镜检查后需间隔 48 个月；高风险患者在既往筛查性结肠镜检查后每 24 个月一次。</li> <li>计算机断层结肠成像适用于 45 岁及以上非结直肠癌高风险人群：需距上次筛查性计算机断层结肠成像至少 59 个月，或距上次软式乙状结肠镜/结肠镜检查至少 47 个月。结直肠癌高风险人群进行筛查性计算机断层结肠成像：需距上次计算机断层结肠成像或结肠镜检查至少 23 个月。</li> <li>软式乙状结肠镜检查适用于 45 岁及以上患者。非高风险患者在接受筛查性结肠镜检查后每 120 个月一次。高风险患者距上次软式乙状结肠镜或计算机断层结肠成像检查每 48 个月一次。</li> <li>粪便潜血筛查适用于 45 岁及以上患者。每 12 个月一次。</li> <li>多靶点粪便 DNA 检测适用于 45 至 85 岁非高风险患者。每 3 年一次。</li> <li>血液生物标志物检测适用于 45 至 85 岁非高风险患者。每 3 年一次。</li> <li>结直肠癌筛查包含：当 Medicare 承保的非侵入性粪便检测结果呈阳性时，后续需进行的筛查性结肠镜检查。</li> <li>结直肠癌筛查还包含：在筛查过程中同步实施的计划性软式乙状结肠镜或结肠镜检查（含组织切除等其他操作），以及与筛查检测临床关联的后续处置程序。</li> </ul> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>Medicare 承保的结直肠癌筛查检查没有共同保险、共付额或免赔额。如果医生在结肠镜或软式乙状结肠镜检查中发现并切除息肉或其他组织，该筛查即转为诊断性检查。</p>



承保的服务	您支付的金额
<p><b>牙科服务*</b></p> <p>一般而言，Original Medicare 不承保预防性牙科服务（如洗牙、常规牙科检查和牙科 X 光）。但 Medicare 在有限情况下会支付牙科服务费用，特别是当该服务属于对患者主要病症进行特定治疗的必要组成部分时。例如：骨折或损伤后的颌骨重建、为颌部癌症放疗进行的拔牙准备、或器官移植前的口腔检查。此外，我们承保：</p> <p>Medicare 承保的牙科服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>颌骨及相关结构手术、颌骨或面骨骨折复位、为肿瘤疾病放疗进行的拔牙准备，以及其他应由内科医生提供的颌部或牙科服务。</li> </ul>	<p>Medicare 承保的每次牙科就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p>其他牙科服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>我们将为您提供预充值借记卡用于支付牙科护理费用。此卡内资金可用于任何牙科服务，包括洗牙、X 光检查、补牙和牙冠修复等。此卡不可用于非牙科服务。</li> <li>该卡最高额度为 900 美元，使用有效期自 2026 年 1 月 1 日凌晨 12:00 至 2026 年 12 月 31 日晚上 11:59。请注意：如果未在规定时间内用完卡内资金，余额将失效且不会结转至下一年度。</li> <li>此卡可在您选择的任意牙科诊所使用。</li> <li>如果使用卡内全部资金支付单次牙科服务或治疗，则本日历年内后续所有牙科护理需自行承担全部费用分摊。</li> <li>该额度可用于支付俄勒冈健康计划 (Medicaid) 未承保的服务。</li> </ul> <p>如果您对借记卡或牙科福利有任何疑问，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340。TTY 用户请拨打 711。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>您每六个月有 450 美元的额度，可用于自主选择任何牙科服务。</p>
<p> <b>抑郁症筛查</b></p> <p>我们承保每年一次的抑郁症筛查。筛查必须在能够提供后续治疗和/或转介的基础医疗机构进行。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>年度抑郁症筛查就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>糖尿病筛查</b></p> <p>如果您存在以下任一风险因素，我们将承保此项筛查（包括空腹血糖检测）：高血压、异常胆固醇及甘油三酯水平病史（血脂异常）、肥胖症或高血糖病史。如果符合其他要求（如超重且有糖尿病家族史），也可能承保相关检测。</p> <p>自最近一次糖尿病筛查之日起，您可能符合资格接受每 12 个月最多可 2 次的糖尿病筛查。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>Medicare 承保的糖尿病筛查检测没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>糖尿病自我管理培训、糖尿病服务及用品*</b></p> <p>对所有糖尿病患者（胰岛素与非胰岛素使用者）承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 用于监测血糖的用品 血糖仪、血糖试纸、采血设备和采血针，以及用于校验试纸和仪器准确度的血糖控制液。</li><li>• 对于患有严重糖尿病足病的人：每个日历年一双定制治疗鞋（含配套鞋垫）及两副额外鞋垫，或一双加深鞋及三副鞋垫（不含鞋内非定制可拆卸鞋垫）。承保范围涵盖适配服务。</li><li>• 在特定条件下可承保糖尿病自我管理培训。</li></ul>	<p>Medicare 承保的糖尿病监测用品没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>试纸和血糖仪仅限于计划指定的首选制造商。所有糖尿病用品和/或设备需通过零售药房网络或其他网络内提供者进行配置安排。</p> <p>Medicare 承保的治疗鞋或鞋垫没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>所有耐用医疗设备 (DME) 必须通过零售药房网络、家庭服务中心或其他计划授权提供者进行配置安排。</p> <p>Medicare 承保的糖尿病自我管理培训没有共同保险、共付额或免赔额。</p>




承保的服务	您支付的金额
<p> <b>糖尿病自我管理培训、糖尿病服务及用品*（续）</b></p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	
<p><b>耐用医疗设备 (DME) 和相关用品*</b></p> <p>（有关耐用医疗设备的定义，请参阅第 12 章和第 3 章）</p> <p>承保项目包括但不限于轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、由提供者订购的家用病床、静脉输液泵、语音生成设备、氧气设备、雾化器和助行器。</p> <p>我们承保 Original Medicare 承保的所有医疗上必要的耐用医疗设备。如果您所在地区的供应商未备有特定品牌或制造商的产品，可询问其是否能为您特别订购。最新供应商名单也可通过我们的网站 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider">www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider</a> 获取。</p> <p>您所在地区的 DME 供应商是家庭服务中心 (Home Services)。请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p> <p>如果您（或您的提供者）不同意本计划的承保决定，您或您的提供者可提出上诉。如果您不认同提供者关于何种产品或品牌适合您医疗状况的决定，也可提出上诉。（如需了解更多关于上诉的信息，请参阅第 9 章。）</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的耐用医疗设备及相关用品没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 氧气设备没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>参保 36 个月后您的费用分摊比例不会变更。</p> <p>所有耐用医疗设备 (DME)，如连续血糖监测仪 (CGM)、胰岛素泵和轮椅，必须由零售药房网络、家庭服务部或其他网络内提供者提供。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>急诊护理</b></p> <p>急诊护理指的是以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 由具备急诊服务资质的提供者提供，且</li><li>• 用于评估或稳定紧急医疗状况。</li></ul> <p>医疗紧急情况 是指您或任何具备普通健康和医学知识的谨慎非专业人士认为，您出现需要立即就医的症状，以防止生命丧失（如果为孕妇则包括胎儿丧失）、肢体丧失，或肢体功能丧失。此类医疗症状可能表现为疾病、外伤、剧烈疼痛，或急剧恶化的医疗状况。</p> <p>在网络外获得的必要急诊服务，其费用分摊与网络内服务相同。</p> <p>急诊护理承保仅适用于美国及其领土范围内。</p>	<p>Medicare 承保的每次急诊室就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>如果急诊就诊后 24 小时内住院，则无需支付急诊室共付额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p> <p>如果在网络外医院接受急诊护理且病情稳定后需要住院治疗，必须经本计划授权在该网络外医院继续住院，费用按网络医院标准分摊。</p> <p>住院费用分摊详情请参阅本医疗福利表的“住院治疗服务”章节。</p>
<p><b>健身福利</b></p> <p>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 会员可享受网络内健身房服务，助您掌控健康、保持最佳状态。作为会员，您可低价或免费享受以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 健身房：您可以使用多家本地健身房。可通过健身网站查询 40 英里半径内的健身中心。</li><li>• 在线健身：提供各类课程，课程安排请访问健身网站。</li></ul> <p>如有疑问、需要协助寻找合作健身中心、报名或了解计划详情，请联系福利管理员。请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p>	<p>健身福利没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>听力服务</b></p> <p>由医生、听力师或其他合格提供者提供的诊断性听力和平衡评估（用于确定是否需要治疗）属于门诊承保范围。</p> <p>通常，辅助听力检查和助听器不属于承保福利。</p>	<p>Medicare 承保的诊断性听力检查没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p> <b>HIV 筛查</b></p> <p>对于要求进行 HIV 筛查检测或 HIV 感染风险较高的人群，我们提供以下承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>每 12 个月一次筛查</li> </ul> <p>如果您怀孕了，我们提供以下承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>怀孕期间最多 3 次筛查检查</li> </ul> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>符合 Medicare 承保的预防性 HIV 筛查条件的会员无需支付共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>家庭健康机构护理*</b></p> <p>在获得家庭健康服务前，医生必须确认您需要家庭健康服务，并安排由家庭健康机构提供这些服务。您必须处于居家状态，即外出活动存在显著困难。</p> <p>承保的服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>兼职或间歇性专业护理及家庭健康助手服务（要纳入家庭健康护理福利，您的专业护理和家庭健康助手服务合计必须少于每日 8 小时及每周 35 小时）</li> <li>物理治疗、职能治疗和言语治疗</li> <li>医疗和社会服务</li> <li>医疗设备和用品</li> </ul> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的每次家庭健康就诊没有共同保险、共付额或免赔额。但如果项目由其他福利承保，则适用本医疗福利表其他地方列出的相应费用分摊。例如，非由家庭健康机构提供的耐用医疗设备。</p> <p>所有家庭健康护理及服务必须由家庭服务中心或其他网络内提供者提供。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>家庭输液治疗*</b></p> <p>家庭输液治疗涉及在家中通过静脉或皮下途径给药或生物制剂。实施家庭输液所需的配件包括药物（如抗病毒药、免疫球蛋白）、设备（如输液泵）及用品，（如输液管和导管）。</p> <p>承保的服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 根据我们的护理计划提供的专业服务，包括护理服务</li><li>● 耐用医疗设备福利未承保的患者培训和教育</li><li>● 远程监测</li><li>● 由合格家庭输液治疗供应商提供的输液治疗及药物监测服务</li></ul> <p>非优先 B 部分药物可能需遵循分步治疗原则。查看最新需遵循分步治疗原则的 B 部分药物清单，请访问我们的网站 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary">www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary</a>。</p> <p><b>请注意：</b>专业服务费可能适用单独的费用分摊。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的家庭输液治疗没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的 B 部分化疗药物及其给药服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>其他 Medicare 承保的 B 部分药物及其给药服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的耐用医疗设备、假肢装置及相关医疗用品没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>临终关怀</b></p> <p>当您的医生和临终关怀医疗主管出具临终预后证明，确认您患有末期疾病且预期寿命不超过 6 个月时，您即符合临终关怀福利的资格条件。您可以选择通过任何经 Medicare 认证的临终关怀项目获得护理。本计划有义务协助您在本计划服务范围内寻找经 Medicare 认证的临终关怀项目，包括我们拥有、控制或存在经济利益的机构。您的临终关怀医生可以是网络内提供者，也可以是网络外提供者。</p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 用于症状控制和疼痛缓解的药物</li><li>● 短期暂托护理</li><li>● 家庭护理</li></ul> <p>当您入住临终关怀机构时，有权继续保留本计划；如果选择保留计划，则需继续支付保费。</p>	<p>当您加入经 Medicare 认证的临终关怀项目时，您的临终关怀服务及与临终预后相关的 A 和 B 部分服务将由 Original Medicare 支付，而非 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划承担。</p> <p>您必须选择经 Medicare 认证的临终关怀提供者。</p> <p>住院治疗期间提供的临终关怀咨询服务可能适用额外费用分摊。</p> <p>药物和临时看护服务可能适用独立费用分摊。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>临终关怀（续）</b></p> <p><b>针对与您的临终预后相关的临终关怀服务及 Medicare A 或 B 部分所承保的服务：</b>Original Medicare（而非本计划）将向您的临终关怀提供者支付相关服务费用，包括所有与临终预后相关的 A 和 B 部分服务。在您接受临终关怀服务期间，您的提供者将向 Original Medicare 申报其承保范围内的服务账单。您将需要支付 Original Medicare 的费用分摊部分。</p> <p><b>对于由 Medicare A 部分或 B 部分承保的与您的临终预后无关的服务：</b>如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保的非紧急、非急需且与临终预后无关的服务，这些服务的费用取决于您是否使用本计划网络内的提供者并遵守计划规定（例如是否需要事先授权）。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 如果您从网络内提供者处获得承保服务并遵守获取服务的计划规定，您只需支付本计划中网络内服务的费用分摊金额</li><li>• 如果您从网络外提供者处获得承保服务，则需按 Original Medicare 的标准支付费用分摊部分</li></ul> <p><b>对于由 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 承保但未纳入 Medicare A 部分或 B 部分的服务：</b>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 将继续承保计划内承保但未纳入 A 部分或 B 部分的服务，无论这些服务是否与您的临终预后相关。您需为这些服务支付本计划的费用分摊金额。</p> <p><b>对于可能由本计划 D 部分福利承保的药物：</b>如果这些药物与您的临终安宁疗护状况无关，您需支付费用分摊。如果与临终安宁疗护状况相关，则按 Original Medicare 标准支付费用分摊。药物不可同时由安宁疗护和本计划重复承保。如需了解更多信息，请参阅第 5 章第 9.4 节。</p> <p><b>请注意：</b>如果您需要非临终关怀服务（与临终预后无关的护理），请联系我们安排服务。</p> <p>本计划为未选择临终关怀福利的末期患者提供临终关怀咨询服务（仅限一次）。</p>	<p>本计划为未选择临终关怀福利的末期患者提供临终关怀咨询服务（仅限一次）。</p> <p>在初级护理提供者诊所或专科医生诊所获得的临终关怀咨询服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>免疫接种</b></p> <p>承保的 Medicare B 部分服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>肺炎疫苗</li><li>流感疫苗，每年秋冬季流感季接种一次，如果医疗上必要可额外接种</li><li>乙肝疫苗，如果您属于高或中度乙肝感染风险人群</li><li>新冠疫苗</li><li>其他疫苗，如果您属于风险人群且它们符合 Medicare B 部分承保规则</li></ul> <p>我们亦通过 D 部分药物福利承保大多数其他成人疫苗。请参阅第 6 章第 8 节了解更多信息。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>肺炎、流感、乙肝和新冠疫苗没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>所有其他 Medicare 承保的 B 部分免疫接种均没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>流感及/或肺炎疫苗须在 Medicare 提供者处接种。</p> <p>大多数免疫接种可在当地药房完成。</p>
<p><b>住院治疗护理*</b></p> <p>包括住院急性治疗、住院康复、长期护理医院及其他类型的住院治疗服务。住院治疗护理从您凭医嘱正式入院之日开始。出院前一天是您的最后一个住院日。</p> <p>在每一个福利期内，您可享受无天数限制的 Medicare 承保的住院治疗。</p> <p>除紧急情况外，您的提供者必须提前告知我们，将为您办理住院。</p> <p>承保的服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>半私人病房（如医疗上必要可提供私人病房）</li><li>餐食，包括特殊饮食</li><li>常规护理服务</li><li>特殊护理单元费用（如重症监护或冠心病监护单元）</li><li>药物与药物</li><li>实验室检测</li><li>X 光及其他放射学服务</li><li>必要的手术和医疗用品</li><li>设备的使用，例如轮椅</li><li>手术室和恢复室费用</li><li>物理、职能和言语语言治疗</li></ul>	<p>在 1 至 90 天内（含“终身储备天数”），每日均没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>超出“终身储备天数”后的所有费用需由您自行承担。</p> <p>如果对此福利存在疑问，请联系客户服务部。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>住院治疗护理*（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 住院物质滥用服务</li><li>• 在特定条件下，承保以下移植类型：角膜移植、肾脏移植、肾胰腺联合移植、心脏移植、肝脏移植、肺脏移植、心肺联合移植、骨髓移植、干细胞移植及肠道/多脏器移植。如果您需要接受移植手术，我们将安排由 Medicare 认证的移植中心对您的个案进行评审，以确定您是否适合接受移植。移植服务提供者可能在本地或服务范围外。如果我们的网络内移植服务超出社区常规诊疗模式，您可选择本地移植服务——只要本地移植服务提供者愿意接受 Original Medicare 费率。如果 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 在您所在社区常规移植诊疗模式之外的地点提供移植服务，且您选择前往该较远地点接受移植，我们将为您和一名陪同人员安排或支付合理的住宿及交通费用。差旅费用需经事先授权并取决于受助人资格。移植相关差旅费用的最高报销限额为 5,000 美元。食宿费用每日上限为 150 美元，并计入 5,000 美元的总限额。</li><li>• 血液——包括储存和管理。全血及浓缩红细胞的保障从您需要的第一品脱血液开始。其他所有血液成分的承保均从第一品脱开始计算。</li><li>• 医生服务</li></ul> <p><b>请注意：</b>如需住院，您的提供者必须开具正式住院医嘱。即便在医院过夜，您仍可能被视为门诊病人。如果不清楚自己是住院还是门诊，请咨询医院工作人员。</p> <p>请参阅 Medicare 信息单《<i>Medicare 医院福利</i>》，获取更多信息。这份信息单可在 <a href="http://www.MEDICARE.gov/publications/11435-MEDICARE-Hospital-Benefits.pdf">www.MEDICARE.gov/publications/11435-MEDICARE-Hospital-Benefits.pdf</a> 获取，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p><b>请注意：</b>如果您收到自备药物或与治疗无关的物品，相关费用可能需由您自行承担。</p> <p>福利期自您入住医院或专业护理机构之日起开始计算。福利期将在您连续 60 天未接受任何住院治疗（或专业护理机构护理）后结束。</p> <p>如果您在上一保险福利期结束后再次入院或入住专业护理机构，新的福利期将随之开始。福利期次数没有限制。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p> <p>您的住院福利将根据入院日期计算。</p> <p>如果在急诊状况稳定后，您获准在非网络医院接受住院治疗，您需要承担的费用将与网络医院的费用分摊相同。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>精神科医院的住院服务*</b></p> <p>承保服务包括需要住院治疗的心理健康护理服务。</p> <p>您一生中最多可享受 190 天由 Medicare 承保的精神科住院治疗。请记住，终身住院承保天数不会重置。例如，如果 Medicare 之前为您支付了 100 天的精神科医院住院治疗费用，那么您的保险计划未来最多只会支付 90 天的住院费用。190 天的限制不适用于综合医院精神科病房提供的住院心理健康服务。</p> <p>除紧急情况外，您的提供者必须提前告知我们，将为您办理住院。</p> <p>心理健康服务由 Providence Health Assurance 管理。必须联系 Providence Health Assurance 获得授权。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>在 1 至 90 天内（含“终身储备天数”），每日均没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>超出“终身储备天数”后的所有费用需由您自行承担。</p> <p>如有疑问，请联系客户服务部。</p> <p>福利期自您住院当天开始，并在连续 60 天未接受住院治疗后结束。如果您在一个福利期结束后再次住院，将开始一个新的周期。所有住院心理健康护理，无论病情如何，都将计入该福利期。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p><b>住院：在医院或 SNF 接受非承保住院期间获得的承保服务</b></p> <p>如果您已用尽住院福利或住院治疗不被视为合理必要，我们将不承保您的住院费用。但在某些情况下，您在医院或专业护理机构 (SNF) 期间接受的特定服务仍将得到承保。承保的服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 医生服务</li><li>• 诊断测试（例如实验室检测）</li><li>• X 光、镭射和同位素治疗，包括技术员材料和服务</li><li>• 外科敷料</li><li>• 夹板、石膏及用于骨折脱位复位的器械</li><li>• 假体和矫形器具（非牙科类），用于替代全部或部分体内器官（包括相邻组织），或替代永久失效或功能失常体内器官的全部或部分功能，含此类器具的更换和维修</li><li>• 腿、臂、背及颈支架；疝气带，以及假肢、假臂与假眼，包括因破损、磨损、丢失或患者身体状况变化所需的调整、修理和更换</li><li>• 物理治疗、言语治疗和职能治疗</li></ul> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>左侧所列服务和用品将继续按照本医疗福利表中各章节规定的费用分摊比例予以承保。例如，物理治疗将按“门诊康复服务”中的费用分摊金额进行承保。</p>



承保的服务	您支付的金额
<p><b>送餐服务（仅限出院后）</b></p> <p>我们在 28 天周期内最多承保 56 餐。此福利可在从急症住院医院、精神科住院医院或 SNF 出院后立即使用（如果前序事件为符合资格的住院治疗）。所有餐食将直接配送至您家中，您可能有资格获得有助于管理或康复特定健康状况或损伤的定制餐食。</p> <p>福利指南：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>首次送餐可能在下单后最多需要三个工作日</li> <li>观察住院不享受此餐食福利</li> <li>餐食必须通过我们的指定送餐供应商订购</li> <li>可能适用一些限制和约束。</li> </ul> <p>您无需主动申请该福利，我们将直接联系符合资格的会员。请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p>	<p>非 Medicare 承保的送餐服务没有共同保险、共付额或免赔额。每次住院治疗后，每日仅限报销两餐，持续 28 天（总计 56 餐）。</p>
<p> <b>医学营养治疗</b></p> <p>此福利适用于糖尿病患者、肾脏疾病患者（非透析治疗者）或肾移植术后经医生评估需要的人群。</p> <p>在您通过 Medicare（包括本计划、其他 Medicare Advantage 计划或 Original Medicare）获得医学营养治疗服务的第一年，我们提供 3 小时的一对一咨询服务，之后每年提供 2 小时。如果您的病情、治疗方案或诊断发生变化，凭医生指令可获额外治疗时长。此类服务须由医生开具处方，如果跨日历年年度持续治疗，需每年重新评估续方。</p> <p>经医生处方的医学营养治疗不受病情或诊断限制，均享受承保。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>符合资格获得 Medicare 承保的医学营养治疗服务的会员没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>非 Medicare 承保的但由医生开处的医学营养治疗服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP)</b></p> <p>所有符合资格的 Medicare 健康计划参与者均可享受 MDPP 服务。</p> <p>MDPP 是通过结构化行为干预，提供长期饮食调整实践指导、增强体育活动能力，并教授应对体重维持和健康生活方式挑战的问题解决策略。</p>	<p>MDPP 福利没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>Medicare B 部分药物*</b></p> <p>这些药物由 <b>Original Medicare B 部分</b> 承保。本计划会员通过我们获得这些药物承保。承保的药物包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>承保非患者自行给药，需在医生诊疗、门诊或外科中心进行注射或输注的药物</li> <li>通过耐用医疗设备（如医疗上必要的胰岛素泵）输注的胰岛素</li> <li>其他通过耐用医疗设备（如雾化器）使用且经本计划核准的药物</li> <li>静脉注射用阿尔茨海默症药物 <b>Leqembi®</b>（通用名为仑卡奈单抗 (lecanemab)）。除了药物费用外，您在治疗前后可能还需要进行额外的扫描和检查，这些都会增加总体开销。请与医生讨论治疗过程中可能需要哪些扫描和检查。</li> <li>如果您患有血友病，需自行注射的凝血因子</li> <li>移植/免疫抑制药物：如果 Medicare 支付了您的器官移植费用，则会承保移植后的药物治疗。您必须在接受移植时享有 A 部分保险，并在接受免疫抑制药物时享有 B 部分保险。如果 B 部分不承保免疫抑制药物，则 Medicare D 部分药物保险会将其纳入承保范围</li> <li>居家不便外出、医生确诊因绝经后骨质疏松导致骨折且无法自行给药的患者使用的注射型骨质疏松药物</li> <li>部分抗原：如果由医生配制抗原，并由经过指导的人员（可以是患者本人）在适当监督下给药，Medicare 将予以承保</li> </ul>	<p>Medicare 承保的 B 部分化疗药物、放射治疗药物及其他 B 部分药物没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>但 Medicare 承保的 B 部分处方药的给药服务可能需单独计算费用分摊。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p> <p>Medicare B 部分处方药可能适用分步治疗原则。</p> <p>胰岛素费用分摊设有上限，一个月用量的胰岛素费用分摊不超过 35 美元。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>Medicare B 部分处方药*（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 特定口服抗癌药物：如果口服抗癌药存在注射剂型，或该药物是注射剂的前体药物（口服后在体内分解为与注射剂相同活性成分），Medicare 将予以承保。随着新口服抗癌药问世，B 部分可能会将其纳入承保。如果 B 部分未承保，则 D 部分会承保</li><li>• 口服止吐药物：作为抗癌化疗方案的组成部分，在化疗前、化疗期间或化疗后 48 小时内使用的口服止吐药，或完全替代静脉止吐药的口服药物，Medicare 均会承保</li><li>• Medicare B 部分承保的特定终末期肾病 (ESRD) 口服药物</li><li>• ESRD 支付体系下的拟钙剂和磷酸盐结合剂药物，包括静脉用药 Parsabiv® 及口服药 Sensipar®</li><li>• 居家透析所需的特定药物，包括肝素、医疗上必要的肝素解毒剂以及局部麻醉剂</li><li>• 促红细胞生成剂：如果您患有终末期肾病 (ESRD)，或因治疗特定其他病症（如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、阿法依泊汀、Aranesp®、达贝泊汀阿法、Mircera® 或甲氧基聚乙二醇促红素 β）相关的贫血而需要注射促红细胞生成素，Medicare 会予以承保。</li><li>• 用于家庭治疗原发性免疫缺陷病的静脉注射免疫球蛋白</li><li>• 肠外营养与肠内营养（静脉注射和管饲）</li></ul> <p>此链接将带您查看可能适用分步治疗原则的 B 部分药物清单：<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary">www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary</a></p> <p>此外，B 部分承保部分疫苗，而 D 部分的药物福利则承保大部分成人疫苗。</p> <p>第 5 章阐述了我们的 D 部分药物福利，包括您必须遵守以获得处方药报销的规则。您通过本计划为 D 部分药物支付的费用，在第 6 章中有详细说明。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	

承保的服务	您支付的金额
<p><b>护士咨询专线</b></p> <p>遇到潜在紧急医疗情况？护士咨询专线每周 7 天，每天 24 小时可接通来电。注册护士将协助您判断下一步措施，无论是服用止痛药还是前往急救中心。</p> <p>无论您是为自己还是为孩子来电咨询，我们的护士都能提供帮助。请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p>	<p>护士咨询专线没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>肥胖筛查和治疗，以促进持续减重</b></p> <p>如果您的身体质量指数达到 30 或以上，我们将为您提供强化咨询服务，以协助您减轻体重。如果您在初级护理场所接受此类咨询，它将得到承保，并可与您的综合预防计划相配合。咨询您的初级护理医生或执业医师以了解更多信息。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>预防性肥胖筛查和治疗没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>阿片类药物治疗项目服务*</b></p> <p>本计划中患有阿片类药物使用障碍 (OUD) 的会员，可通过阿片类药物治疗项目 (OTP) 获得相关服务承保，该项目包含以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的阿片类激动剂和拮抗剂药物辅助治疗 (MAT) 药物。</li> <li>• MAT 药物配发和管理（如适用）</li> <li>• 物质使用咨询</li> <li>• 个人和集体治疗</li> <li>• 毒理学检测</li> <li>• 接纳活动</li> <li>• 定期评估</li> </ul> <p><b>请注意：</b>如果提供额外服务，可能适用单独的费用分摊。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>加入 Medicare 的阿片类药物治疗提供者所提供的服务没有共同保险、共付额或免赔额。Medicare 承保的阿片类药物治疗项目服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>门诊诊断检测和治疗服务及用品*</b></p> <p>承保的服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X 光检查</li> <li>• 放射治疗（镭疗及同位素治疗），含技术员材料及用品</li> <li>• 特殊影像检查（如 MRI、CT 和 PET 扫描）所有特殊影像检查需由您的开单提供者通过影像福利管理员进行协调安排。</li> <li>• 特殊诊断检测，如超声检查和霍尔特监测</li> <li>• 外科用品，例如敷料</li> <li>• 夹板、石膏及用于骨折脱位复位的器械</li> <li>• 实验室检测</li> <li>• 血液——包括储存和管理。全血及浓缩红细胞从您需要的第四品脱开始承保——您必须支付日历年内前 3 品脱血液费用，或由您或他人捐赠血液 其他所有血液成分的承保均从第一品脱的使用开始计算。</li> <li>• 非实验室诊断检测，当医生或其他健康护理提供者治疗疾病开具，例如 CT 扫描、MRI、心电图和 PET 扫描</li> </ul>	<p>Medicare 承保的 X 光检查没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的治疗性放射服务及用品没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次特殊影像检查及特殊诊断检测没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的外科用品或石膏没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的敷料和用品、夹板、石膏及用于骨折脱位复位的器械没有共同保险、共付额或免赔额。这些必须由 Providence 家庭服务中心或其他网络内提供者提供。</p> <p>Medicare 承保的实验室服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>血液服务没有共同保险、共付额或免赔额。 费用分摊基于 Original Medicare 福利，并取决于血液处理流程。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>门诊诊断检测和治疗服务及用品*（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 其他门诊诊断性检查和程序</li></ul> <p>请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的诊断检测和程序没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>如果您接受除 Medicare 承保的实验室、血液或其他诊断检测/程序之外的服务，可能有对该服务进行的单独费用分摊。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p><b>门诊留院观察*</b></p> <p>观察服务是医院门诊服务，旨在确定您是否需要作为住院患者收治或可以出院。</p> <p>门诊留院观察服务要获得承保，必须符合 Medicare 标准且被视为合理必要。仅当由医生或经州许可法和医院章程授权收治患者或安排门诊检测的人员下达医嘱时提供，才会承保观察服务。</p> <p><b>请注意：</b>除非服务提供者已下达将您作为住院患者收治的医嘱，否则您属于门诊患者，需支付门诊医院服务的费用分摊金额。即便在医院过夜，您仍可能被视为门诊病人。如果不确定自身属于门诊还是住院患者，请咨询医院工作人员。</p> <p>请参阅 Medicare 信息单《<i>Medicare 医院福利</i>》，获取更多信息。这份信息单可在 <a href="http://www.MEDICARE.gov/publications/11435-MEDICARE-Hospital-Benefits.pdf">www.MEDICARE.gov/publications/11435-MEDICARE-Hospital-Benefits.pdf</a> 获取，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的观察服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>医院门诊服务*</b></p> <p>我们承保您在医院门诊部接受的针对疾病或损伤诊断和治疗的医疗必要服务。</p> <p>承保的服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 急诊科或门诊诊所的服务，例如观察服务或门诊手术</li></ul> <p><b>请注意：</b>专业服务费可能适用单独的费用分摊。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 由医院开具账单的实验室和诊断检测</li></ul>          <ul style="list-style-type: none"><li>• 心理健康护理，包括部分住院项目中的护理（如果医生确认若无此项目则需接受住院治疗）</li></ul>          <ul style="list-style-type: none"><li>• 由医院开具账单的 X 光检查及其他放射服务</li><li>• 医疗用品如夹板和石膏</li><li>• 您无法自行使用的特定药物和生物制剂</li></ul> <p><b>请注意：</b>除非服务提供者已下达将您作为住院患者收治的医嘱，否则您属于门诊患者，需支付门诊医院服务的费用分摊金额。即便在医院过夜，您仍可能被视为门诊病人。如果不确定自身属于门诊还是住院患者，请咨询医院工作人员。</p>	<p>Medicare 承保的每次急诊室就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的观察服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次门诊手术没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>门诊就诊不收取设施费。</p> <p>Medicare 承保的实验室服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的诊断检测和程序没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的部分住院项目服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p>  <p>Medicare 承保的 X 光及放射服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次特殊影像检查及特殊诊断检测没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>医院门诊服务*（续）</b></p> <p>您还可以在一份名为《您是住院患者还是门诊患者？》的 Medicare 信息单上了解更多信息。如果您有 Medicare——<i>请咨询！</i> 这份信息单可通过网站 <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> 获取，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。您拨打这些号码是免费的，每周 7 天，每天 24 小时可接通来电。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的 B 部分化疗药物、放射治疗药物及其他 B 部分药物没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p><b>门诊心理健康护理*</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <p>由州执照精神科医生或医生、临床心理学家、临床社会工作者、临床护理专家、持证专业咨询师 (LPC)、持证婚姻家庭治疗师 (LMFT)、执业护士 (NP)、医生助理 (PA) 或其他符合州法律规定的 Medicare 资质心理健康专业人员提供的心理健康服务。</p> <p>心理健康服务由 Providence Health Assurance 管理。必须联系 Providence Health Assurance 获得授权。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的每次个人或集体治疗就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的部分住院项目服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p><b>门诊康复服务*</b></p> <p>承保的服务包括：物理治疗、职能治疗和言语语言治疗。</p> <p>门诊康复服务可在多种门诊场所提供，例如医院门诊部、独立治疗师诊所以及综合门诊康复机构 (CORF)。</p> <p>所有物理治疗和职能治疗服务均需获得门诊授权。康复服务的通知通过授权代理代表 Providence Health Assurance 公司完成。通知是向授权代理提交的初始请求，用于告知 Providence Health Assurance 公司您将开始接受物理治疗和/或职能治疗服务。授权代理将决定是否批准请求或需要进行医疗必要性审核。</p> <p>*初始康复服务及后续就诊可能需要事先授权。</p>	<p>Medicare 承保的每次职能治疗就诊均没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次物理治疗及言语语言治疗就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>



承保的服务	您支付的金额
<p><b>门诊物质使用障碍服务*</b></p> <p>物质使用障碍的承保护理级别包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 日间住院治疗</li> <li>• 强化门诊治疗</li> <li>• 门诊治疗</li> </ul> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 诊断评估、鉴定与治疗方案制定</li> <li>• 治疗或程序</li> <li>• 药物管理及其他相关治疗</li> <li>• 个人、家庭以及集体治疗</li> <li>• 由提供者主导的个案管理服务</li> <li>• 危机干预</li> </ul> <p><b>请注意：</b>所有物质使用障碍服务必须在医院、替代机构或诊所的门诊部接受。此外，这些服务必须由合格的行为健康执业医师提供或在其指导下进行。</p> <p>心理健康服务由 Providence Health Assurance 管理。必须联系 Providence Health Assurance 获得授权。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的部分住院项目服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次强化门诊治疗没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次个人或集体治疗就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p><b>门诊手术，包括医院门诊设施和流动手术中心提供的服务*</b></p> <p><b>请注意：</b>如果在医院接受手术，请向提供者确认您属于住院还是门诊。除非医生开具住院医嘱，否则均按门诊处理并承担门诊手术的费用分摊金额。即便在医院过夜，您仍可能被视为门诊病人。</p> <p><b>请注意：</b>专业服务费可能适用单独的费用分摊。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的每次日间诊疗中心就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次医院门诊手术没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的观察服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>非处方 (OTC)</b></p> <p>我们将每季度为您提供预存 40 美元的借记卡，用于购买非处方 (OTC) 健康物品。该额度每季度累积，并于每年 12 月 31 日晚上 11:59 失效。</p> <p>您可在参与活动的当地零售药房购买合格的非处方健康物品。或通过电话、网络、邮件从商品目录订购以享受无接触服务。请注意目录物品仅支持配送上门服务。此外，仅可通过上述渠道购买物品，其他供应商渠道不予受理。</p> <p>如需协助或获取核准物品及零售药房目录，请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>。</p> <p>如有其他问题或疑虑，请致电 Providence Health Assurance，电话：503-574-8000 或 1-800-603-2340。TTY 用户请拨打 711。</p>	<p>非处方项目没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>您每季度享有 40 美元的额度（可通过零售卡、目录、在线、邮寄及电话订购非处方药物）。</p> <p>未使用的额度将添加至下一季度，然后于 2026 日历年年底过期作废。</p> <p>非处方物品仅限通过我方目录或授权零售商购买。如需获取目录副本，请联系 Providence 福利管理员或客户服务部。</p>
<p><b>部分住院服务和强化门诊服务*</b></p> <p><i>部分住院</i>是指由医院门诊或社区心理健康中心提供的结构化积极精神科治疗计划，其治疗强度高于医生、治疗师、持照婚姻家庭治疗师 (LMFT) 或持照专业咨询师提供的常规护理，可作为住院治疗的替代方案。</p> <p><i>强化门诊服务</i>是由医院门诊部、社区心理健康中心、联邦合格健康中心或乡村健康诊所提供的结构化行为（心理）健康治疗计划，其治疗强度高于医生、治疗师、持照婚姻家庭治疗师 (LMFT) 或持照专业咨询师提供的常规护理，但低于部分住院治疗。</p> <p>心理健康服务由 Providence Health Assurance 管理。必须联系 Providence Health Assurance 获得授权。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的部分住院服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>个人应急系统 (PERS)</b></p> <p>个人应急系统 (PERS) 为您提供 24/7 紧急求助通道。只需按下设备按钮，即可与受过培训的操作员通话，由对方协调紧急调度人员前往您所在位置。</p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 移动设备和基站的运输及交付服务</li> <li>• 通过 GPS 技术紧急定位功能</li> <li>• 自动跌倒检测技术</li> </ul> <p><b>请注意：</b> 不承保远程视频监控。</p> <p>如需客户服务或进行注册，请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p>	<p>PERS 服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>医生/执业医师服务，包括医生诊所就诊</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在医生诊所、认证的门诊手术中心、医院门诊部或任何其他地点接受的医疗必要医疗服务或手术服务</li> <li>• 专科医生的咨询、诊断和治疗</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 由 PCP 或专科医生进行的基本听力和平衡检查（如果医生为确定是否需要医疗治疗而开具检查）</li> <li>• 特定远程医疗服务，包括：初级和专科护理、心理健康护理、阿片类药物及物质使用障碍治疗、监督下的运动训练、职能和物理治疗、言语语言病理服务、肾病教育、糖尿病自我管理，以及住院、手术或急诊就诊后的咨询和随访。 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您可选择通过面对面就诊或远程医疗方式获得这些服务。如果选择通过远程医疗接受这些服务，必须使用提供远程医疗服务的网络内提供者。</li> </ul> </li> </ul>	<p>Medicare 承保的每次初级护理提供者就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次专科医生就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>关于听力和平衡检查的费用分摊，请参阅本医疗福利表中的“听力服务”章节。</p> <p>Medicare 承保的每次附加远程医疗服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>医生/执业医师服务，包括医生诊所就诊（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 当网络内提供者认为临床上适当时，将通过交互式音视频通信提供服务。</li> <li>● 部分远程医疗服务包括由医生或执业医师提供的咨询、诊断和治疗，适用于特定乡村地区或 Medicare 批准的其他地点的患者</li> <li>● 为居家透析会员提供的每月终末期肾病相关远程医疗服务（服务地点可为医院或关键接入医院的肾透析中心、肾透析设施或会员住所）</li> <li>● 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务（不限地点） <ul style="list-style-type: none"> <li>● 为患有物质使用障碍或共患精神健康障碍的会员提供的远程医疗服务（不限地点）</li> <li>● 如果符合以下条件，可通过远程医疗服务进行心理健康障碍的诊断、评估与治疗： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您需在首次远程问诊前的 6 个月内完成一次线下就诊。</li> <li>○ 在享受这些远程医疗服务的同时，您每 12 个月仍需进行一次面对面就诊。</li> <li>○ 在特定情况下，上述规定可作例外处理。</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 由乡村健康诊所和联邦合格健康中心提供的远程心理健康诊疗服务。</li> <li>● 与医生的虚拟会诊（例如通过电话或视频聊天），时长 5-10 分钟，<b>如果</b>： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新来的患者<b>并且</b></li> <li>○ 这次签到与过去 7 天内的门诊就诊无关<b>并且</b></li> <li>○ 登记后未能在 24 小时内或最早可预约时间安排上诊所就诊。</li> </ul> </li> <li>● 医生将在 24 小时内对您发送的视频和/或图像进行评估、<b>如果</b>需要，会进行解读和后续跟进。 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新来的患者<b>并且</b></li> <li>○ 此次评估与过去 7 天内的门诊就诊无关<b>并且</b></li> <li>○ 评估后未能在 24 小时内或最早可预约时间安排上诊所就诊。</li> </ul> </li> <li>● 医生通过电话、互联网或电子健康档案与其他医生进行会诊。</li> <li>● 手术前寻求其他医疗机构的第二诊疗意见</li> </ul>	

承保的服务	您支付的金额
<p><b>医生/执业医师服务，包括医生诊所就诊（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>非 Medicare 承保的远程访问技术：我们通过以下方式提供网络内提供者的接入渠道： <ul style="list-style-type: none"> <li>药物和疾病管理的电话问诊服务，例如致电护士咨询专线。</li> <li>通过应用程序发送的邮件，例如在 MyChart 中给您的护理团队发送消息。</li> </ul> </li> <li>该福利仅承保医疗服务提供方的服务费，不包括任何诊所或设施费用。根据所提供的服务，可能适用多种费用分摊金额。</li> </ul>	<p>非 Medicare 承保的远程访问技术服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>足病诊疗服务</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>足部损伤与疾病（如锤状趾或足跟骨刺）的诊断以及医疗或手术治疗</li> <li>针对下肢患有特定病症患者的常规足部护理。</li> </ul> <p><b>请注意：</b>如果提供额外服务，和/或在医院门诊或流动手术中心提供足科诊疗服务，可能会适用单独的费用分摊。</p>	<p>Medicare 承保的每次足病诊疗没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于门诊场所提供的服务，请参考“门诊手术，包括医院门诊设施和流动手术中心提供的服务”。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p> <b>HIV 暴露前预防 (PrEP)</b></p> <p>如果您未感染艾滋病毒，但医生或其他医护人员判定您存在较高的感染风险，我们将为您提供暴露前预防 (PrEP) 药物及相关服务。</p> <p>如果您符合条件，承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>美国食品药品监督管理局批准的口服或注射用暴露前预防药物。如果您使用的是注射类药物，我们也包含注射服务费。</li> <li>每年最多可享受 8 次个人咨询服务（包括艾滋病风险评估、降低感染风险措施以及用药依从性指导）。</li> <li>每年最多 8 次 HIV 检测。</li> </ul> <p>乙肝病毒单次筛查。</p>	<p>PrEP 福利没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>前列腺癌筛查检查</b></p> <p>50 岁及以上的男性，每 12 个月一次以下承保服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 直肠指检</li> <li>• 前列腺特异性抗原 (PSA) 检测</li> </ul> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>年度 PSA 检测没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的数字直肠检查没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>假体和矫形器具及相关用品</b></p> <p>替代身体部位或功能的器具（牙科除外）。其中包括但不限于：假体和矫形器具的测试、适配和使用训练；以及：造口袋及与造口护理直接相关的用品、心脏起搏器、支架、矫形鞋、义肢以及乳房假体（包括乳房切除术后使用的专用手术文胸）。包括与假体和矫形器具相关的用品，以及这些器具的维修和/或更换服务。还包括白内障摘除或白内障手术后的一些承保——请参阅本表后文的 <i>视力护理</i> 部分以获取更多详情。</p> <p>所有假肢装置及相关用品必须由 Providence 家庭服务中心或其他网络内提供者提供。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的假肢装置及相关用品没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的家用敷料和用品、夹板以及其他用于骨折脱位复位的器械没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p><b>肺康复服务</b></p> <p>针对患有中度至非常严重慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 且持有慢性呼吸系统疾病治疗医生开具肺康复处方的会员，我们提供全面的肺康复计划保障。</p> <p>肺康复就诊在 36 周内限 36 次。如果医疗上必要，可额外获得最多 36 次。</p>	<p>Medicare 承保的每次肺康复就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>远程访问技术</b></p> <p>我们通过以下方式提供网络内提供者的接入渠道：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>通过 ProvRN 电话咨询获取药物及疾病管理服务</li> <li>通过应用程序发送的邮件，例如在 MyChart 中给您的护理团队发送消息。</li> <li>专有网络平台支持当日紧急护理预约，可通过平板电脑、智能手机或计算机访问 Providence ExpressCare Virtual</li> </ul>	<p>非 Medicare 承保的远程访问技术服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>筛查和咨询以减少酒精滥用</b></p> <p>为存在酒精滥用但未形成酒精依赖的成人（包括孕妇）提供一次酒精滥用筛查。</p> <p>如果酒精滥用筛查呈阳性，每年可接受最多 4 次简短面对面咨询（需在咨询期间保持清醒且具备认知能力），由合格初级护理医生或执业人员在初级护理场所提供。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>Medicare 承保的每次筛查及减少酒精滥用预防性福利咨询没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>采用低剂量计算机断层扫描 (LDCT) 进行肺癌筛查*</b></p> <p>符合条件者可每 12 个月接受一次 LDCT 检查。</p> <p><b>符合资格的会员需满足：</b>年龄 50-77 岁，无肺癌症状但具有至少 20 包年吸烟史，当前吸烟或过去 15 年内戒烟，且在符合 Medicare 标准的肺癌筛查咨询和共同决策就诊中获得 LDCT 检查医嘱，该检查须由医生或合格非医生执业人员开具。</p> <p><b>针对首次 LDCT 筛查后的 LDCT 肺癌筛查：</b>会员必须获得 LDCT 肺癌筛查医嘱，该筛查可由任何符合条件的医生或合格非医生执业人员在就诊时开具。如果医生或合格非医生执业人员选择为后续 LDCT 肺癌筛查提供咨询和共同决策就诊，该就诊必须符合 Medicare 对此类就诊的标准要求。</p> <p>LDCT 扫描需由您的开单医生通过影像福利管理员进行协调。</p> <p>请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的咨询和共同决策就诊或低剂量 CT 扫描没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>丙型肝炎病毒感染的筛查</b></p> <p>如果您的初级护理医生或其他合格健康护理提供者开具筛查单且您符合以下任一条件，我们承保一次丙型肝炎筛查：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 因使用或曾使用非法注射毒品而处于高风险状态。</li><li>• 您曾在 1992 年之前输过血。</li><li>• 您出生于 1945 年至 1965 年间。</li></ul> <p>如果您出生于 1945-1965 年间且不属于高风险人群，我们承担一次筛查费用。如果您属于高风险人群（例如自上次丙型肝炎筛查阴性后持续使用非法注射毒品），我们承保年度筛查。</p>	<p>Medicare 承保的丙型肝炎病毒筛查没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>性传播感染 (STI) 筛查及 STI 预防咨询</b></p> <p>我们承保针对衣原体、淋病、梅毒和乙型肝炎的性传播感染筛查。当由初级护理提供者开具检测单时，这些筛查适用于孕妇及某些 STI 风险增加的人群。这些检测每 12 个月承保一次或在怀孕特定时期进行。</p> <p>我们还每年为性行为活跃且 STI 风险增加的成人提供最多 2 次、每次 20 至 30 分钟的高强度面对面行为咨询课程。仅当这些咨询课程由初级护理提供者在初级护理场所（如医生诊所）进行时，我们才将其作为预防服务承保。</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p>	<p>Medicare 承保的 STI 筛查和 STI 预防性福利咨询没有共同保险、共付额或免赔额。</p>



承保的服务	您支付的金额
<p><b>肾病治疗服务*</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 肾病教育服务，教授肾脏护理知识并帮助会员做出明智的护理决策。对于经医生转介的 IV 期慢性肾病患者，我们终身最多承保 6 次肾脏疾病教育服务课程</li><li>• 门诊透析治疗（包括临时离开服务范围时的透析治疗，如第 3 章所述，或当您的透析服务提供者暂时无法提供服务时）</li><li>• 住院透析治疗（如果您因特殊护理需要住院）</li><li>• 请参阅本医疗福利表中“住院治疗护理”部分，了解住院期间的费用分摊金额。</li><li>• 自我透析培训（包括为您及协助居家透析的任何人提供培训）</li><li>• 居家透析设备及用品</li></ul> <li>• 特定家庭支持服务（如必要时由 trained 透析工作人员上门检查居家透析情况、提供紧急协助，并检测透析设备及供水）</li> <p>部分透析药物由 Medicare B 部分承保。关于 B 部分药物承保，请参见本表中的 <b>Medicare B 部分药物</b>。</p> <p>*某些服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>Medicare 承保的每次肾病教育服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的肾脏透析治疗没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>在 Medicare 承保的住院治疗期间接受透析治疗不产生额外费用。</p> <p>Medicare 承保的每次自我透析培训没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的居家透析设备及用品没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>Medicare 承保的每次家庭健康就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>专业护理机构 (SNF) 护理*</b></p> <p>（专业护理机构护理定义请参阅第 12 章。专业护理机构有时简称 SNF）</p> <p>您的计划每个福利期最多承保 100 天 无需提前住院。</p> <p>承保的服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 半私人病房（或医疗上必要时的私人病房）</li> <li>● 餐食，包括特殊饮食</li> <li>● 专业护理服务</li> <li>● 物理治疗、职能治疗和言语治疗</li> <li>● 按护理计划给您使用的药物（包括人体天然存在的物质，如凝血因子）</li> <li>● 血液——包括储存和管理。全血及浓缩红细胞从您需要的第四品脱开始承保——您必须支付日历年内前 3 品脱血液费用，或由您或他人捐赠血液。其他所有血液成分的承保均从第一品脱的使用开始计算。</li> <li>● SNF 通常提供的医疗外科用品</li> <li>● 专业护理机构通常提供的实验室检查</li> <li>● SNF 通常提供的 X 光及其他放射服务</li> <li>● SNF 通常提供的设备使用（如轮椅）</li> <li>● 医生/执业医师服务</li> </ul> <p>通常，您可以通过网络内的机构获得专业护理机构 (SNF) 的护理服务。在满足下述特定条件的情况下，如果某非网络医疗机构接受本计划的支付标准，您可能只需承担网络内费用分摊。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 您住院前居住的养老院或持续护理退休社区（只要该机构提供专业护理服务）。</li> <li>● 您出院时，您的配偶或伴侣正在居住的专业护理机构。</li> </ul> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>福利期第 1-100 天没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>福利期从您入住专业护理机构之日开始，并在您连续 60 天未在该机构接受专业护理后结束。如果前一个福利期结束后再次入住专业护理机构，将开始一个新的福利期。</p> <p>所有专业护理机构的住院时间，无论病情如何，都将计入福利期。您的 SNF 福利基于日历日期计算。</p> <p>福利期次数没有限制。</p> <p>如果您在 2026 年入院，直至 2027 年才出院，您的每日共付额可能有所不同。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>戒烟与烟草使用戒断（提供戒烟或戒断烟草使用的咨询服务）</b></p> <p>对于符合以下条件的门诊及住院患者，提供戒烟及烟草使用戒断咨询服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 无论是否表现出与烟草相关疾病的症状，都应停止使用烟草。</li> <li>• 在咨询过程中保持专业且警觉</li> <li>• 由合格的医生或Medicare认可的专业人士提供咨询服务。</li> </ul> <p>我们每年提供两次戒烟尝试（每次尝试最多包含 4 次中级或强化疗程，患者每年最多可获得 8 次疗程。）</p> <p><b>请注意：</b>如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。</p> <p>我们承保<b>戒烟电话辅导项目</b>，包括诸如尼古丁替代疗法等项目所需物资。准备好获得 12 个月的支持了吗？请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p>	<p>Medicare 承保的戒烟预防性福利没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>戒烟电话服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p> <b>针对慢性病患者的特别补充福利 (SSBCI)</b></p> <p>慢性病参保人指符合以下条件的个人：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 患有一种或多种共病且医学上复杂的慢性病症（如下列 15 种之一），这些病症危及生命或严重限制参保人的整体健康或功能。</li> <li>• 存在住院或其他不良健康后果的高风险；且</li> <li>• 需要强化护理协调。</li> </ul> <p>慢性病列表：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 慢性酒精使用障碍及其他物质使用障碍 (SUD)。</li> <li>(2) 自身免疫性疾病： <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) 结节性多动脉炎。</li> <li>(ii) 风湿性多肌痛。</li> <li>(iii) 多发性肌炎。</li> <li>(iv) 皮炎炎。</li> </ol> </li> </ol>	

承保的服务	您支付的金额
<p> <b>针对慢性病患者的特殊补充福利 (SSBCI)（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(v) 类风湿性关节炎。</li> <li>(vi) 系统性红斑狼疮。</li> <li>(vii) 银屑病关节炎。</li> <li>(viii) 硬皮病。</li> </ul> <p>(3) 癌症。</p> <p>(4) 心血管疾病：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 心律失常。</li> <li>(ii) 冠状动脉疾病。</li> <li>(iii) 外周血管疾病。</li> <li>(iv) 心脏瓣膜病。</li> </ul> <p>(5) 慢性心力衰竭。</p> <p>(6) 失智症。</p> <p>(7) 糖尿病。</p> <p>(8) 超重、肥胖与代谢综合征。</p> <p>(9) 慢性胃肠道疾病：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 慢性肝病。</li> <li>(ii) 非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD)。</li> <li>(iii) 乙型肝炎。</li> <li>(iv) 丙型肝炎</li> <li>(v) 胰腺炎。</li> <li>(vi) 肠易激综合征。</li> <li>(vii) 炎症性肠病。</li> </ul> <p>(10) 慢性肾病 (CKD)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 需要透析的慢性肾病/终末期肾病 (ESRD)。</li> <li>(ii) 无需透析的慢性肾病。</li> </ul> <p>(11) 重度血液系统疾病：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 再生障碍性贫血。</li> <li>(ii) 血友病。</li> <li>(iii) 免疫性血小板减少性紫癜。</li> <li>(iv) 骨髓增生异常综合征。</li> <li>(v) 镰状细胞病（不包括镰状细胞特征）</li> <li>(vi) 慢性静脉血栓栓塞性疾病。</li> </ul> <p>(12) 艾滋病毒/艾滋病。</p> <p>(13) 慢性肺部疾病：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 哮喘、慢性支气管炎。</li> <li>(ii) 囊性纤维化。</li> <li>(iii) 肺气肿。</li> </ul>	

承保的服务	您支付的金额
<p>针对慢性病患者的特殊补充福利 (SSBCI)（续）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(iv) 肺纤维化。</li> <li>(v) 肺动脉高压。</li> <li>(vi) 慢性阻塞性肺疾病 (COPD)。</li> </ul> <p>(14) 慢性致残性心理健康状况：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 双相情感障碍。</li> <li>(ii) 重度抑郁症。</li> <li>(iii) 偏执型障碍。</li> <li>(iv) 精神分裂症。</li> <li>(v) 分裂情感性障碍。</li> <li>(vi) 创伤后应激障碍 (PTSD)。</li> <li>(vii) 进食障碍。</li> <li>(viii) 焦虑症。</li> </ul> <p>(15) 神经系统疾病：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 肌萎缩侧索硬化 (ALS)。</li> <li>(ii) 癫痫。</li> <li>(iii) 广泛性瘫痪（即偏瘫、四肢瘫痪、截瘫、单瘫）。</li> <li>(iv) 亨廷顿病。</li> <li>(v) 多发性硬化症。</li> <li>(vi) 帕金森病。</li> <li>(vii) 多发性神经病。</li> <li>(viii) 纤维肌痛。</li> <li>(ix) 慢性疲劳综合征。</li> <li>(x) 脊髓损伤。</li> <li>(xi) 椎管狭窄。</li> <li>(xii) 中风相关的神经功能缺损。</li> </ul> <p>(16) 中风。</p> <p>(17) 器官移植术后护理。</p> <p>(18) 免疫功能缺陷与免疫抑制性疾病。</p> <p>(19) 伴有认知障碍的相关病症：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 阿尔茨海默症。</li> <li>(ii) 智力障碍及发育障碍。</li> <li>(iii) 创伤性脑损伤。</li> <li>(iv) 导致认知障碍的致残性精神疾病。</li> <li>(v) 轻度认知障碍。</li> </ul> <p>(20) 存在功能障碍且需要类似服务的状况，包括以下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) 脊髓损伤。</li> <li>(ii) 麻痹。</li> </ul>	

承保的服务	您支付的金额
<p><b>针对慢性病患者的特殊补充福利 (SSBCI) (续)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(iii) 截肢。</li> <li>(iv) 中风。</li> <li>(v) 关节炎。</li> </ul> <p>(21) 损害听觉、视觉（失聪）、味觉、触觉和嗅觉的慢性病。</p> <p>(22) 需要持续治疗服务以维持或保留功能的病症。</p> <p><b>食品和农产品福利</b></p> <p>您可以在沃尔格林、西夫韦、Fred Meyer、QFC、CVS 药店、沃尔玛以及 Dollar General/Family Dollar 等指定商店使用您的额度。授权零售商可能随时变更。必要时，您将收到通知。食品和农产品的例子包括：面包、乳制品、水果蔬菜、肉类海鲜、米、面食、鸡蛋及蛋类替代品。</p> <p><b>非医疗接送服务</b></p> <p>非医疗接送服务是指不涉及医疗预约的出行，例如往返以下地点的接送服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健身中心（健身房）及相关的社交健康活动，如休闲区、社区中心、公园以及适合商场步行的购物中心。</li> <li>○ 药房</li> <li>○ 杂货店</li> <li>○ 食物银行</li> <li>○ 老年人活动中心</li> <li>○ 教堂</li> <li>○ 银行和金融机构</li> <li>○ 理发店和美容院</li> <li>○ 探亲</li> </ul> <p>每年为您承保最多 24 次非医疗接送单程服务。要为即将到来的活动安排行程吗？请访问 <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a> 获取福利联系信息。</p>	<p>符合资格的会员每季度可获得 200 美元的食物和农产品津贴。未使用的额度将添加至下一季度，然后于 2026 日历年年底过期作废。</p> <p>对于符合资格的会员，每个日历年最多 24 次单程服务（每次单程最远 25 英里）没有共同保险、共付额或免赔额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>监督式运动疗法 (SET)</b></p> <p>为确诊有症状性外周动脉疾病 (PAD) 的会员承保 SET。) )</p> <p>如果符合 SET 项目要求，12 周内最多可承保 36 次。</p> <p>SET 项目必须：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次疗程持续 30-60 分钟，包含针对跛行患者 PAD 的治疗性运动训练计划</li> <li>• 必须在医院门诊或医生诊所进行</li> <li>• 由经过 PAD 运动疗法培训的合格辅助人员实施，以确保利大于弊</li> <li>• 必须在医生、医生助理或接受过基础与高级生命支持技术培训的执业护士/临床护理专家直接监督下进行</li> </ul> <p>如果健康护理提供者认定为医疗上必要，SET 可在 12 周 36 次的基础上，额外延长时段再承保 36 次。</p>	<p>Medicare 承保的每次 SET 服务没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>
<p><b>急需服务</b></p> <p>计划承保的需立即就医但非急诊的服务属于急需服务，适用于两种情形：您暂时不在计划服务范围内，或即使您在服务范围内，但因时间、地点和环境限制无法从网络内提供者处获得该服务。本计划必须承保急需服务，且仅按网络内费用分摊标准收费。急需服务的示例包括突发性疾病和伤害，或现有疾病的意外急性发作。医疗上必要的常规就诊（如年度体检）不被视为急需服务，即使您不在计划服务范围内或计划网络暂时不可用。</p> <p>紧急护理承保仅适用于美国及其领土范围内。</p> <p>我们通过专门的网络平台提供当天医疗预约服务，让您能够接触到网络内的紧急护理提供者。请使用平板电脑、智能手机或计算机访问 Providence 快捷医疗虚拟服务平台。</p>	<p>Medicare 承保的每次紧急护理就诊没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>如果在紧急护理就诊后 24 小时内入院治疗，则无需支付紧急护理就诊共付额。</p> <p>如果您在网络外医院接受急需服务且病情稳定后需要住院护理，必须获得本计划的授权。如果获得授权，您的费用将与在网络医院接受住院护理相同。</p> <p>住院费用分摊详情请参阅本医疗福利表的“住院治疗服务”章节。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 Medicare 保险服务中的费用分摊金额。</p>

承保的服务	您支付的金额
<p><b>视力护理</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 门诊医生服务承保眼部疾病和损伤的诊断与治疗，包括年龄相关性黄斑变性的治疗。<b>Original Medicare</b> 不包含常规验光配镜（眼镜/隐形眼镜）费用</li> <li>•  针对高风险人群或青光眼患者，我们承保每年一次的青光眼筛查。青光眼高风险人群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、50 岁及以上的非裔美国人以及 65 岁及以上的西裔美国人</li> <li>• 为糖尿病患者承保每年一次的糖尿病视网膜病变筛查</li> </ul>	<p><b>Medicare</b> 承保的每眼部疾病诊断和治疗检查没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p><b>请注意：</b>如果提供额外服务（如就诊期间使用的药物），可能适用单独的费用分摊。</p> <p>年度 <b>Medicare</b> 承保的预防性青光眼筛查没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>每个日历年一次的 <b>Medicare</b> 承保的糖尿病视网膜病变筛查没有共同保险、共付额或免赔额。</p>
<p><b>视力硬件</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 白内障术后：每次包含人工晶体植入的白内障手术后，您的计划将承保一副眼镜或隐形眼镜费用。（如果进行两次独立的白内障手术，不可在首次手术后保留福利并在第二次手术后购买两副眼镜）</li> <li>• 医疗视力硬件*：医疗视力硬件包含在“假肢装置及相关用品”福利项下。</li> </ul> <p>*此服务可能需要事先授权。详见本章第 2 节。</p>	<p>每次白内障手术后的一副 <b>Medicare</b> 承保的眼镜或隐形眼镜没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p><b>Medicare</b> 承保的假肢装置及相关用品没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能仅支付其通常承保的 <b>Medicare</b> 保险服务中的费用分摊金额。</p>



承保的服务	您支付的金额
<p><b>视力护理（常规非 Medicare 承保）</b></p> <p>承保的服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>常规眼科检查：</b> 本计划每个日历年承保一次常规屈光视力检查。该检查旨在评估您的视力状况，以确定是否需要配戴矫正眼镜或更新眼镜/隐形眼镜处方。屈光检查是门诊就诊中用于确定眼镜处方的环节。这两项服务均包含在常规视力检查福利中。 本福利不包括针对结膜炎、干眼症、青光眼或白内障等病症的检查。这些服务不属于本福利定义的常规屈光检查范围，但可通过您的 B 部分医疗福利获得承保。有关医疗视觉福利的详细信息，请参阅上文“视力护理”条目。</li><li>● <b>常规视力硬件：</b> + 您的计划每个日历年提供常规眼镜或隐形眼镜福利。</li></ul> <p>+常规视力硬件的费用分摊金额不计入计划自付最高限额。</p>	<p>每个日历年一次常规眼科检查没有共同保险、共付额或免赔额。</p> <p>您不受限于网络内提供者，可选择任何合格提供者进行常规视力检查。</p> <p>您每个日历年享有最高 <b>150 美元</b> 的额度，可用于常规处方隐形眼镜、常规处方镜片、常规镜架和/或染色等升级服务。这意味着我们每个日历年最多支付 <b>150 美元</b> 用于常规视力硬件。常规处方隐形眼镜验配服务包含在常规视力硬件福利中。超出额度的费用需由您自行承担。您不受限于任何网络内提供者。您可从任何合格提供者处获取常规视力硬件。</p> <p>请注意，上述额度适用于所有提供者。请要求提供者通过您会员 ID 卡背面的索赔地址向我们寄服务账单。您也可以向我们申请报销。</p>

承保的服务	您支付的金额
 <b>Medicare 迎新预防性就诊</b> 本计划包含一次性的 <i>Medicare 迎新</i> 预防性就诊。此次就诊包括对您健康状况的评估，以及关于所需预防性服务（包括特定筛查、疫苗接种和必要时其他护理的转介）的教育和咨询。 <b>注意：</b> 我们仅承保加入 Medicare B 部分后的前 12 个月内进行的 <i>Medicare 迎新</i> 预防性就诊。预约时请告知诊所您需要安排 <i>Medicare 迎新</i> 预防性就诊。 <b>请注意：</b> 如果在接受此项预防性服务的过程中，您因现有健康状况接受治疗或监测，则针对该现有健康状况的护理可能会产生共付额或共同保险费用。	Medicare 迎新 <i>预防性就诊</i> 没有共同保险、共付额或免赔额。

### 第 3 节 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划不承保哪些服务？

以下服务不由 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 承保，但可通过俄勒冈健康计划 (Medicaid) 获取：

- 不由 Medicare 承保的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利
- 长期护理及家庭和社区基础服务

有关俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利的详细清单，请参阅 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 福利概述文件，和/或联系俄勒冈健康计划 (Medicaid) 或您所在的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织。

### 第 4 节 本计划不承保哪些服务？

本节说明了不予承保的服务。

下表列明了在任何情况下均不承保或仅在特定条件下承保的服务及项目。

如果接受排除（不承保）服务，除下述特定条件外均需自费承担。即使您在急救机构接受排除服务，该服务仍不属于承保范围，本计划不予支付。唯一的例外是，如果对该服务提出上诉，并且经上诉裁决认为，基于您的具体情况，我们应该支付或承保这项医疗服务。（关于对我们决定不承保某项医疗服务提出上诉的信息，请参阅第 9 章第 6.3 节。）

Medicare 不承保的服务	仅在特定条件下承保
针灸	仅在特定情况下适用于慢性腰背痛患者
代孕相关的一切费用	任何情况下均不承保
拒绝接送的救护车索赔（未接受治疗）	任何情况下均不承保
主要用于舒适或便利的器具、设备和用品，包括但不限于空调、加湿器和失禁垫	任何情况下均不承保
尸检及相关服务	任何情况下均不承保
错过预约或填写索赔表的费用	任何情况下均不承保
通过人工方式的受孕，如体外受精、合子输卵管内移植和配子输卵管内移植 (GIFT)	任何情况下均不承保
整形手术或美容程序	<ul style="list-style-type: none"> <li>意外伤害或改善畸形身体部位功能的情况可获承保</li> <li>乳房切除术后所有阶段的重建手术，以及为达到对称效果对未受影响乳房的手术均可获承保</li> </ul>
<b>监护护理</b>  监护护理是不需要经过培训的医疗或辅助医疗人员持续关注的个人护理，例如帮助您进行日常活动（如洗澡或穿衣）的护理	任何情况下均不承保
通过互联网、电视、印刷广告或其他营销材料直接向个人销售的直购测试（也称为自测、居家测试或非处方测试）	任何情况下均不承保
<b>选择性或自愿性的增强程序或服务</b> <b>实验性的医疗和外科手术、设备及药物。</b>  实验性程序和项目是指 Original Medicare 认定未被医学界普遍接受的项目和程序	任何情况下均不承保  可能由 Original Medicare 在 Medicare 批准的临床研究项目中或通过本计划承保。 （如需了解更多关于临床研究的信息，请参阅第 3 章第 5 节。）
由您的直系亲属或家庭成员提供护理所收取的费用	任何情况下均不承保
全天候居家护理服务	任何情况下均不承保
在医院或专业护理机构中访客的餐食	任何情况下均不承保

Medicare 不承保的服务	仅在特定条件下承保
送餐上门	在符合资格的住院治疗后可获承保。
家政服务包括基本家务帮助，如轻度清洁或简单餐食准备。	任何情况下均不承保
白内障硬件镜片附加功能（如染色、抗反射涂层、渐进多焦点、大尺寸镜片等），除非医疗上必要。	仅在医疗上必要时予以承保。
Medicare B 部分美国境外旅行处方药	任何情况下均不承保
自然疗法师服务（采用自然或替代疗法）	任何情况下均不承保
非紧急接送服务	俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保非紧急医疗接送服务，经接送服务事先批准后，可前往承保的预约就诊地点和药房。
非常规牙科护理  如果您愿意，可以使用预充值借记卡支付非常规牙科护理费用。如需了解更多信息，请查阅本章第 2 节医疗福利表中“牙科服务*”一行。	治疗疾病或损伤所需的牙科治疗，可能作为住院或门诊护理得到承保。
矫形鞋或足部支撑器具	作为腿部支具一部分的鞋子，其费用已包含在支具总价中。适用于糖尿病足病患者的矫形鞋或治疗鞋。
您在医疗机构（如医院或专业护理机构）房间内的个人物品，例如电话或电视机	任何情况下均不承保
私人护士	任何情况下均不承保
医院里的私人房间	仅在医疗上必要时予以承保。
面向心理健康人士的心理充实或自助项目	任何情况下均不承保
主要用于保险、许可、就业或其他第三方需求及非预防性目的的报告、评估或常规体检。	任何情况下均不承保
结扎手术逆转及/或非处方避孕用品，包括植入式避孕装置。	避孕用品可能由俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承担费用。
常规脊椎按摩护理	手动矫正脊柱以纠正半脱位的情况下，可获承保。

Medicare 不承保的服务	仅在特定条件下承保
常规牙科护理，例如补牙或假牙。	预防性牙科服务由俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保。
常规眼科检查、眼镜、放射状角膜切开术、LASIK 手术以及其他低视力辅助设备。	每完成一次植入人工晶体的白内障手术后，可报销一副标准框架眼镜（或一套隐形眼镜）。
常规足部护理	根据 Medicare 指南，提供有限承保（例如，如果您患有糖尿病）
常规听力检查、助听器以及助听器验配检查	俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保助听器及相关电池、验配、调试和维修服务。该计划还承保由持照医生、听力学家或助听器专家提供的听力服务。
根据 Original Medicare 标准认定不合理或不必要的服务	任何情况下均不承保
Medicare 不承保的服务	俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能承保 Medicare 不承保的服务。
退伍军人事务部 (VA) 机构提供的服务	任何情况下均不承保
与宫内节育器 (IUD) 相关的服务，包括设备植入及设备本身	宫内节育器服务可能由俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保。
如果服务（如药物索赔）由您为自己利益自行订购、开具或提供，或由同住者、家庭成员提供，则不予承保。在此语境中，“家庭成员”包括根据任何州无遗嘱继承法可能继承您财产者，以及您的姻亲、继亲属、养父母或家庭伴侣，或此类人员的上述关系人。	任何情况下均不承保
低常视力辅助设备、异像镜片、普通（非处方）眼镜、太阳镜及其他低视力辅助设备和服务	任何情况下均不承保
非疾病治疗或咨询，包括婚姻咨询	任何情况下均不承保
假发	俄勒冈健康计划 (Medicaid) 为因化疗或放疗导致脱发者提供假发承保。

## 第 5 章： 将计划保险用于 D 部分药物

### 如何获取药物费用相关信息？

由于您符合俄勒冈健康计划 (Medicaid) 资格，您有资格并正在获得 Medicare 额外帮助以支付处方药计划费用。因您参与额外帮助计划，**本承保范围说明书中关于 D 部分处方药费用的部分内容可能不适用于您**。我们已向您寄送了一份名为《获得处方药付款额外帮助人员的承保说明书附加条款》（也称为“低收入补贴附加条款”或“LIS 附加条款”）的单独插页，其中说明了您的药物承保。如果您未收到此插页，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）索取 LIS 附加条款。（客户服务电话号码印于本文件封底。）

### 第 1 节 本计划 D 部分药物承保的基本规则

---

关于 Medicare B 部分药物福利和临终关怀药物福利，请参阅第 4 章的医疗福利表。

除 Medicare 承保的药物外，部分处方药也包含在您的 Medicaid 福利中。请查阅您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 药物清单以了解这些药物的承保情况。

只要您遵循以下规则，本计划通常会承保您的药物：

- 必须由提供者（医生、牙医或其他处方医生）根据适用州法律开具有效处方。
- 您的处方医生不得被列入 Medicare 排除或限制清单。
- 通常需通过网络药房配药（参见第 2 部分），或通过本计划的邮购服务获取处方药。
- 您的药物必须列入本计划的药物清单（参见第 3 节）。
- 您的药物必须用于医疗认可的适应症。“医疗认可的适应症”是指获得 FDA 批准或特定参考文献支持的药物用途。（如需了解更多关于医疗认可的适应症的信息，请参阅第 3 节。）
- 某些药物可能需要本计划根据特定标准审批后方可承保。（如需了解更多信息，请参阅第 4 节）

## 第 2 节 在网络药房或通过本计划的邮购服务配处方药

---

在大多数情况下，只有通过本计划的网络药房配药，您的处方才能获得承保。（关于网络外药房配药的承保情况，请参阅第 2.5 节。）

网络药房是指与本计划签订合约提供承保药物的药房。“承保药物”指本计划药物清单中所有 D 部分药物。

### 第 2.1 节 网络药房

#### 查找您附近的网络药房

如要查找网络药房，请查阅您的提供者和药房目录，访问我们的网站 ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider))，和/或致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

您可以前往任意一家网络药房。

#### 如果您的药房退出网络

如果您使用的药房退出本计划网络，您需要寻找新的网络药房。如要查找您所在地区的其他药房，请致电客户服务部获取帮助：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），或使用提供者和药房目录。您也可以在我们的网站 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) 上查询相关信息。

#### 专业药房

部分处方药必须在专业药房调配。专业药房包括：

- 提供家庭输液治疗药物的药房。Providence 家庭服务中心在 Providence Medicare Advantage Plans 服务范围内提供并协调家庭护理服务。服务内容包括家庭输液（药物与护理）、特殊注射剂、家庭健康护理、临终关怀、家用氧气及医疗设备。
- 为长期护理 (LTC) 机构居住者提供药物的药房。通常，LTC 机构（如疗养院）会设有内部药房。如果您在 LTC 机构获取 D 部分药物时遇到困难，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。
- 为印第安健康服务/部落/城市印第安健康计划提供服务的药房（波多黎各不可用）。除紧急情况外，仅美洲原住民或阿拉斯加原住民可使用我们网络内的这些药房。

- 调配受 FDA 限制仅限在特定地点销售，或需要特殊处理、协调提供者及用药指导的药物药房。如要查找专业药房，请查阅您的 *提供者和药房目录* [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)，或致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

## 第 2.2 节 本计划的邮购服务

对于特定类型的药物，您可以使用本计划的网络邮购服务。通常通过邮购提供的药物是您定期服用、用于慢性或长期医疗状况的药物。

本计划的邮购服务允许您订购**至少 30 天且不超过 100 天用量的药物**。

如需了解关于邮购处方药的信息，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

通常情况下，邮购药房订单会在 3-5 天内送达。如果您的邮购处方药配送延迟，或您无法等待送达，可使用零售网络药房获取临时小剂量药物，直至收到配送药物。零售网络药房必须联系 Providence Health Assurance 以配发该临时药物。

**新处方需由药房直接从您的医生诊所获取。**

药房从健康护理提供者处收到处方后，会联系您确认是需要立即配药还是稍后配药。每次收到药房联系时请务必回复，告知是否需要寄送、延后或停止新处方配药。

**邮购处方药的续配服务。**对于药物续配，您可选择注册自动续配计划。该计划会在系统记录显示您的药物即将用完时，自动开始处理下一次续配。药房在寄送每次续配前会与您确认需求，如果您现有药物充足或用药方案已变更，可取消已安排的续配服务。

如果您选择不使用我们的自动续药服务，但仍希望通过邮寄药房获取处方药，请在当前处方用完前 **10-14 天**联系您的药房。这将确保您的订单能及时寄送。

如果要退出自动处理邮购续配的计划，请联系邮购药房。

如果收到非您所需的自动邮购续配药物，您可能符合退款条件。

## 第 2.3 节 如何获取长期药物供应

当您获得长期药物供应时，个人的费用分摊可能会降低。本计划提供两种方式获取计划药物清单中维持性药物的长期供应（亦称延长供应）。（维持性药物指针对慢性或长期病症需定期服用的药物。）



1. 我们网络中的部分零售药房支持获取维持性药物的长期供应。您可通过 *提供者和药房目录* [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) 查询网络中哪些药房可提供维持性药物的长期供应。您也可致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）获取更多信息。
2. 您还可通过我们的邮购服务获取维持性药物。如需了解更多信息，请参阅第 2.3 节。

## 第 2.4 节 使用非本计划网络内的药房

通常，我们仅在您无法使用网络药房时承保网络外药房的配药费用。我们在服务范围外也设有网络药房，您作为计划会员可在这些药房配药。**请先致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）** 查询附近是否有网络药房。

仅在以下情况下，我们才会承保网络外药房的处方配药费用：

- 当会员无法使用网络药房且存在以下任一情况时，将提供网络外紧急药物及部分常规药物的承保：
  - 您在服务范围外旅行时药物用完、丢失承保的 D 部分药物，或突发疾病需要获取承保的 D 部分药物。
  - 在服务范围内无法及时从网络药房获得承保药物（例如无法使用 24 小时/每周 7 天营业的网络药房）。
  - 因常备药物缺货无法从就近的网络药房或邮购药房获取特定药物（例如限量分销的罕见病药物或特殊药物）。
  - 网络邮购药房未能及时配送承保的 D 部分药物导致您断药。
  - 在急诊部、附属诊所、门诊手术或其他门诊场所通过非网络机构药房获取药物。

如果必须使用非网络药房，您通常需在配药时支付全额费用（而非正常共付额）。可向我们申请报销我们应承担的费用份额。（请参阅第 7 章第 2 节了解向计划申请退费的具体流程）。您可能需要支付非网络药房购药费用与我们网络药房承保费用之间的差额。

## 第 3 节 您的药物需在本计划的药物清单上

---

### 第 3.1 条 药物清单列明承保的 D 部分药物

本计划有 *承保药物清单*（处方药清单），在本 *承保范围说明书* 中称为 *药物清单*）。

该清单中的药物由本计划联合医生和药剂师共同遴选确定。符合 Medicare 规定，并已获得 Medicare 批准。

## 第 5 章将计划保险用于 D 部分药物

---

药物清单仅显示 Medicare D 部分承保药物。除了 Medicare 承保的药物外，某些处方药还包含在您的 Medicaid 福利中。请参阅您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 药物清单以了解这些药物的承保情况。

只要您遵守本章所述的其他承保规则，并将药物用于医疗认可的适应症，我们通常都会承保本计划药物清单上的药物。医疗认可的适应症是指药物的使用满足以下条件：

- 经 FDA 批准用于所诊断的病症或处方适应症，或
- 得到某些参考文献的支持，例如《美国医院处方集服务药物信息》和《Micromedex DRUGDEX 信息系统》。

药物清单包括品牌药、仿制药和生物制药（可能包括生物仿制药）。

品牌药是指以药物制造商拥有的商标名销售的处方药。生物制药是比典型药物更复杂的药物。在药物清单中，当我们提到药物时，这可能意味着药物或生物制药。

仿制药是一种处方药，其活性成分与品牌药相同。生物制药可能有称为“生物仿制药”的替代药物。通常，仿制药和生物仿制药的效果与品牌药或原研生物制药一样好，且通常成本更低。许多品牌药有可用的仿制药替代品，一些原研生物制药也有生物仿制药替代品。部分生物仿制药属于可互换生物仿制药，根据各州法律规定，可在药房直接替代原研生物制药使用，无需重新开具处方，如同仿制药可替代品牌药一样。

请参阅第 12 章了解可能列入药物清单的药物类型的定义。

### 未列入药物清单的药物

Medicaid 承保的药物不包含在药物清单中。您可以访问 Medicaid 页面查看 Medicaid 承保的药物 [www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp](http://www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp)。

本计划并非承保所有处方药。

- 在某些情况下，法律不允许任何 Medicare 计划承保特定类型的药物。（如需了解更多信息，请参阅第 7 节。）
- 在其他情况下，我们决定不将某种药物纳入药物清单。
- 某些情况下，您或许能够获取未列入我们药物清单的药物。（如需了解更多信息，请参阅第 9 章。）

### 第 3.2 节 如何查询特定药物是否在药物清单中

如要查询某种药物是否在我们的药物清单中，您可以通过以下方式：

- 查阅我们通过电子方式提供的最新药物清单。
- 访问本计划的网站（[www.providencehealthassurance.com/formulary](http://www.providencehealthassurance.com/formulary)）。网站上的药物清单始终是最新版本。
- 致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），查询特定药物是否在本计划的药物清单中，或索要清单副本。
- 使用本计划的“实时福利查询工具”（[myrxss.com/ProvidenceMA](http://myrxss.com/ProvidenceMA)）搜索药物清单中的药物，估算您需支付的费用，并查看其中是否有可治疗相同病症的替代药物。您也可致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）

## 第 4 节 有承保限制的药物

---

### 第 4.1 节 为何某些药物有限制

对于某些处方药，特别规定限制了本计划的承保方式和时间。这些规则由医生和药剂师团队制定，旨在鼓励您和您的提供者以最有效的方式使用药物。如要了解这些限制是否适用于您正在服用或将服用的药物，请查阅药物清单。

如果某种安全、低成本的药物在疗效上与高成本药物相当，本计划的规则将建议您和您的提供者选择该低成本方案。

请注意，有时某种药物可能会多次出现在我们的药物清单中。这是因为相同药物会因您的健康护理提供者所开具的剂量、数量或剂型不同而存在差异（例如，10 毫克与 100 毫克；每日一次与每日两次；片剂与液体剂），稍有差异的药物可能适用不同的限制或费用分摊。

### 第 4.2 节 限制类型

如果您的药物存在限制，通常意味着您或您的提供者需要采取额外步骤才能获得承保。请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），了解您或您的提供者如何操作才能使该药物获得承保。如果希望我们为您取消此限制，您需要通过承保决定程序提出例外申请。我们可能会酌情为您解除限制。（详见第 9 章。）

## 提前获得计划批准

对于某些药物，您或您的提供者需要根据特定标准获得本计划的批准，我们才会同意为您承担该药物的费用。这被称为**事先授权**。此举旨在确保用药安全，并指导某些药物的合理使用。如果未获得此项批准，本计划可能无法为您承保该药物。如要获取本计划的事先授权标准，您可以致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），或访问我们的网站

<https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS PART D 2026 DSNP PA.pdf>。

## 先尝试另一种药物

此要求旨在鼓励您在请求本计划承保其他药物前先尝试性价比更高的药物。例如，如果药物 A 和药物 B 治疗，且药物 A 费用较低，本计划可能会要求您先尝试药物 A。如果药物 A 对您无效，本计划将承保药物 B。这种需先尝试其他药物的要求称为**分步治疗原则**。如要获取本计划的分步治疗原则，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），或访问我们的网站

<https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS PART D 2026 DSNP ST.pdf>。

## 数量限制

对于特定药物，我们限制您每次配药的数量。例如，如果某种药物通常认为每日仅需服用一片是安全的，我们可能会将您的处方承保限制在每日不超过一片。

## 第 5 节 如果您的其中一种药物未以您希望的方式承保，该怎么办

---

在某些情况下，您正在服用的处方药，或是您和您的提供者认为您应该服用的药物，可能不在我们的药物清单上或有限制。例如：

- 可能完全不承保该药物。或者，承保仿制药，不承保您要服用的品牌药。
- 承保该药物，但存在额外的承保规则或限制。

**如果您的药物未列入药物清单或受到限制，以下是可供选择的解决方案：**

- 您可能获得该药物的临时供应。
- 您可以更换其他药物。
- 您可以提出**例外申请**，要求本计划承保该药物或取消限制。

## 您或许能获得临时供应。

在特定情况下，本计划必须为您正在服用的药物提供临时供应。此临时供应让您有时间与提供者商讨变更方案。

如要获得临时供应资格，您所服用的药物须已不在本计划药物清单上，或者当前受到某些限制。

- 如果您是**新会员**，我们将在您加入计划后的前 90 天内提供药物临时供应。
- 如果您去年已加入本计划，我们将本日历年的前 90 天内提供药物临时供应。
- 临时供应最长持续 30 天。如果处方开具的天数较少，我们将允许多次配药以提供最长 30 天的药量。处方必须在网络药房配药。（请注意，长期护理药房可能分次提供较小剂量的药物以避免浪费。）
- 对于加入计划**超过 90 天且居住在长期护理机构急需用药的会员**：我们将提供特定药物 31 天的紧急供应，如果处方天数更少则按实际天数提供。此项供应不占用上述临时供应额度。

护理级别变更	供应天数
会员从专业护理机构过渡至长期护理机构	31 天
专业护理机构至居家（零售）	30 天
长期护理机构至长期护理机构	31 天
医院至居家（零售）	30 天

如有关于临时供应的疑问，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

在使用药物临时供应期间，您应与提供者商讨临时供应结束后的应对方案。您有 **2 种** 选择：

**选择 1：**您可以更换其他药物。

请与您的提供者讨论，看是否有本计划承保的其他药物对您同样有效。请致电客户服务 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）索取治疗相同病症的承保药物清单。该清单可协助您的提供者找到可能适合您的承保药物。

**选择 2：**您可以提出例外申请。

您与提供者可向本计划提出例外申请，请求按您期望的方式承保该药物。如果您的提供者认为存在需要例外申请的医疗原因，其可协助您提出例外申请。例如：您可以要求本计划承保未列入药物清单的药物。或要求本计划破例承保该药物且不设限制。

如果您或您的提供者想提出例外申请，请查阅第 9 章第 7.4 节了解具体操作流程。该章节详细说明了 Medicare 为确保您的申请得到及时公正处理而制定的程序与截止日期。

## 第 6 节 我们的药物清单可能在年度内变更

---

大多数药物承保变更发生在新年度开始时（1 月 1 日）。但本计划可能在年度中对药物清单进行一些调整。例如，本计划可能：

- 在药物清单中添加或移除药物。
- 增加或取消药物的承保限制。
- 将品牌药替换为仿制药。
- 将原研生物制药替换为可互换的生物仿制药。

所有药物清单变更均须遵循 Medicare 相关规定。

### 药物承保变更的相关信息

当药物清单发生变更时，我们会在网站公布相关调整信息。我们还会定期更新我们的在线药物清单。如果您正在使用的药物发生变更，有时您将直接收到通知。

### 本计划年度内可能影响您的药物承保的变更

- 新增药物至清单时，立即移除或调整同类药物。
  - 我们可能立即将同类药物从清单中移除，将其调整至不同的费用分摊等级，增加新限制，或同时进行两项变更。新款药物将适用相同或更少的限制条件。
  - 我们仅在以下情况会立即实施这些变更：药物清单新增品牌药的仿制药，或是增加某些已在目录中的原研生物制品的生物仿制药。
  - 我们可能立即执行这些调整并事后通知，即便您正在使用我们移除或调整的药物。如果变更时您正在使用这些药物，我们将告知您所作的具体调整。
- 药物清单的增删和同类药物的调整。
  - 当药物清单新增某药物的其他款式时，我们可能会移除同类药物、调整其费用分摊等级、增设限制条件，或同时进行多种变更。增添的新款药物将保持相同或更少的限制条件。
  - 此举仅适用于新增品牌药的仿制药，或新增清单中原研生物制药的生物仿制药。
  - 我们会在变更前至少提前 30 天通知您，或在变更后告知详情并为您正在服用的药物提供 30 天用量的承保。

- **移除撤市药物和不安全药物。**
  - 有时药物可能因安全问题或其他原因被勒令撤市。如果发生这种情况，我们会立即将其从药物清单中删除。如果您正在使用该药物，我们将在变更后通知您。
- **对药物清单中的药物作出其他调整。**
  - 我们可能在年度中途对您正在使用的药物作出其他调整。例如，我们会基于 FDA 黑框警告或 Medicare 认可的新临床指南作出变更。
  - 对于此类变更，我们会提前 30 天通知，或告知变更详情并额外承保您当前服用药物的 30 天用量。

如果您的用药发生任何变更，请与处方医生商讨最佳方案（包括换用其他治疗药物），或请求作出承保决定以满足新的用药限制。您或您的处方医生可向我们提出例外申请，以继续承保您正在使用的药物或特定款药物。如需了解关于如何要求作出承保决定（包括例外申请）的更多信息，请参阅第 9 章。

### 本计划年度内不影响您的药物清单变更

我们可能对药物清单进行上述说明未提及的特定调整。如果变更实施时您正在使用相关药物，此类变更将不适用于您；但如果您继续参与同一计划，这些变更很可能从下一计划年度的 1 月 1 日起对您产生影响。

通常不影响当前计划年度的变更包括：

- 我们对您的药物使用施加了新的限制。
- 我们将您的药物从药物清单中移除。

如果您使用的药物发生此类变更（撤市、仿制药替代品牌药或前文所述变更除外），该变更在次年 1 月 1 日前不会影响您的用药或自付费用。

本计划年度内我们不会直接通知您此类变更。您需要查阅下一计划年度的药物清单（开放参保期间提供），了解您所用药物的变更是否会影响下一计划年度。

## 第 7 节 我们不承保的药物类型

---

某些类型的处方药属于 *排除药物*。这意味着 Medicare 不支付这些药物的费用。

如果您提出上诉，且经认定该药物不属于 D 部分排除药物，我们将予以支付或承保。（如需了解关于上诉决定的信息，请参阅第 9 章。）如果本计划的排除药物同时被 Medicaid 计划排除，则需您自行承担费用。

以下是 Medicare 药物计划 D 部分不承保药物的 3 个通用原则：

- 本计划 D 部分不承保 Medicare A 部分或 B 部分应承保的药物。
- 本计划不承保在美国及其领土外购买的药物。
- 本计划不承保 *未经临床试验认可的* 药物使用——即该用法未获得美国医院处方集药物信息、Micromedex DRUGDEX 信息系统等权威文献支持。*未经临床试验认可的* 药物使用指未经 FDA 批准在药物标签标注用途之外的使用方式。

此外，根据法律规定，以下类别的药物不在 Medicare 承保范围内。不过，某些药物可能在您的 Medicaid 药物承保范围内。请查阅您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 药物清单以确认承保范围。

- 非处方药物（也称为 OTC 药物）
- 促生育药物
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药物
- 用于美容或促进生发的药物
- 处方维生素和矿物质产品（孕前维生素和氟化物制剂除外）
- 治疗性功能障碍或勃起功能障碍的药物
- 治疗厌食、体重减轻或增重的药物
- 厂家要求必须配套购买其指定检测或监测服务的门诊药物

如果您获得处方药费用额外帮助，该补助不会支付通常不予承保的药物。如果您通过 Medicaid 获得药物承保，州 Medicaid 可能承保 Medicare 药物计划通常不承保的药物。请联系您所在州的 Medicaid 以确定可享受的药物承保。（如需查询 Medicaid 的电话号码和联系信息，请参阅第 2 章第 6 节。）

---

## 第 8 节 如何配处方药

---

配处方药时请向所选网络药房提供本计划会员信息（详见会员卡）。网络药房将自动向本计划申报我们承担的药物费用份额。您取药时需向药房支付您承担的费用份额。如果某处方药不由 Medicare 承保但由 Medicaid 承保，则配药时需出示俄勒冈健康计划 (Medicaid) 卡。

如果未随身携带本计划会员信息，您或药房可致电本计划获取信息，亦可请药房查询本计划参保信息。

如果药房无法获取必要信息，您取药时可能需支付全额费用。此后您可向我们申请报销我们承担的份额。关于如何向本计划申请报销，请参阅第 7 章第 2 节。



## 第 9 节 特殊情况下的 D 部分药物承保

---

### 第 9.1 节 在本计划承保的医院或专业护理机构住院期间

如果您在本计划承保的医院或专业护理机构住院，我们通常将承担您住院期间的处方药费用。出院后，只要药物符合本章所述的所有承保规定，本计划将继续承保您的处方药。

### 第 9.2 节 作为长期护理 (LTC) 机构的居住者？

通常，长期护理 (LTC) 机构（如疗养院）为其居住者设有自属药房或使用统一供应药物的合作药房。如果您是 LTC 机构的居住者，只要该机构药房或其合作药房在我们的网络内，您即可通过其获取处方药。

请查阅 *提供者和药房目录* [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)，确认您所在 LTC 机构的药房或其合作药房是否在我们的网络内。如果不在，或您需要更多信息或帮助，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。如果您住在 LTC 机构，我们必须确保您能通过我们的 LTC 合作药房网络持续获得 D 部分福利。

如果您是 LTC 机构居住者且所需药物不在我们的药物清单上或受到某些限制，请参阅第 5.2 节了解获取临时或紧急供应的相关信息。

### 第 9.3 节 如果您同时享有雇主或退休团体计划的药物承保

如果您通过（或您的配偶或同居伴侣）雇主或退休团体拥有其他药物保险，请联系**该团体的福利管理员**。他们可协助您了解现有药物保险与本计划的协同运作方式。

一般而言，如果您拥有雇员或退休团体保险，从我们这里获得的药物承保将**作为您团体保险的次要补充**。这意味着您的团体保险将优先付款。

### 关于可抵扣保险的特殊说明

每年您的雇主或退休团体应向您发送通知，告知您下个日历年的药物承保是否达到可抵扣承保标准。

如果团体计划的保险是可抵扣的，这意味着本计划提供的药物保险预计平均赔付额度至少与 Medicare 的标准药物保险相当。

**请保留所有关于可抵扣保险的通知**，因为日后您可能需要这些通知来证明您持有可抵扣保险。如果您未收到可抵扣保险通知，请向您的雇主、退休人员计划福利管理员或雇主/工会索要一份副本。

## 第 9.4 节 如果您正在接受 Medicare 认证的临终关怀

临终关怀和本计划不会同时承保同一药物。如果您参保 Medicare 临终关怀，并且需要某些药物（例如，止吐药、泻药、止痛药或抗焦虑药），而这些药物因与您的终末期疾病及相关病情无关而不被您的临终关怀所承保，本计划必须收到来自处方医生或您的临终关怀提供者的通知，确认该药物与病情无关，之后本计划才能承保该药物。为避免延误获得本应由本计划承保的这些药物，请在配药前要求您的临终关怀提供者或处方医生提供通知。

如果您撤销了临终关怀选择或被解除临终关怀，本计划将按照本文件说明承保您的药物。为避免 Medicare 临终关怀福利结束时在药房出现任何延误，请携带相关文件到药房以核实您的撤销或解除状态。

## 第 10 节 药物安全和管理用药计划

---

我们进行药物使用审查，以确保我们的会员获得安全且适当的护理。

每次配药时，我们都会进行审核。我们也会定期检查记录。在这些审查中，我们会查找潜在问题，例如：

- 用药差错
- 因您服用另一种类似药物治疗同一病症而可能不必要的药物
- 因您的年龄或性别而可能不安全或不合适的药物
- 同时服用可能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
- 您所服用药物的剂量可能有误
- 阿片类止痛药的不安全剂量

如果我们发现您的用药过程中可能出现的问题，我们将与您的提供者协作解决问题。

### 第 10.1 节 药物管理项目 (DMP)，旨在帮助会员安全使用阿片类药物

我们有一个项目，旨在帮助确保会员安全使用处方阿片类药物及其他易被滥用的药物。该项目名为药物管理项目 (DMP)。如果您从多个处方医生或药房获取阿片类药物，或者近期曾发生过阿片类药物过量使用的情况，我们可能会联系您的处方医生，以确保您的用药是恰当且符合医疗上必要。与您的处方医生协作时，如果我们认为您使用处方类阿片或苯二氮草类药物可能不安全，我们可能会限制您获取这些药物。如果我们将您纳入 DMP，可能存在以下限制：

**第 5 章将计划保险用于 D 部分药物**

---

- 要求您所有的阿片类或苯二氮草类药物处方必须从特定药房获取。
- 要求您必须从特定处方医生处获取所有阿片类或苯二氮草类药物的处方。
- 我们将限制为您报销的阿片类药物或苯二氮草类药物的数量。

如果本计划限制您获取这些药物的方式或数量，我们将提前寄信通知您。这封信将告知您，我们是否对您使用这些药物设定了承保限制，或者您是否需要通过特定的处方医生或药房获取这些药物的处方。您将有机会告知我们您偏好的处方医生或药房，以及任何其他您认为重要的信息。在您有机会作出回应后，如果我们决定对这些药物的承保范围作出限制，我们将另行发送确认函告知具体限制内容。如果您认为我们的决定有误，或对我们的决定或限制有异议，您和您的处方医生均有权提出上诉。如果您提出上诉，我们将重新审议您的个案并作出新的决定。如果我们还是拒绝您有关药物获取限制的任何请求，我们将自动将您的个案呈递至本计划之外的独立审核机构进行处理。如需了解如何提出上诉，请查看第 9 章。

如果您患有某些特定疾病，例如癌痛或镰状细胞病，正在接受临终关怀、姑息治疗或安宁疗护，或居住在长期护理机构中，您将不会被纳入我们的 DMP。

**第 10.2 节 药物治疗管理 (MTM) 项目，旨在帮助会员管理药物**

我们有一个项目，可为会员提供针对复杂健康需求的协助。我们提供的项目名为药物治疗管理 (MTM) 项目。本项目为自愿参与，且完全免费。由药剂师和医生组成的团队为我们制定了该项目，旨在确保我们的会员能够从所服药物中获得最佳疗效。

某些患有特定慢性疾病、用药费用超过一定额度或正在参与 DMP 以安全使用阿片类药物的会员，可能符合通过 MTM 项目获得服务的条件。如果您符合该计划的条件，药剂师或其他医疗专业人员将为您全面审核所有药物。在咨询过程中，您可以讨论您正在服用的药物、相关费用，以及关于处方药和非处方药的任何问题或疑虑。您将收到一份书面总结，其中包含建议待办事项清单，指导您如何通过具体步骤获得最佳疗效。您还将收到一份药物清单，其中包含您正在服用的所有药物、剂量、服用时间及原因。此外，MTM 项目的会员还将获取关于管制处方药物安全处理的信息。

不妨与您的医生讨论一下建议事项清单和用药清单。就诊或与医生、药剂师及其他医护人员沟通时，请随身携带这份摘要。请及时更新您的药物清单并随身携带（例如与身份证放在一起），以备前往医院或急诊室之需。

如果我们有符合您需求的项目，我们将自动为您注册并发送相关信息。如果您决定不参加，请通知我们，我们将为您办理退出手续。有关此项目的疑问，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

## 第 6 章： 您需为 D 部分药物支付的费用

### 第 1 节 您需为 D 部分药物支付的费用

---

在本章中，“药物”特指 D 部分处方药。并非所有药物都属于 D 部分药物。法律规定，某些药物不在 D 部分承保范围内。部分被 D 部分排除承保的药物，可能由 Medicare A 部分、B 部分或 Medicaid 承保。

如要了解支付信息，您需要知道承保哪些药物、何处配处方药以及获取承保药物时应遵循的规则。第 5 章对这些规则进行了解释。当您使用本计划的“实时福利查询工具”查询药物承保情况时 ([myrxss.com/ProvidenceMA](http://myrxss.com/ProvidenceMA))，所显示的费用为您预计自付费用的估算值。您也可致电客服热线 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）获取“实时福利查询工具”提供的信息。

#### 如何获取药物费用相关信息？

由于您符合 Medicaid 资格，您有资格并正在获得 Medicare 的额外帮助以支付处方药计划费用。因享有额外帮助，本承保范围说明书中关于 D 部分处方药费用的部分内容可能不适用于您。我们已向您寄送了一份名为《获得处方药付款额外帮助人员的承保说明书附加条款》（也称为“低收入补贴附加条款”或“LIS 附加条款”）的单独插页，其中说明了您的药物承保。如果您未收到此插页，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）索取 LIS 附加条款。

#### 第 1.1 节 承保药物可能产生的自付费用类型

承保的 D 部分药物可能涉及 3 种不同类型的自付费用：

- **免赔额：**指在本计划开始支付我们承担的份额前您需自行支付的药物金额。
- **共付额：**指每次配药时需支付的固定金额。
- **共同保险：**指每次配药时按总费用百分比支付的金额。

#### 第 1.2 节 Medicare 计算您自付费用的方式

Medicare 对于哪些费用计入、哪些不计入您的自付费用有明确规定。以下是我们在计算您的自付费用时必须遵循的规则：

## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

---

### 这些支付款项将计入您的自付费用

您的自付费用**包括**以下付款（前提是这些付款针对的是承保的 D 部分药物，且您遵守了第 5 章所述药物承保规则）：

- 您在以下药物付款阶段产生的药费：
  - 初始承保阶段
- 本日历年内加入本计划前，您作为其他 Medicare 药物计划会员支付的费用
- 亲友为您支付的药费
- 通过 Medicare 额外帮助、雇主或工会健康计划、印第安健康服务、艾滋病药物援助计划及大多数慈善机构为您支付的药费

### 进入重大伤病承保阶段：

当您（或代付方）在本日历年内的自付费用累计达到 2,100 美元时，您将从初始承保阶段进入重大伤病承保阶段。

---

### 这些支付款项不计入您的自付费用

您的自付费用**不包括**以下任何类型的支付：

- 在美国及其领地以外购买的药物
- 不由本计划承保的药物
- 在不满足计划网络外承保要求的药房获取的药物
- 非 D 部分药物（包括 A 部分或 B 部分承保的处方药以及 Medicare 排除承保的其他药物）
- [针对 Medicare 药物计划通常不承保药物的支付](#)
- 由 TRICARE 和退伍军人事务部医疗管理局 (VA) 等特定保险计划和政府资助健康项目支付的药费
- 负有处方药费用法定支付义务的第三方支付的费用（如 Workers' Compensation）
- 通过制造商折扣计划由药物生产商支付的费用

**温馨提示：**如果其他类似上述所列机构支付了您的部分或全部药物自付费用，请务必致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）告知本计划。

---

## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

### 追踪您的自付费用总额

- 您收到的 *D 部分福利说明*(EOB) 中包含您当前自付费用的累计总额。当该金额达到 2,100 美元时，D 部分 EOB 将告知您已脱离初始承保阶段，进入重大伤病承保阶段。
- 请确保我们掌握所需信息。请查阅第 3.1 节了解如何协助我们确保您的费用记录完整且最新。

## 第 2 节 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 会员的药物付款阶段

---

您的 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 药物承保包含 **3 个药物付款阶段**。您每次配药或续配时支付的金额取决于您所处的付款阶段。本章将详细说明每个阶段的具体内容。阶段包括：

- **第 1 阶段：年度免赔额阶段**
- **第 2 阶段：初始承保阶段**
- **第 3 阶段：重大伤病承保阶段**

## 第 3 节 您的 *D 部分福利说明*将解释您所处的付款阶段

---

本计划会持续追踪您在药房配药时的处方药费用及支付记录。通过这种方式，我们能及时告知您何时进入下一个药物付款阶段。我们跟踪 2 种类型的费用：

- **自付费用：**即您实际支付的金额。包括您购买 D 部分承保药物时的支付、亲友代为支付的药费，以及通过 Medicare 额外帮助、雇主或工会健康计划、印第安健康服务、艾滋病药物援助计划、慈善机构和大多数州药物援助计划 (SPAPs) 支付的药费。
- **总药物费用：**这是您所有承保 D 部分药物支付的总金额。包含本计划支付金额、您个人支付金额以及其他机构为您承保 D 部分药物支付的费用。

如果您在上个月通过本计划配取了一或多张处方，我们将向您寄送一份 *D 部分 EOB*。*D 部分 EOB* 包含：

- **该月相关信息。**本报告提供您上个月配取处方的支付明细。其中显示总药费、本计划支付金额以及您或他人代付金额。
- **自 1 月 1 日起的年度累计。**自年初以来您的药物总费用和累计支付总额。
- **药物价格信息。**每笔相同数量处方索赔的总药价及与首次配药的价格变动情况。
- **可供选择的更低成本的替代处方。**在适用情况下，每笔处方索赔中可供选择的更低费用分摊替代药物信息。

## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

### 第 3.1 节 协助我们及时更新您的药物支付记录

我们通过药房记录来追踪您的药费及支付情况。您可通过以下方式帮助我们保持信息准确及时：

- **每次配药时出示会员卡。**这有助于确保我们掌握您的配药记录和支付情况。
- **确保我们掌握了所需信息。**有时您可能需要全额支付处方药费用，此类情况下我们无法自动获取追踪您自付费用所需的信息。请提供付款收据副本以便我们准确记录您的自付费用。**需提交药物收据副本的情况包括：**
  - 在网络药房以特价购买承保药物，或使用非本计划福利的折扣卡时；
  - 通过药企患者援助计划获取药物并支付共付额时；
  - 在任何非网络药房购买承保药物，或特殊情况下全额支付承保药物费用时。
  - 如果您被收取承保药物费用，可要求本计划支付我们承担的部分。具体操作指南请参阅第 7 章第 2 节。
- **请告知他人为您代付的相关信息——**特定个人或组织为您支付的费用也会计入您的自付金额。例如，由艾滋病药物援助计划 (ADAP)、印第安人健康服务机构和慈善机构支付的费用会计入您的自付费用中。请保留这些支付的记录并寄送给我们，以便我们追踪您的花费。
- **请查看我们发送给您的书面报告。**当您收到 *D 部分 EOB* 时，请仔细检查以确保信息完整准确。如有遗漏或疑问，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。务必保管好这些报告。

## 第 4 节 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 无免赔额

---

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 无免赔额。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 无免赔额。当您填写年度首张处方时，即进入初始承保阶段。关于初始承保阶段的承保详情，请参阅第 5 节。

## 第 5 节 初始承保阶段

---

### 第 5.1 节 药物支付金额取决于具体药物及配药地点

在初始承保阶段，本计划将支付承保药物费用的分摊部分，您需支付自付部分（即共付额）。您的费用分摊比例将因药物不同及配药地点差异而有所变化。

## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

### 您的药房选择

药物支付金额取决于获取渠道：

- 连锁零售药房
- 不在本计划网络内的药房。我们仅在有限情况下承保网络外药房配发的处方。请查阅第 5 章第 2.5 节了解网络外药房处方配药承保的具体情形。
- 本计划中的邮购药房服务。

如需了解更多关于药房选择及配处方药服务的信息，请参阅第 5 章及本计划 *药房目录* [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)。

### 第 5.2 节 承保药物一个月用量的费用

在初始承保阶段，承保药物的自付部分将以共付额形式体现。

有时药物实际费用可能低于共付额标准。此类情况下，您只需支付实际药物费用而非共付额。



## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

## D 部分承保药物一个月用量的费用

	标准网络内零售-费用分摊  (最多 30 天的用量)	邮购费用分摊  (最多 30 天的用量)	长期护理 (LTC) 费用分摊  (最多 31 天的用量)	网络外费用分摊  (承保仅限于特定情况；详见第 5 章。)  (最多 30 天的用量)
费用分摊	对于仿制药，每份处方您支付 0 美元、1.60 美元或 5.10 美元的共付额  对于其他所有药，每份处方您支付 0 美元、4.90 美元或 12.65 美元的共付额	对于仿制药，每份处方您支付 0 美元、4.90 美元或 12.65 美元的共付额  对于其他所有药，每份处方您支付 0 美元、4.90 美元或 12.65 美元的共付额	对于仿制药，每份处方您支付 0 美元、1.60 美元或 5.10 美元的共付额  对于其他所有药，每份处方您支付 0 美元、4.90 美元或 12.65 美元的共付额	对于仿制药，每份处方您支付 0 美元、1.60 美元或 5.10 美元的共付额  对于其他所有药，每份处方您支付 0 美元、4.90 美元或 12.65 美元的共付额

如需了解更多关于 D 部分疫苗费用分摊的信息，请参阅第 8 节。

## 第 5.3 节 如果医生开具的处方少于整月供应量，您可能无需支付整月费用

通常情况下，您支付的药费涵盖整月供应量。有时您或您的医生可能希望获得少于整月的药物供应（例如首次尝试某种药物时）。如果有助于更好地规划续药时间，您也可请医生开具、药剂师配发少于整月的供应量。

如果获得的特定药物少于整月供应量，则无需支付整月费用。

- 如果需承担共付保险，您需支付药物总费用的一定比例。由于共同保险基于药物总费用，当药物总费用降低时您的支付额也会相应减少。
- 如果需承担药物的共付额，则仅按实际获取的天数支付而非整月费用。我们会计算您每日的药物支付额（每日费用分摊费率），并乘以实际获取的天数。

## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

### 第 5.4 节 长期最多 90 天用量的 D 部分承保药物费用

部分药物可获取长期供应（亦称延长供应）。长期供应最多为 90 天用量。

#### 关于长期（最多 90 天）D 部分承保药物的费用

	标准零售费用分摊 (网络内) (最多 90 天的用量)	邮购费用分摊 (最多 90 天的用量)
费用分摊	对于仿制药，每份处方您支付 0 美元、1.60 美元或 5.10 美元的共付额	对于仿制药，每份处方您支付 0 美元、1.60 美元或 5.10 美元的共付额
	对于其他所有药，每份处方您支付 0 美元、4.90 美元或 12.65 美元的共付额	对于其他所有药，每份处方您支付 0 美元、4.90 美元或 12.65 美元的共付额

### 第 5.5 节 当年度自付费用达到 2,100 美元前，您将始终处于初始承保阶段

在初始承保阶段，您将一直停留直至自付费用总额达到 2,100 美元。之后您将进入重大伤病承保阶段。

您收到的 *D 部分 EOB* 将帮助您跟踪本年度内您本人、本计划及任何第三方为您支付的费用金额。并非所有会员都会在一年内达到 2,100 美元的自付费用上限。

一旦您达到这个金额，我们会通知您。如需了解更多关于 Medicare 如何计算您的自付费用的信息，请参阅 1.3 节。

## 第 6 节 重大伤病承保阶段

在重大伤病承保阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。当您的自付费用达到日历年 2,100 美元 上限时，即进入重大伤病承保阶段。一旦进入重大伤病承保阶段，您将保持该支付状态直至该日历年结束。

- 在此付款阶段，您无需为您的 D 部分承保药物支付任何费用。

## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

### 第 7 节 附加福利信息

---

1. 试纸和血糖仪仅限于计划指定的首选制造商。所有医疗用品和/或设备均应通过网络内零售药房提供和安排。
2. 复合药物限制为 30 天的用量。
3. 美国食品药品监督管理局 (FDA) 不审查散装粉末和化学品，因此这些不符合 D 部分药物的定义，不在承保范围内。
4. 休假承保的最长期限为 30 天。

### 第 8 节 您需为 D 部分疫苗支付的费用

---

**关于疫苗支付的重要说明**——部分疫苗被视为医疗福利并由 B 部分承保，其他疫苗则视为 D 部分药物。您可在本计划的药物清单中查找这些疫苗。本计划免费承保大多数成人 D 部分疫苗。关于具体疫苗的承保和费用分摊详情，请查阅本计划药物清单或致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

我们对 D 部分疫苗的承保包含 2 个部分：

- 第一部分是**疫苗本身**的费用。
- 第二部分是**接种服务**的费用。（这有时被称为疫苗接种费）。

D 部分疫苗的费用取决于 3 个因素：

1. **该疫苗是否获得免疫实践咨询委员会 (ACIP) 推荐用于成人。**
  - 大多数成人 D 部分疫苗均获 ACIP 推荐，您无需支付费用。
2. **疫苗接种地点。**
  - 可能在药房或医生诊所接种疫苗。
3. **谁为您进行疫苗接种。**
  - 药剂师或其他提供者可以在药房为您进行疫苗接种。或者，提供者也可以在医生诊所提供为您接种。

您在接种 D 部分疫苗时支付的费用可能会因具体情况和您所处的**药物付款阶段**而有所不同。

- 接种疫苗时，您可能需要自行承担疫苗本身的全部费用以及接种服务费。您可以向本计划申请报销我们应承担的部分费用。对于大多数成人 D 部分疫苗，这意味着您所支付的费用将获得全额报销。

## 第 6 章您需为 D 部分处方药支付的费用

- 有时，根据您的 D 部分福利，接种疫苗时您仅需支付您个人承担的部分费用。对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。

以下是获取 D 部分疫苗的 3 个示例方式。

**情况 1：** 您可以在网络药房接种 D 部分疫苗。您是否有此选择，取决于您所在的地方。某些州不允许药房提供某些疫苗。

- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您无需支付任何费用。
- 对于其他 D 部分疫苗，您需向药房支付共付额，涵盖疫苗本身及接种服务的费用。
- 本计划将承担剩余费用。

**情况 2：** 您可以在医生诊所接种 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接种服务费。
- 您随后可要求本计划按照第 7 章中描述的程序，支付我们应承担的费用。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您所支付的费用将获得全额报销。对于其他 D 部分疫苗，您所支付的金额将获得报销，但需扣除疫苗（包括接种服务）的任何共付额，以及医生收费与我们通常支付标准之间的差额。如果您获得额外帮助，我们将为您报销这笔差额。

**情况 3：** 您在网络药房购买了 D 部分疫苗本身，然后带到医生诊所，由他们为您接种疫苗。

- 对于多数成人 D 部分疫苗，疫苗本身无需支付费用。
- 对于其他 D 部分疫苗，您需向药房支付疫苗本身的共同保险或共付额。
- 当您的医生为您接种疫苗时，您可能需要支付该服务的全部费用。
- 随后，您可依据第 7 章规定的程序，要求本计划支付我们应承担的费用份额。
- 对于大多数成人 D 部分疫苗，您所支付的费用将获得全额报销。对于其他 D 部分疫苗，您将获得所支付金额的报销，但需扣除疫苗管理的共同保险，并扣除医生收费金额与我们通常支付标准之间的差额。如果您获得额外帮助，我们将为您报销这笔差额。

## 第 7 章

# 要求我们支付承保医疗服务或药物账单中我们应承担的部分

### 第 1 节 应要求我们支付承保服务或药物费用的情况

---

我们的网络内提供者会直接向本计划申报您已承保的服务和药物费用。如果您收到医疗护理或药物的全款账单，请将该账单寄送给我们以便支付。收到账单后，我们将审核并判定相关服务和药物是否属于承保范围。如果确认应予以承保，我们将直接向提供者支付费用。

如果您已支付 **Medicare** 服务或本计划承保项目的费用，可要求本计划进行退款（退款通常称为**报销**）。当您为本计划承保的医疗服务或药物支付超过自身应承担份额时，有权获得本计划的退款。申请退款可能需遵守截止日期规定。请参阅本章第 2 节。当您寄送已支付账单时，我们将审核并判定相关服务或药物是否属于承保范围。如果确认应予以承保，我们将为您报销相关服务或药物费用。

有时您可能收到提供者账单，要求您支付医疗护理全款或超出费用分摊的份额。首先，尝试与提供者解决账单问题。如果与提供者沟通无果，请将账单寄送给我们而非直接支付。我们将审核账单并判定相关服务是否属于承保范围。如果确认应予以承保，我们将直接向提供者支付费用。如果决定不予支付，我们将通知提供者。您支付的费用不应超过计划允许的费用分摊。即使该提供者属合约机构，您仍享有接受治疗的权利。

以下情形您可能需要要求本计划进行退款或支付收到的账单：

#### 1. 当您从非本计划网络内的提供者处获得急诊或急需医疗护理时

- 您可以从任何提供者处获得急诊或急需服务，无论该提供者是否加入我们的网络。遇到这些情况时，请要求提供者向本计划提交账单。
- 如果您在接受服务时已全额自付费用，可向我们申请报销。请将账单以及您已支付费用的证明文件一并寄送给我们。
- 有时您可能会收到提供者发送的账单，要求支付您认为不应承担的费用。请将该账单连同已付款凭证一并提交给我们。
  - 如果确实存在应付费用，我们将直接向提供者支付。
  - 如果您已支付服务费用，我们将向您进行退款。

## 2. 当网络内提供者发送您认为不应支付的账单时

网络内提供者应始终直接向本计划提交账单。但有时他们会出错并向您收取服务费用。

- 每当收到网络内提供者的账单时，请将其寄给我们。我们将直接联系提供者解决账单问题。
- 如果您已向网络提供者支付账单，请将账单及付款凭证一并寄送给我们。请向我们申请报销您已支付的费用。

## 3. 如果您是追溯性加入本计划

有时参保人的计划投保具有追溯效力（即其投保起始日可追溯至过往日期。甚至可能追溯到去年。）

如果您属于追溯性参保的情况，且在投保日期后已自费支付了承保服务或药物费用，可向我们申请报销我们应承担的部分。您需要提交收据和账单等文件材料以便我们处理退款。

## 4. 当您使用网络外药房配药时

如果前往网络外药房，药房可能无法直接向我们提交索赔申请。此时您需要全额支付处方费用。

请保留收据并在申请报销时将复印件寄送给我们。请注意，我们仅在有限情况下承保网络外药房费用。请查阅第 5 章第 2.5 节了解相关具体情况。我们可能不会退还您在网络外药房支付的药费与我们网络内药房应支付金额之间的差价。

## 5. 当您因未携带本计划会员卡而全额支付处方药费用时

如果未携带本计划会员卡，可要求药房致电本计划或查询参保信息。如果药房无法即时获取所需参保信息，您可能需要自行承担处方药全额费用。

请保留收据并在申请报销时将复印件寄送给我们。如果您支付的现金价格高于我们的处方药协议价，我们可能不会全额退还您支付的费用。

## 6. 在其他情况下全额支付处方药费用时

您可能因发现药物因故不在承保范围内而需全额支付。

- 例如，该药物可能未列入本计划药物清单，或存在您未知晓或认为不应适用的限制条件。如果决定立即获取该药物，您可能需要全额支付费用。
- 请保留收据并在申请退款时向我们提供复印件。某些情况下，我们可能需要向您的医生获取更多信息才能支付我们应承担的药费份额。如果您支付的现金价格高于我们的处方药协议价，我们可能不会全额退还您支付的费用。

当我们收到您的付款申请时，将审核该申请并判定相关服务或药物是否应属于承保范围。这称为**承保决定**。如果判定应予承保，我们将支付相应服务或药物的应承担份额。如果拒绝您的付款申请，您可以对此决定提出上诉。第 9 章载有如何进行上诉的相关信息。

## 第 2 节 如何要求我们报销或支付您收到的账单

您可通过书面申请要求退款。如果提交书面申请，请附上账单及已支付款项的证明文件。建议您留存账单和收据的复印件作为记录。**您必须在获取服务、物品或药物之日起 12 个月内向我们提交索赔申请。**

为确保您提供所有必要信息以便我们做出决定，您可通过填写索赔申请表来提交付款申请。

- 您并非必须使用该表格，但填写表格将有助于我们加速处理信息。
- 请从我们的网站（[www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms)）下载表格副本，或致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）索要表格。
- 药物索赔请包含以下信息：药房名称、地址及电话号码；处方编号；服务日期；药物名称；国家药物代码 (NDC)；数量和天数用量；提供方名称；会员自付费用/责任。
- 医疗及行为健康索赔请包含以下信息：提供者名称、地址及电话号码；税号；服务日期；诊断结果；项目描述及可提供的程序代码；相关医疗记录；收费和支付金额。

请将付款申请连同所有账单或已付款收据邮寄至以下地址：

医疗索赔	D 部分处方药索赔
Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125

## 第 3 节 我们将考虑您的支付要求，并表示同意或不同意

收到您的付款申请后，如果需要补充材料我们会主动联系您。否则我们将直接审核申请并作出承保决定。

- 如果认定医疗或药物属于承保范围且您遵守所有规定，我们将支付相应服务或药物的费用份额。如果您已支付服务或药物费用，我们将邮寄我们应承担份额的退款。如果您全额支付药物费用，可能无法获得全额退款（例如从非网络药房购药，或支付的现金价格高于我们的协商价格）。如果尚未支付费用，我们将直接向服务提供方付款。

- 如果认定医疗护理或药物不在承保范围内，或您未遵守所有规定，我们将不承担相应费用份额。我们将致函说明拒付理由以及您上诉该决定的权利。

### **第 3.1 节 如果我们通知您不承担医疗或药物费用份额，您可以提出上诉**

如果您认为我们在拒绝您的付款请求或支付金额方面存在错误，您可以提出上诉。提出上诉意味着您要求我们更改当初拒绝付款请求时所作的决定。上诉流程是一个包含详细程序和重要截止日期的正式程序。有关如何提出上诉的详细信息，请参阅第 9 章。



## 第 8 章： 您的权利和责任

### 第 1 节 本计划必须尊重您的权利和文化敏感性

---

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Russian, Chinese (Simplified), Arabic, and Somali and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service at 503-574-8000 or 1 800 603 2340 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist, or finding a network specialist, call to file a grievance with Customer Service at 503-574-8000 or 1-800-603-2340 (TTY: 711). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

**Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita, ruso, árabe, chino (simplificado) y somalí. También podemos proporcionarle los materiales en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con nuestro plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

Chương trình của quý vị được yêu cầu để đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả y tế và phi y tế, được cung cấp một cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không chỉ gồm việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo ghi chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại nhắn tin hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga, tiếng Trung (Giản thể), tiếng Ả Rập và tiếng Somali. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711).

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho những người ghi danh là nữ những tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cung cấp một chuyên khoa không có sẵn, thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy không thể tìm được bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, gặp chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ, hoặc tìm một chuyên gia trong mạng lưới, hãy gọi để nộp khiếu nại với Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân Quyền bằng cách gọi 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

**Раздел 1.1. Мы должны предоставлять информацию таким образом, чтобы она была понятна вам и соответствовала вашим культурным особенностям (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах)**

Наш план обязан обеспечить, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учетом культурных особенностей и были доступны для всех участников плана, включая тех, кто плохо владеет английским языком, имеет ограниченные навыки чтения, плохо слышит или имеет различное культурное и этническое происхождение. Примеры того, как наш план может выполнить эти требования доступности, включают, но не ограничиваются предоставлением услуг переводчика, устного переводчика, телетайпа или подключения телетайпа (текстового телефона или телетайпа).

В нашем плане предусмотрены бесплатные услуги переводчиков, которые могут ответить на вопросы участников, не говорящих по-английски. Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском, русском, китайском (упрощенном), арабском и сомалийском языках. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это необходимо. Мы обязаны предоставлять вам информацию о льготах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном для вас формате, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Наш план обязан предоставлять женщинам возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения плановых и профилактических медицинских услуг.

Если поставщики, входящие в сеть плана по какой-либо специальности, недоступны, план несет ответственность за поиск поставщиков, не входящих в сеть плана, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только расходы по схеме обслуживания в сети. Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, покрывающих необходимую вам услугу, позвоните в план и узнайте, куда можно обратиться, чтобы получить эту услугу на условиях распределения расходов в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана в доступном и подходящем для вас формате, посещением специалиста по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, обратитесь с жалобой в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (телетайп: 711). Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по номеру 1-800-368-1019 или телетайп 1-800-537-7697.

### **القسم 1.1 يجب علينا أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك وتتوافق مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بطريقة برايل أو مكتوبة بحروف كبيرة أو التنسيقات البديلة الأخرى، وما إلى ذلك)**

تتطلب خطتنا ضمان أن يتم تقديم جميع الخدمات، سواء كانت سريرية أو غير سريرية، بطريقة تراعي الكفاءة الثقافية وتجعلها في متناول جميع المسجلين، بمن فيهم ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، ومهارات القراءة المحدودة، وضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ومن الأمثلة على كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة، أو خدمات المترجمين الفوريين، والمبرقات الكاتبة، أو اتصال TTY (هاتف نصي أو مبرقة كاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة للإجابة على أسئلة الأعضاء غير الناطقين باللغة الإنجليزية. كما يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات الإسبانية والفيتنامية والروسية والصينية (المبسطة) والعربية والصومالية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك المواد بطريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون تحمل أي تكلفة إذا كنت في حاجة إلى ذلك. كما أننا مطالبون بأن نقدم إليك معلومات حول فوائد خطتنا بتنسيق يسهل الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة المناسبة لك، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711).

تتطلب خطتنا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة خطتنا لتخصص معين متاحين، فإن مسؤولية خطتنا تكمن في تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون إليك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، لن تدفع سوى المبلغ الذي تدفعه عادةً عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة. وإذا اكتشفت أنه يتعذر وجود اختصاصيين في شبكة خطتنا لتغطية خدمة تحتاج إليها، فاتصل بخطتنا للحصول على معلومات حول مكان الحصول على هذه الخدمة بالتكلفة نفسها التي تتحملها عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة.

**第 8 章您的权利和责任**

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق مناسب لك ويمكن الوصول إليه، أو رؤية اختصاصي صحة المرأة، أو العثور على اختصاصي شبكة، فاتصل لتقديم شكوى إلى خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711). يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية من خلال الاتصال بـ 1-800-368-1019 أو الاتصال بـ 1-800-537-7697 بالنسبة إلى مستخدمي TTY.

**第 1.1 部分** 我们必须以符合您需求且尊重您文化敏感性的方式提供信息（包括以英语以外的语言、盲文、大字体或其他替代格式等）。

本计划旨在确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景的方式提供，并且方便于所有参保人，包括英语能力有限者、阅读能力有限者、听力障碍者，以及具有多元文化和种族背景的人群。本计划满足这些无障碍要求的方式，包括但不限于提供翻译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）沟通服务。

非英语母语的会员在使用本计划服务时如果遇到疑问，可借助我们提供的免费口译服务获得解答。本文件可免费提供西班牙语、越南语、俄语、简体中文、阿拉伯语和索马里语版本。如果您需要，我们还可以免费为您提供盲文、大字体或其他替代格式的材料。我们必须以方便您且适合您的方式向您提供有关计划福利的信息。如需以符合您需求的方式从我们这里获取信息，请拨打 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部。

本计划必须为女性参保人提供专属选择，使她们能够直接联系网络内的女性健康专科医生，获取女性常规及预防健康护理服务。

如果本计划网络内某专科的提供者无法提供服务，本计划有责任为您寻找网络外的专科提供者，以确保您获得必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内的分担费用。如果您发现，在本计划的网络内没有专科医生可提供所需服务，请致电本计划，了解如何以网络内费用分摊的方式获得该服务。

如果您遇到任何困难，包括以方便您且适合您的方式获取本计划信息、看女性健康专科医生，以及寻找网络内专科医生，请致电客户服务部提交投诉：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY：711）。您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉，或直接拨打 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，联系公民权利办公室。

**Qaybta 1.1 Waa inaan ku siino macluumaadka qaab adiga kugu habboon oo waafaqsan fahamka dhaqankaaga (luqadaha aan ka ahayn Ingiriisiga, qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan, iwm.)**

Qorshaheenu wuxuu u baahan yahay inaan hubinno in dhammaan adeegyada, oo ay ku jiraan kuwa klinikal iyo kuwa aan klinikal ahayn labadaba, loo bixiyo hab dhaqan ahaan ku habboon oo ay heli karaan dhammaan dadka isdiiwaangashan, oo ay ku jiraan dadka leh aqoonta luqadda Ingiriisiga oo xaddidan, xirfadaha akhriska oo xaddidan, naafo maqal ah, ama dadka leh dhaqamo kala duwan iyo asal qowmiyadeed. Tusaalooyinka sida qorshahayagu u buuxin karo shuruudaha helitaanka waxa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn, bixinta adeegyada turjubaanka, adeegyada tarjumaanka, qalabka qoraalka ee maqalka, ama xiriirka TTY (taleefan qoraal ah ama qalabka farriimaha qoraalka ah).

Qorshahayagu waxa uu leeyahay adeegyo turjubaan oo bilaash ah oo diyaar u ah si looga jawaabo su'aalaha la waydiiyo xubnaha aan ku hadlin luqadda Ingiriisiga. Dukumeentigan waxaa lagu heli karaa lacag la'aan ah luqadaha Isbaanishka, Fiyatnaamiis, Ruushka, Shiine (La fududeeyay), Carabiga, iyo Soomaaliga. Waxaan sidoo kale ku siin karnaa agab qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan lacag la'aan haddii aad u baahan tahay. Waxaan u baahannahay inaan ku siino macluumaadka ku saabsan faa'iidooyinka qorshahayaga qaab ku fudud in la fahmo oo kugu habboon. Si aad macluumaad nooga hesho qaab kugu habboon, fadlan ka wac Adeegga Macaamiisha lambarka 503-574-8000 ama 1 800 603 2340 (Isticmaalayaasha TTY wac 711).

Qorsheheenu wuxuu u baahan yahay inaan siino qof dumar ah ee isdiiwaangashan ikhtiyaarka helitaanka tooska ah ee dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan gudaha shabakadda si ay u helaan adeegyada daryeelka caafimaadka ee joogtada ah iyo ka hortagga haweenka.

Haddii bixiyeyaasha ee ku jira shabakadda qorshaheenu aan la heli karin, waxaa mas'uuliyadda qorshaheena inaan helno bixiyeyaal takhasus leh oo ka baxsan shabakadda kuwaas oo ku siin doona daryeelka lagama maarmaanka ah. Xaaladdan, waxaad bixin doontaa oo keliya kharashka-wadaagga shabakadda gudaha. Haddii aad isku aragto xaalad aysan jirin dhakhaatiir takhasus leh oo ku jira shabakada qorshahayaga oo daboolaya adeegga aad u baahan tahay, wac qorshahayaga macluumaadka ku saabsan halka aad u tagto si aad u hesho adeeggan kharashka-wadaagga shabakada gudaha.

## 第 8 章您的权利和责任

---

Haddii aad haysato wax dhibaato ah oo ku saabsan helitaanka macluumaadka qorshahayaga qaab la heli oo kugu habboon, la kulanka dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan, ama helitaanka takhasuska shabakadda, wac Adeegga Macaamiisha si aad cabasho u gudbiso lambarka 503-574-8000 ama 1-800-603-2340 (TTY: 711). Waxaad sidoo kale cabasho u gudbin kartaa Medicare adigoo wacaya 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ama si toos ah ula xiriiri kara Xafiiska Xuquuqda Madaniga ah (Office for Civil Rights) adigoo wacaya 1-800-368-1019 ama TTY 1-800-537-7697.

### 第 1.2 节 我们必须确保您及时获得承保的服务和药物

您有权选择本计划网络内的初级护理提供者 (PCP) 来提供和安排您的承保服务。您无需转介即可预约网络内提供者

您有权在合理时间内获得本计划网络提供者的预约和承保服务。这包括在需要时及时获得专科医生服务的权利。您还有权在我们的任何网络药房配药或续药，无需长时间等待。

如果您认为未能及时获得医疗护理或 D 部分药物，第 9 章将说明您可以采取的措施。

### 第 1.3 节 我们必须保护您个人健康信息的隐私

联邦和州法律保护您医疗记录和个人健康信息的隐私。我们按照这些法律要求保护您的个人健康信息。

- 您的个人健康信息包括您加入本计划时提供的个人信息，以及您的医疗记录和其他医疗健康信息。
- 您拥有与您信息相关的权利，并可以控制健康信息的使用方式。我们会向您提供名为《隐私惯例通知》的书面文件，说明这些权利并解释我们如何保护您健康信息的隐私。

#### 我们如何保护您健康信息的隐私？

- 我们确保未经授权的人员无法查看或更改您的记录。
- 除下述情况外，如果我们打算将您的健康信息提供给非护理提供者或支付护理费用的人员，我们必须首先获得您或您授予法定决策权的人的书面许可。
- 存在某些不需要我们事先获得您书面许可的例外情况。法律允许或要求这些例外情况。
  - 我们需按要求向检查护理质量的政府机构提供健康信息。
  - 由于您是通过 Medicare 加入本计划的会员，我们必须向 Medicare 提供您的健康信息，包括 D 部分处方药信息。如果 Medicare 为研究或其他用途披露您的信息，将根据联邦法规执行；通常要求不得共享能唯一识别您身份的信息。



## 您可以查看记录中的信息并了解其共享情况

您有权查阅本计划持有的医疗记录，并获取记录副本。我们可对复印服务收取相应费用。您同样有权要求我们对您的医疗记录进行补充或更正。如果您提出此要求，我们将与您的医疗服务提供方共同决定是否进行修改。

您有权知悉您的健康信息如何被用于非日常目的而与他人共享的情况。

如果对个人健康信息的隐私保护存在疑问或顾虑，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）。

我们完整的隐私惯例载于《隐私惯例通知》，您可通过 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices) 及新会员手册末尾查阅

您需要知晓：您的医疗信息受到保护并严格保密。Providence Health Assurance 高度重视会员隐私，并审慎决定何时适合共享健康信息。如需了解更多详情，请查阅 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices) 上的通知。

### 第 1.4 节 我们必须向您提供关于本计划、医疗网络及承保服务的信息

作为 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划的会员，您有权从我们这里获取多种信息。

如果您需要以下任何信息，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）：

- **有关本计划的信息。**例如，这包括本计划财务状况的相关信息。
- **关于网络内提供者及药房的信息。**您有权了解网络内提供者和药房的资质情况，以及我们如何向网络内提供者支付费用。
- **关于您的承保范围及使用保险时必须遵守的规则。**第 3、4 章提供医疗服务相关信息。第 5、6 章提供 D 部分药物承保相关信息。
- **关于某项服务未承保的原因及应对措施的信息。**第 9 章说明如何获取医疗服务和 D 部分药物未承保或承保受限的书面解释。第 9 章还提供了关于请求我们更改决定的信息，这也被称为上诉。

### 第 1.5 节 您有权了解治疗方案并参与医疗决策

您有权从医生及其他医疗提供者处获取完整信息。您的医疗提供者必须以您能理解的方式说明您的健康状况及治疗选择。

## 第 8 章您的权利和责任

---

您还享有充分参与医疗决策的权利。为协助您与医生共同决定最适合的治疗方案，您的权利包括：

- **了解您的所有选择。** 有权获知针对您病情推荐的所有治疗方案，无论其费用如何或是否属于本计划承保范围。这还包括获知本计划为帮助会员管理药物及安全用药所提供的各项服务。
- **了解相关风险。** 您有权被告知治疗中可能涉及的任何风险。如果建议的医疗护理或治疗属于研究实验的一部分，必须事先告知您。您始终有权拒绝任何实验性治疗。
- **说“不”的权利。** 您有权拒绝任何推荐的治疗方案。这包括即使医生建议留院，您仍有权离开医院或其他医疗机构。您也有权停止服用药物。如果您拒绝治疗或停止用药，需自行承担由此产生的一切后果。

### 您有权就在无法自行做出医疗决定时该如何处理给出指示

有时人们会因意外或重病而无法自行做出医疗决策。您有权预先表明在此种情况下希望采取的措施。这意味着，*如果您愿意*，您可以：

- **填写书面表格，授予他人在您无法自主决策时**为您做出医疗决定的法律授权。
- **向医生提交书面指示**，说明如果您无法自行决策时希望如何处置医疗护理。

在这些情况下，您可以用来提前做出指示的法律文件被称为**预先指示**。诸如**生前预嘱**和**医疗授权委托书**之类的文件都是预先指示的示例。

### 如何设立预先指示以给出指令：

- **获取表格。** 您可以从律师、社会工作者或一些办公用品商店获取预先指示表格。有时您也可以从提供 Medicare 信息的机构获得预先指示表格。
- **填写表格并签名。** 无论从哪里获取此表格，它都是一份法律文件。建议请律师协助准备。
- **将表格副本分发给合适的人员。** 请将表格副本交给您的医生以及您在表格上指定的、在您无法做出决定时能为您决策的人。您可能还想将副本交给亲密的朋友或家庭成员。保留一份在家。
- 如果您提前知道将要住院，并且已签署了预先指示，**请随身携带一份副本前往医院。**
- 医院会询问您是否签署了预先指示表格以及是否随身携带。
- 如果您没有签署预先指示表格，医院备有表格，并会询问您是否愿意签署一份。

## 第 8 章您的权利和责任

---

**填写预先指示是您的选择**（包括在医院时是否愿意签署）。根据法律，任何人都不能因为您是否签署了预先指示而拒绝为您提供护理或歧视您。

### 如果您的要求未被遵循

如果您签署了预先指示，并且认为医生或医院未遵循其中的指示，您可以向以下机构投诉：

Oregon Health Authority  
Health Care Regulation and Quality Improvement  
800 NE Oregon Street, Suite 465  
Portland, OR 97232  
电话：971-673-0540  
TTY：711  
传真：971-673-0556  
电子邮箱：[mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov](mailto:mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov)

### 第 1.6 节 您有权提出投诉并要求我们重新审议我们所做的决定

如果您遇到任何问题、担忧或投诉，需要申请承保或提出上诉，本文档第 9 章说明了您可以采取的措施。无论您做什么——申请承保决定、提出上诉或提出投诉——**我们都必须公平对待您。**

### 第 1.7 节 如果您认为受到不公平对待或您的权利未得到尊重

如果您认为自己因种族、障碍、宗教信仰、性别、健康状况、民族、信仰理念、年龄或国籍而受到不公正待遇或权利未受尊重，请致电卫生与公众服务部**民权办公室** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，或联系您当地的民权办公室。

如果您认为自己受到不公正待遇或权利未受尊重，*且*该问题 *不涉及* 歧视，您可以通过以下方式获取帮助：

- 致电本计划客户服务部 **503-574-8000** 或 **1-800-603-2340**（TTY 用户请拨打 **711**）
- 联系您当地的 **SHIP** 1-800-722-4134
- 拨打 **Medicare** 的电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）

## 第 1.8 节 如何获取更多关于您权利的信息

您可以通过以下途径获取更多关于权利的信息：

- 致电客户服务部 **503-574-8000** 或 **1-800-603-2340**（TTY 用户请拨打 **711**）
- 联系您当地的 **SHIP** 1-800-722-4134
- 联系 **Medicare**
  - 请访问 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 阅读出版物《*Medicare 权利和保障*》（获取网址：[www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-medicare-Rights-and-Protections.pdf)）
  - 请拨打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）

## 第 2 节 您作为本计划会员的责任

---

以下是您作为本计划会员需要履行的责任：如有疑问，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

- 请熟悉您所享受的承保服务以及获取这些服务必须遵守的规定。通过本*承保范围说明书*了解承保内容及获取服务需遵循的规则。
  - 第 3 章和第 4 章详述医疗服务内容。
  - 第 5 章和第 6 章详述 D 部分药物福利。
- 如果您除本计划外还拥有其他健康或药物保险，需主动告知我们。第 1 章将说明如何协调这些福利。
- 请告知您的医生及其他健康护理提供者您已加入本计划。就诊或领取 D 部分药物时，请出示本计划会员卡及 Medicaid 卡。
- 通过提供信息、咨询问题并遵循诊疗方案，协助您的医生及其他提供者更好地为您服务。
  - 为获得最佳诊疗，请向医生及其他医疗提供者说明您的健康问题。遵守您与医生共同制定的治疗方案与指导。
  - 确保医生知悉您正在服用的所有药物，包括非处方药、维生素和补充剂。
  - 如果有疑问，务必提出并获得您能理解的解答。
- 保持体谅。我们要求会员尊重其他患者的权利。同时期望您的行为有助于医生诊所、医院及其他机构的顺畅运作。
- 支付应缴费用。作为计划会员，您需承担以下支付责任：

- 必须持续缴纳 Medicare 保费以维持会员资格（除非保费由 Medicaid 代付）。
  - 对于本计划承保的大部分药物，领取时需支付个人承担部分。
- 如果您在本计划服务范围内搬迁，请务必告知我们，以便及时更新会员记录并保持联系。
- 如果您搬迁至本计划服务范围之外，您将无法继续作为本计划会员。
- 如果变更住址，请告知社会安全局（或铁路退休委员会）。

## 第 9 章： 如何提出问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）

### 第 1 节 如果您有疑问或担忧，该怎么把

---

本章说明处理问题和担忧的流程规范。具体处理方式取决于两个关键因素：

1. 问题涉及的是 **Medicare** 还是 **Medicaid** 的福利。如需协助判断应使用 Medicare 还是 Medicaid 流程（或两者皆需），请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。
2. 您所遇到的问题类型：
  - 某些问题需通过**承保决定和上诉流程**处理。
  - 其他问题则需采用**投诉流程**（亦称申诉）。

两个流程均已获得 Medicare 批准。每种流程都包含必须由我们和您共同遵守的规则、程序与截止日期。

本章内容将帮助您确定适用的流程及具体操作步骤。

#### 第 1.1 节 法律术语

本章阐述的部分规则、程序和截止日期类型涉及专业法律术语。这些术语对大多数人而言较为陌生。为便于理解，本章采用更通俗的表述替代部分法律术语。

但了解准确的法律术语有时至关重要。为帮助您通过正确术语获取所需协助或信息，我们会在具体情境说明中标注相关法律术语。

## 第 2 节 如何了解更多信息及获得个性化帮助

我们随时为您提供帮助。即使您对我们对待您的方式存在异议，我们仍有义务尊重您的投诉权利。您可随时致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）寻求帮助。某些情况下，您可能还需要非关联方的协助或指导。以下是两个可以提供帮助的组织：

### 州健康保险援助计划 (SHIP)

各州政府均设有配备专业顾问的援助项目。该项目与我们、任何保险公司或健康计划均无关联。该项目的顾问可以帮助您理解应使用何种流程来处理您遇到的问题。他们还能解答疑问、提供更多信息，并就后续步骤给予指导。

SHIP 顾问免费提供服务。在俄勒冈州，SHIP 被称为老年人健康保险福利援助计划 (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA)。请拨打 SHIBA 电话 1-800-722-4134 或访问 [www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov)。

### Medicare

您也可联系 Medicare 寻求帮助。

- 请拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每周 7 天，每天 24 小时可接通来电。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- 请访问 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

您可以通过 **Medicaid** 计划获取帮助和信息。

联系方式	俄勒冈健康计划 (Medicaid)——联系信息
电话	1-800-273-0557 拨打此号码免费。服务时间为周一至周五，上午 8 点至下午 5 点（太平洋时间）。
TTY	711
写信	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
网站	<a href="http://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx">www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx</a>

### 第 3 节 采用哪个程序处理您提出的问题

---

由于您既享有 Medicare 又获得俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的帮助，您可以选择不同流程来处理问题或投诉。具体采用哪种流程取决于问题涉及的是 Medicare 福利还是俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利。如果问题涉及 Medicare 承保的福利，请使用 Medicare 流程。如果问题涉及俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保的福利，请使用俄勒冈健康计划流程。如需帮助决定该采用 Medicare 流程还是俄勒冈健康计划 (Medicaid) 流程，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

Medicare 流程和俄勒冈健康计划 (Medicaid) 流程在本章不同章节均有说明。请参照下表确定需要阅读的章节：

---

您的问题涉及 **Medicare** 福利还是 **Medicaid** 福利？

我的问题涉及 **Medicare** 福利。

请参阅第 4 节：处理关于 **Medicare** 福利的问题。

我的问题涉及 **Medicaid** 的承保。

请参阅第 12 节：处理关于 **Medicaid** 福利的问题。

---



---

## 第 4 节 处理关于 **Medicare** 福利的问题

---

您的问题或关切是否涉及福利或承保范围？

这包括医疗护理（医疗项目、服务和/或 B 部分药物）是否被承保、承保方式以及与医疗护理支付相关的问题。

是。

请参阅第 5 节：承保决定和上诉指南。

否。

请参阅第 11 节：如何就护理质量、等待时间、客户服务或其他问题提出投诉。

---

---

## 承保决定和上诉

---

---

### 第 5 节 承保决定和上诉指南

---

承保决定和上诉处理与您医疗护理（服务、项目和 B 部分药物，包括支付）的福利和承保范围相关的问题。为简化表述，我们通常将医疗项目、服务和 Medicare B 部分药物统称为“**医疗护理**”。您可通过承保决定和上诉流程处理诸如某项服务是否被承保及其承保方式等问题。

#### 在接受服务前申请承保决定

如果想确认某项医疗护理是否在承保范围内，可要求我们为您作出承保决定。承保决定是我们关于您的福利和承保范围，或关于医疗护理支付金额所作出的决定。例如，如果本计划网络内的医生将您转介至网络外的专科医生，该转介将被视为有利的承保决定——除非您或您的网络医生能证明收到了针对该专科医生的标准拒保通知，或**承保范围说明书**明确说明转介服务在任何情况下均不承保。如果您的医生不确定我们是否会承保特定医疗服务，或拒绝提供您认为必需的医疗护理，您或您的医生也可联系我们要求作出承保决定。

在特定情形下，会不受理承保决定的申请，这意味着我们将不会审议该申请。不受理申请的情形包括：申请材料不完整、代为申请者无法定授权资格、或申请人主动要求撤回申请。如果我们不受理承保决定的申请，将发送通知说明不受理原因及如何申请复审不受理决定。

每当我们确定您的承保及赔付金额时，就会做出承保决定。某些情况下，我们可能认定某项医疗护理不在承保范围内或不再为您承保。如果您不同意该承保决定，您可以提出上诉。

## 提出上诉

当我们作出承保决定（无论发生在您获得福利之前或之后），如果您对此不满，可对该决定提出**上诉**。上诉是要求我们重新审议并更改承保决定的正式途径。在特定条件下，您可以要求对承保决定进行加急或**快速上诉**。您的上诉将由与原决定者不同的评审团队处理。

首次对决定提出上诉称为一级上诉。在此阶段，我们将重新审议原先的承保决定，确认是否严格遵守了相关规定。完成重新审议后，我们将向您告知最终决定。

在特定情形下，会不受理一级上诉的申请，这意味着我们将不会审议该申请。不受理申请的情形包括：申请材料不完整、代为申请者无法定授权资格、或申请人主动要求撤回申请。如果我们不受理一级上诉的申请，将发送通知说明不受理原因及如何申请复审不受理决定。

如果您的医疗护理一级上诉被全部或部分拒绝，上诉将自动进入由独立评审机构（与我们无关联）进行的二级上诉。

- 您无需采取任何行动即可启动二级上诉。根据 Medicare 规定，如果我们未完全同意您的一级上诉，将自动将您的医疗护理上诉转至二级。
- 请参阅**第 6.4 节**了解更多关于医疗护理第 2 级上诉的信息。
- D 部分上诉相关内容在第 7 节中有详细讨论。

如果您对二级上诉结果不满意，可能有机会继续通过附加上诉级别（本章将说明三、四、五级上诉流程）。

### 第 5.1 节 获取申请承保决定或提出上诉的帮助

如果您决定申请任何类型的承保决定或对某项决定提出上诉，以下资源可供参考：

- 致电客户服务部 **503-574-8000** 或 **1-800-603-2340**（TTY 用户请拨打 **711**）

- 从州健康保险援助计划获取免费帮助
- 您的医生可以为您提出申请。如果您的医生协助进行第二级之后的上诉，需被正式指定为您的代表。请致电客户服务部索取 *委托代表* 的表格。（该表格也可在 [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或我们的网站 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms) 获取。）
  - 对于医疗护理，您的医生可代您申请承保决定或提出一级上诉。如果一级上诉被拒，将自动转至二级。
  - 对于 D 部分药物，您的医生或其他处方医生可代您申请承保决定或提出一级上诉。如果一级上诉被拒，您的医生或处方医生可申请二级上诉。
- 您可以请他人代您行事。您可以指定他人作为您的代表代您申请承保决定或提出上诉。
  - 如需委托朋友、亲属或他人代表您，请致电客服部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）索取 *委托代表* 表格。（该表格也可在 [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或我们的网站 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms) 获取。）此表格将授予该代表为您行事的合法权限。该文件必须由您以及您指定的代表签署。请务必向我们提供一份已签署的表格。
  - 我们可以在未收到表格的情况下接受代表的上诉申请，但需待收到表格后方能完成审议。如果未能在上诉裁决截止日前收到表格，您的上诉申请将被驳回。如果发生此情况，我们将寄送书面通知，说明您有权要求独立评审机构对我们驳回上诉的决定进行复审。
- 您也有权聘请律师。您可以联系私人律师，或通过当地律师协会及其他转介服务获取律师信息。如果符合条件，有些组织可提供免费法律服务。但请注意，**聘请律师并非强制性要求**，您可自行申请任何类型的承保决定或提出上诉。

## 第 5.2 节 不同情况下的规则和截止期限

涉及承保决定和上诉的情况分为 4 种：每种情况都有不同的规则和截止日期。我们将详细说明每种情况。

- **第 6 节：**医疗护理：如何要求作出承保决定或提出上诉
- **第 7 节：**D 部分药物：如何要求作出承保决定或提出上诉
- **第 8 节：**如果您认为您太早出院，如何要求我们承保更长时间的住院治疗
- **第 9 节：**如果您认为承保太早结束，如何要求我们延长承保特定医疗服务（*仅适用于这些服务：*家庭健康护理、专业护理机构服务及综合门诊康复机构 (CORF) 服务）

如果不确定哪些信息适用，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）。您也可通过 SHIP 获取帮助或信息。

## 第 6 节 医疗护理：如何要求作出承保决定或提出上诉

### 第 6.1 节 医疗护理承保出现问题或希望我们为您报销时，该怎么做

医疗护理福利详见第 4 章医疗福利表。对 B 部分药物的申请有时适用特殊规则。届时我们将解释 B 部分药物规则与医疗项目服务规则的差异。

如果遇到以下 5 种情况，本节内容可作参考：

1. 未能获得想要的特定医疗护理，且确信该护理属于本计划承保范围。**申请承保决定。第 6.2 节。**
2. 本计划不批准您的医生或其他医疗提供者希望提供的医疗护理，而您认为本计划应承保此项护理。**申请承保决定。第 6.2 节。**
3. 您获得了您认为本计划应承保的医疗护理，但我们表示不会支付此项费用。**提出上诉。第 6.3 节。**
4. 您已获得并支付了您认为本计划应承保的医疗护理，且希望向本计划申请报销此项费用。**把账单发给我们。第 6.5 节。**
5. 您被告知我们将减少或停止此前已批准的某项持续医疗护理的承保，而您认为减少或停止该护理可能损害您的健康。**提出上诉。第 6.3 节。**

**注意：**如果将停止的承保涉及住院护理、家庭健康护理、专业护理机构服务或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，请参阅第 8 和第 9 节。这些类型的护理适用特别规定。

### 第 6.2 节 如何要求作出承保决定

#### 法律术语：

涉及您医疗护理的承保决定称为**机构认定**。

快速承保决定称为**加急决定**。

**第 1 步：请根据需求选择标准承保决定或快速承保决定。**

标准承保决定通常在 7 个日历日内作出（适用于需经我们事先授权的医疗项目或服务），其他项目和服务为 14 个日历日，B 部分药物则为 72 小时。医疗服务的快速承保决定通常在 72 小时内作出，B 部分药物则为 24 小时。

仅当使用标准时限可能对您的健康造成严重损害或影响功能恢复能力时，才可申请快速承保决定。

如果您的医生告知我们您的健康状况需要快速承保决定，我们将自动同意提供快速承保决定。

如果您自行要求快速承保决定而无医生支持，我们将判定您的健康状况是否需要我们提供快速承保决定。如果我们未批准快速承保决定，我们将向您寄送一封信函，其中：

- 说明我们将采用标准时限。
- 说明如果您的医生要求快速承保决定，我们将自动为您提供快速承保决定。
- 说明如果我们未按您的要求提供快速承保决定而是提供标准承保决定，您可就此提出快速投诉。

**第 2 步：请向本计划申请承保决定或快速承保决定。**

- 您可通过致电、写信或传真方式向本计划提出医疗护理服务的授权或承保申请。您本人、您的医生或授权代表均可提出此申请。第 2 章有联系信息。

**第 3 步：我们将审议您的医疗护理承保请求并给您答复。**

*对于标准承保决定，我们遵循标准时限要求。*

这意味着对于需要事先授权的医疗项目或服务，我们将在收到申请后 7 个日历日内给您答复。如果您申请的医疗项目或服务无需事先授权，我们将在收到申请后 14 个日历日内给您答复。如果申请涉及 B 部分药物，我们将在收到申请后 72 小时内给您答复。

- 但是，如果您需要更多时间，或我们需要获取可能对您有利的补充信息，对于医疗项目或服务的申请，我们最多可延长 14 个日历日。如果我们需要延长时间，将书面通知您。对于 B 部分药物的申请，我们不得延长决定时间。
- 如果您认为我们不应延长时间，您可以提出快速投诉。我们将在作出决定后立即就您的投诉给您答复。（投诉流程与承保决定和上诉流程有所不同。（有关投诉的相关信息，请参阅本章第 11 节。））

*对于快速承保决定，我们采用加急时限。*

快速承保决定意味着，如果您的申请涉及医疗项目或服务，我们将在 72 小时内予以答复。如果申请涉及 B 部分药物，我们将在 24 小时内予以答复。

- 但是，如果您需要更多时间，或我们需要获取可能对您有利的补充信息，我们最多可延长 14 个日历日。如果我们需要延长时间，将书面通知您。对于 B 部分药物的申请，我们不得延长决定时间。
- 如果您认为我们不应延长时间，您可以提出快速投诉。（有关投诉信息，请参阅第 11 节。）作出决定后，我们会立即联系您。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，我们将向您发送书面说明，解释拒绝原因。

**第 4 步：如果我们拒绝了您的医疗护理承保申请，您可以提出上诉。**

如果我们拒绝了您的申请，您有权通过提出上诉的方式要求我们重新审议这一决定。这意味着再次申请以获得您想要的医疗护理承保。如果您提出上诉，则意味着您进入了一级上诉流程。

### 第 6.3 节 如何提出一级上诉

法律术语：

对我们医疗承保决定提出的上诉称为计划“重新审议”。

快速上诉也称为加速重新审议。

**第 1 步：确定您是需要标准上诉还是快速上诉。**

标准上诉期通常为 30 个日历日，而 B 部分药物则为 7 个日历日。快速上诉通常会在 72 小时内处理。

- 如果您要对我们的医疗服务承保决定提出上诉，您和/或您的医生需要决定是否需要进行快速上诉。如果医生证明您的健康状况需要快速处理上诉，我们将为您快速处理。
- 获得快速上诉的要求与本章第 6.2 节中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。**

- 如果您需要提出标准上诉，请以书面形式提交您的标准上诉。第 2 章有联系信息。
- 如果您需要提出快速上诉，请以书面形式提交您的上诉或直接致电我们。第 2 章有联系信息。

- 您必须在 **65 个日历日内** 提出上诉请求，从我们发送书面通知告知您承保决定之日起计算。如果您错过此截止日期但有正当理由，请在提出上诉时说明延迟原因。我们可能会给您更多时间进行上诉。正当理由可能包括：突发重病导致无法联系我们，或我们提供的上诉截止日期信息有误或不完整。
- 您可以索取医疗决定相关信息的副本。您和您的医生可补充信息以支持上诉。

### 第 3 步：我们将审议您的上诉并给您答复。

- 审议过程中我们会仔细查看所有信息。确认此前拒绝申请时是否遵循所有规定。
- 必要时我们将收集更多信息，并可能联系您或您的医生。

### 快速上诉的时限

- 快速上诉必须在我们收到上诉后 **72 小时内** 给您答复。如果您的健康状况需要，我们将提前给出答复。
  - 如果您需要更多时间，或我们需要获取可能对您有利的补充信息，对于医疗项目或服务的申请，**我们最多可延长 14 个日历日**。如果我们需要延长长时间，将书面通知您。对于 B 部分药物的申请，我们不得延长时间。
  - 如果未在 72 小时内（或延长期限结束时）给您答复，我们将自动将您的申请转至二级上诉流程，由一个独立评审机构进行审议。第 6.4 节说明了二级上诉流程。
- 如果我们同意部分或全部申请，我们必须在收到上诉后 72 小时内批准或提供承诺的承保。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，我们将书面告知决定，并自动将上诉转交独立评审机构进入二级上诉。独立评审机构收到上诉后将书面通知您。

### 标准上诉的时限

- 标准上诉必须在我们收到上诉后 **30 个日历日内** 给您答复。如果您就尚未获取的 B 部分药物提出申请，我们将在收到您的上诉后 **7 个日历日内** 给您答复。如果您的健康状况需要，我们将提前作出决定。
  - 但是，如果您需要更多时间，或我们需要获取可能对您有利的补充信息，**对于医疗项目或服务的申请**，我们最多可延长 14 个日历日。如果我们需要延长时间，将书面通知您。对于 B 部分药物的申请，我们不得延长决定时间。
  - 如果您认为我们不应延长时间，您可以提出快速投诉。提交快速投诉后，我们将在 24 小时内就投诉内容给您答复。（有关投诉信息请参阅第 11 节。）
  - 如果未在时限内（或延长期限结束前）给您答复，我们将把您的申请转至二级上诉，由独立评审机构进行审议。第 6.4 节说明了二级上诉流程。

- 如果我们同意部分或全部申请，对于医疗项目或服务，我们必须在 30 个日历日内批准或提供承保；对于 **B 部分药物**，则在 7 个日历日内完成。
- 如果本计划拒绝部分或全部上诉请求，将自动将您的上诉转交独立评审机构进行二级上诉。

#### 第 6.4 节 二级上诉流程

##### 法律术语：

独立评审机构的正式名称为**独立评审实体 (Independent Review Entity)**。有时也简称为 **IRE**。

该**独立评审机构**是由 **Medicare** 计划聘用的独立组织。其与我们无关联，亦非政府机构。该组织将裁定我们的决定是否正确或是否需要修改。**Medicare** 监管其工作。

##### 第 1 步：独立评审机构将复审您的上诉。

- 我们会将您的上诉资料移交该组织。这些资料称为您的“**个案档案**”。您有权向我们索要个案档案的副本。
- 您有权向独立评审机构提供补充信息以支持您的上诉。
- 独立评审机构的评审团队将仔细审阅您上诉相关的所有材料。

##### *如果您在一级上诉中适用快速程序，二级上诉也将采用快速程序。*

- 对于快速上诉，独立评审机构必须在收到您的二级上诉后 **72 小时内**给您答复。
- 如果您申请的是医疗项目或服务，且独立评审机构需要收集对您有利的补充信息，**时间最多可延长 14 个日历日**。如果您申请的是 **B 部分药物**，独立评审机构不得延长决定时间。

##### *如果您在一级上诉中适用标准程序，二级上诉也将采用标准程序。*

- 对于标准上诉，如果您申请的是医疗项目或服务，独立评审机构必须在收到上诉后 **30 个日历日内**就您的二级上诉给您答复。
- 如果您申请的是 **B 部分药物**，独立评审机构必须在收到上诉后 **7 个日历日内**就您的二级上诉给您答复。
- 如果您申请的是医疗项目或服务，且独立评审机构需要收集对您有利的补充信息，**时间最多可延长 14 个日历日**。如果您申请的是 **B 部分药物**，独立评审机构不得延长决定时间。



## 第 2 步：独立评审机构将给您答复。

该机构将以书面形式告知决定并说明理由。

- 如果独立评审机构部分或全部批准医疗项目或服务的申请，我们必须在收到决定后 **72 小时内** 授权医疗护理承保，或在 14 个日历日内提供相关服务（针对**标准申请**）。对于**加急申请**，我们需在收到独立评审机构决定后 **72 小时内** 完成处理。
- 如果独立评审机构部分或全部批准 **B 部分药物** 的申请，我们必须在收到决定后 **72 小时内** 授权或提供该药物（针对**标准申请**）。对于**加急申请**，我们需在收到独立评审机构决定后 **24 小时内** 完成处理。
- 如果独立评审机构对您的部分或全部上诉表示拒绝，这意味着他们同意本计划的决定，即您的（部分的）医疗护理承保申请不应获得批准。（这被称为**维持原决定或驳回您的上诉**。）在此情况下，独立评审机构将向您发送信函：
  - 解释该决定。
  - 告知如果您所申请的医疗护理承保金额达到特定最低标准时，您有权进行三级上诉。独立评审机构发出的书面通知将说明您需要满足的金额要求才能继续上诉程序。
  - 指导您如何提交三级上诉。

## 第 3 步：如果您的个案符合要求，您可自行选择是否继续进行上诉。

- 二级上诉之后还有 3 个上诉级别（共 5 级上诉）。如需进行三级上诉，具体操作方式详见二级上诉后收到的书面通知。
- 三级上诉由行政法官或律师裁决员处理。第 10 节说明了第三、四、五级上诉流程。

## 第 6.5 节 如果您要求我们报销医疗护理账单

我们无法直接为您报销 **Medicaid** 的服务或项目费用。如果您收到 **Medicaid** 承保服务及项目的账单，请将该账单寄送给我们。请勿自行支付账单。我们将直接联系提供者处理问题。如果您已支付账单，只要遵守了获取服务或项目的相关规定，可向该健康护理提供者申请退款。

### 申请报销即相当于向我们提出作出承保决定申请

如果您提交报销申请材料，即视为向我们提出作出承保决定申请。为此我们将核实您已支付的医疗护理是否在承保范围内。同时将确认您是否遵守了使用医疗护理承保的相关规定。

- **如果我们同意您的申请：**如果医疗护理属于承保范围且您遵守了规定，我们通常在 30 个日历日内（最迟不超过收到申请后的 60 个日历日）向您支付费用。如果您尚未支付医疗护理费用，我们将直接把款项付给提供者。
- **如果我们拒绝您的申请：**如果医疗护理不在承保范围内，或您未遵守所有规定，我们将不予支付。届时，我们会向您发送医疗护理拒付通知，说明不予支付的原因。

如果您不同意我们的拒付决定，**您可以提出上诉**。提出上诉意味着您要求我们更改当初拒绝付款请求时所作的承保决定。

**请根据第 6.3 节的上诉流程提出申请。**关于报销事宜的上诉，请注意：

- 我们必须在收到上诉后的 60 个日历日内给您答复。如果您要求报销已自费支付的医疗护理费用，则不能申请快速上诉。
- 如果独立评审机构认定我们应当支付，我们必须在 30 个日历日内向您或提供者付款。如果在二级上诉后的任何阶段获得批准，我们必须在 60 个日历日内向您或提供者支付所申请的款项。

## **第 7 节      D 部分药物：如何要求作出承保决定或提出上诉**

### **第 7.1 节      本节说明当您获取 D 部分药物遇到问题或要求报销 D 部分药物时的应对方案**

您的福利包含多种处方药的承保。药物必须用于医疗认可的适应症方可得到承保。（如需了解更多关于医疗认可适应症的信息，请参阅第 5 章）。关于 D 部分药物的详细规定、限制和费用说明，请参阅第 5 章和第 6 章。**本节内容仅涉及您的 D 部分药物。**为简化表述，在本节后续内容中我们统称“药物”，不再重复使用“承保的门诊处方药”或“D 部分药物”的表述。我们亦使用“药物清单”替代承保药物清单或处方药清单。

- 如果不确定某药物是否承保或您是否符合规定，可向我们咨询。部分药物需要事先获得我们批准方可纳入承保范围。
- 如果药房告知您的处方无法按原样配药，药房会提供书面通知说明如何联系我们申请承保决定。

### **D 部分承保决定和上诉**

#### **法律术语：**

关于 D 部分药物的初始承保决定称为“承保决定”。

承保决定是我们关于您的福利和承保范围或药物支付金额作出的决定。如果您遇到以下任一情况，本节将说明可采取的措施：

- 申请承保未列入本计划药物清单的 D 部分药物 **提出例外申请。第 7.2 节**
- 申请免除对计划内药物的承保限制（例如用药数量限制） **提出例外申请。第 7.2 节**
- 申请获取药物的预先批准。 **申请承保决定。第 7.4 节**
- 支付您已购买的处方药费用。 **向我们申请报销。第 7.4 节**

如果您不同意我们作出的承保决定，可以提出上诉。

本节同时说明如何申请承保决定及提出上诉

## 第 7.2 节 例外申请

### 法律术语：

申请承保未列入药物清单的药物属于**处方药例外申请**

申请取消药物承保限制属于**处方药例外申请**

申请降低非首选药物的自付费用属于**等级例外申请**

如果药物未按您期望的方式承保，可要求我们作出**例外处理**。例外处理是一种承保决定类型。

为审议您的例外申请，您的医生或其他处方医生需说明您需要例外申请获批的医疗理由。以下是您或您的医生或其他处方医生可要求我们作出的例外处理：

1. **承保未列入我们药物清单的 D 部分药物** 如果同意承保未列入目录的药物，您需支付品牌药或仿制药的费用分摊金额 您不可就药物费用分摊金额要求例外减免。
2. **取消承保药物的限制**。第 5 章阐述了药物清单中特定药物的额外规则或限制。

## 第 7.3 节 申请例外的重要须知

**您的医生必须向我们说明医疗原因。**

您的医生或其他处方医生必须向我们提交一份声明，以说明您提出例外申请的医疗原因。对于加快决定，请在提出例外申请时附上医生或其他处方医生提供的医疗信息。

我们的药物清单通常包含多种治疗特定病症的药物。这些不同的选择被称为**替代药物**。如果某种替代药物与您所申请的药物疗效相当，且不会引发更多副作用或其他健康问题，我们通常不会批准您的例外申请。

**我们可以同意或拒绝您的申请。**

- 如果我们批准了您的例外申请，该批准通常有效期至本计划年度结束。只要您的医生继续为您开具该药物处方，且该药物对您的病症持续安全有效，此批准便持续有效。
- 如果申请遭拒，您可通过上诉要求进行再次审议。

#### 第 7.4 节 如何要求作出承保决定（包括例外申请）

**法律术语：**

快速承保决定称为**加急承保决定**

**第 1 步：请根据需求选择标准承保决定或快速承保决定。**

**标准承保决定**需在收到医生声明后 **72 小时**内作出。**快速承保决定**需在收到医生声明后 **24 小时**内作出。

**如果健康状况需要，可要求我们提供快速承保决定。如要获得快速承保决定，须满足 2 项要求：**

- 您尚未取得申请的药物。（如果您已自费购药，则不可就报销事项提出快速承保决定申请。）
- 使用标准处理时限可能对健康造成严重损害或影响正常功能。
- 如果医生或其他处方医生告知我们您的健康状况需要快速承保决定，我们将自动启动加急承保决定程序。
- 如果您自行申请快速承保决定但未获得医生或处方医生的支持，我们将评估您的健康状况是否确实需要加急处理。如果我们未批准快速承保决定，我们将向您寄送一封信函，其中：
  - 说明我们将采用标准时限。
  - 说明如果您的医生或其他处方医生要求快速承保决定，我们会自动为您提供快速承保决定。
  - 说明如何就我们未按您要求提供快速承保决定，而是提供标准承保决定的情况提出快速投诉。我们将在收到投诉后 24 小时内给您答复。

## 第 2 步：申请标准承保决定或快速承保决定。

请首先致电、写信或传真至本计划，要求授权或提供您所需医疗护理的承保。您也可以通  
过我们的网站提交承保决定申请。我们必须接受任何书面请求，包括使用 *CMS 模式承保  
决定申请表*提交的申请，该表格可在我们的网站 <https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D>  
获取。第 2 章有联系信息。您、您的处方医生或会员代表可通过 Providence Health  
Assurance 网站的安全电子邮件功能提交承保决定申请，网址为  
[www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com)。为便于处理您的请求，请提供您的姓名、联系信  
息以及显示正在上诉的被拒索赔的相关信息。

您、您的医生（或其他处方医生）或您的代表均可进行此操作。您也可以聘请律师代  
理相关事宜。本章第 4 节说明了如何书面授权他人作为您的代表。

- 如果您提出例外申请，请提供说明医疗原因的支持性声明。您的医生或其他处方  
医生可通过传真或邮寄方式将声明发送给我们。或者，您的医生或其他处方医生可  
通过电话告知我们，并在必要时通过传真或邮寄补充书面声明。

## 第 3 步：我们将审议您的请求，并给您答复。

### 快速承保决定的时限

- 我们通常必须在收到申请后 **24 小时内**给您答复。
  - 对于例外申请，我们将在收到您医生的支持性声明后 24 小时内给您答复。  
如果您的健康状况需要，我们将提前给出答复。
  - 如果我们未能在此时限内作出决定，则需将您的申请转交至二级上诉流程，  
由独立评审机构进行审议。
- 如果我们同意部分或全部申请，我们必须在收到申请或医生支持性声明后 24 小时  
内提供承诺的承保。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，我们将向您发送书面说明，解释拒绝原因。我们  
还将告知您如何上诉。

### 关于尚未获取药物的标准承保决定时限

- 我们通常需要在收到申请后 **72 小时内**给您答复。
  - 对于例外申请，我们将在收到您医生的支持性声明后 72 小时内给您答复。  
如果您的健康状况需要，我们将提前给出答复。
  - 如果我们未能在此时限内作出决定，则需将您的申请转交至二级上诉流程，  
由独立评审机构进行审议。

- 如果我们同意部分或全部申请，我们必须在收到申请或医生支持性声明后 **72 小时** 内提供承诺的承保。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，我们将向您发送书面说明，解释拒绝原因。我们还将告知您如何上诉。

#### **关于已购药物付款的标准承保决定时限**

- 我们必须在收到申请后 **14 个日历日** 内给您答复。
  - 如果我们未能在此时限内作出决定，则需将您的申请转交至二级上诉流程，由独立评审机构进行审议。
- 如果我们同意部分或全部申请，我们还须在收到申请后 **14 个日历日** 内完成付款。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，我们将向您发送书面说明，解释拒绝原因。我们还将告知您如何上诉。

#### **第 4 步：如果我们拒绝了您的承保请求，您可以提出上诉。**

- 如果我们拒绝了您的申请，您有权通过提出上诉的方式要求我们重新审议这一决定。即再次要求获得所需的药物承保。如果您提出上诉，则意味着您进入了一级上诉流程。

#### **第 7.5 节 如何提出一级上诉**

##### **法律术语：**

针对 D 部分药物承保决定向本计划提出的上诉称为计划重新判定。

快速上诉称为加急重新判定。

#### **第 1 步：确定您是需要标准上诉还是快速上诉。**

**标准上诉通常会在 7 个日历日内处理。快速上诉通常会在 72 小时内处理。如果健康状况需要，请申请快速上诉。**

- 如果您对我们就您尚未获取的药物所作决定提出上诉，您和您的医生或其他处方医生需判断您是否需要快速上诉。
- 获得快速上诉的要求与本章第 7.4 节中快速承保决定的要求相同。

#### **第 2 步：您、您的代表、医生或其他处方医生必须联系我们并提出一级上诉。如果您的健康状况需要快速响应，则必须提出快速上诉。**

- 对于标准上诉，请提交书面申请。第 2 章有联系信息。

- 对于快速上诉，请书面提交上诉或致电 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）。第 2 章有联系信息。
- 我们必须接受任何书面请求，包括使用 *CMS 模式承保决定申请表* 提交的申请，该表格可在我们网站 [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com) 获取。请提供您的姓名、联系信息及索赔相关信息，以便我们处理您的请求。
- 您、处方医生或会员代表可通过填写 *Providence Medicare Advantage Plans 重新判定表格*，以安全电子邮件方式提出重新判定（上诉）申请。该表格可在第 2 章所列的网站 [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com) 获取。
- 您必须在 **65 个日历日内** 提出上诉请求，从我们发送书面通知告知您承保决定之日起计算。如果您错过此截止日期但有正当理由，请在提出上诉时说明延迟原因。我们可能会给您更多时间进行上诉。正当理由可能包括：突发重病导致无法联系我们，或我们提供的上诉截止日期信息有误或不完整。
- 您可以要求获取上诉信息副本并补充信息。您和您的医生可补充信息以支持上诉。

### 第 3 步：我们会审议您的上诉并给您答复。

- 审议上诉时，我们将重新审慎核查所有承保请求相关信息。确认此前拒绝申请时是否遵循所有规定。
- 我们可能会联系您或您的医生及其他处方医生以获取更多信息。

### 快速上诉的时限

- 快速上诉必须在我们收到上诉后 **72 小时内** 给您答复。如果您的健康状况需要，我们将提前给出答复。
  - 如果未在 72 小时内给您答复，我们将按流程将您的申请转至二级上诉，由独立评审机构进行审议。第 7.6 节说明了二级上诉流程。
- 如果我们同意部分或全部申请，我们必须在收到上诉后 72 小时内提供承诺的承保。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，我们将向您发送书面说明，解释拒绝原因及后续上诉方式。

### 尚未获取药物的标准上诉时限

- 标准上诉必须在我们收到上诉后 **7 个日历日内** 给您答复。如果您尚未获取药物且健康状况需要，我们将提前作出决定。
  - 如果我们在 7 个日历日内未作出决定，则必须将您的申请转至二级上诉，由独立评审机构进行审议。第 7.6 节说明了二级上诉流程。

- 如果我们同意部分或全部申请，我们将根据您的健康状况尽快提供承保，但最迟不晚于收到上诉后 7 个日历日。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，将向您发送书面说明，解释拒绝原因及后续上诉方式。

#### 关于已购药物费用的标准上诉时限

- 我们必须在收到申请后 **14 个日历日内** 给您答复。
  - 如果我们未能在此时限内作出决定，则需将您的申请转交至二级上诉流程，由独立评审机构进行审议。
- 如果我们同意部分或全部申请，我们还须在收到申请后 30 个日历日内完成付款。
- 如果我们拒绝部分或全部申请，我们将向您发送书面说明，解释拒绝原因。我们还将告知您如何上诉。

**第 4 步：**我们驳回您的上诉，您可以选择是否继续上诉流程并再次提出上诉。

- 如果选择继续上诉，意味着您的个案将进入二级上诉流程。

#### 第 7.6 节 如何提出二级上诉

##### 法律术语

独立评审机构的正式名称为**独立评审实体 (Independent Review Entity)**。有时也简称为**IRE**。

该独立评审机构是由 **Medicare** 计划聘用的独立组织。其与我们无关联，亦非政府机构。该组织将裁定我们的决定是否正确或是否需要修改。**Medicare** 监管其工作。

**第 1 步：**您（或您的代表/医生/处方医生）需联系独立评审机构并要求个案复审。

- 如果我们驳回您的一级上诉，我们发出的书面通知将包含**如何向独立评审机构提出二级上诉的指引**。该指引将说明二级上诉资格、时限要求及独立评审机构联系方式等信息。
- 您**必须在书面通知日期起的 65 个日历日内**提交上诉申请。
- 如果我们在规定时间内未完成审议，或对我们的药物管理计划中**风险**认定作出不利决定，我们将自动将您的申请转交独立评审机构。
- 我们会将您的上诉信息发送给独立评审机构。这些资料称为您的“**个案档案**”。您有权向我们索要个案档案的副本。
- 您有权向独立评审机构提供补充信息以支持您的上诉。



## 第 2 步：独立评审机构将复审您的上诉。

独立评审机构的评审团队将仔细审阅您上诉相关的所有材料。

### **快速上诉的时限**

- 如果您的健康状况需要，可要求独立评审机构进行快速上诉。
- 如果独立评审机构同意提供快速上诉，其必须在收到上诉申请后 **72 小时内** 对您的二级上诉作出答复。

### **标准上诉的时限**

- 对于标准上诉，如果涉及尚未获取的药物，独立评审机构必须在收到上诉后 **7 个日历日内** 对二级上诉作出答复。如果您要求报销已购药物费用，独立评审机构必须在收到请求后 **14 个日历日内** 对二级上诉作出答复。

## 第 3 步：独立评审机构将给您答复。

### **对于快速上诉：**

- 如果独立评审机构部分或全部批准您的申请，我们必须在收到其决定后 **24 小时内** 提供经批准的药物承保。

### **对于标准上诉：**

- 如果独立评审机构部分或全部批准您的承保申请，我们必须在收到其决定后 **72 小时内** 提供经批准的药物承保。
- 如果独立评审机构部分或全部批准您的已购药物报销请求，我们需在收到决定后 **30 个日历日内** 向您支付款项。

## 如果独立评审机构拒绝您的上诉怎么办？

如果独立评审机构部分或全部拒绝您的上诉，即表示其支持我们拒绝（或部分拒绝）您申请的决定。（这称为“**维持原决定**”。这也被称为“**驳回您的上诉申请**”。）在此情况下，独立评审机构将向您发送信函：

- 解释该决定。
- 告知如果您所申请的药物承保金额达到特定最低标准时，您有权进行三级上诉。如果申请药物承保的金额过低，您将无法再次上诉，二级上诉的决定即为最终裁定。
- 告知您继续上诉流程所需达到的争议金额标准。

## 第 4 步：如果您的个案符合要求，您可自行选择是否继续进行上诉。

- 二级上诉之后还有 3 个上诉级别（共 5 级上诉）。

- 如需进行三级上诉，具体操作方式详见二级上诉裁决后收到的书面通知。
- 三级上诉由行政法官或律师裁决员处理。第 10 节说明了三、四、五级上诉流程。

## **第 8 节 如果您认为您太早出院，如何要求我们承保更长时间的住院治疗**

---

当您入院治疗时，有权获得诊断和治疗伤病所需的所有承保的医院服务。

在承保的住院治疗期间，您的医生和医院工作人员将协助您为出院日做好准备。他们将帮助安排您出院后可能需要的护理服务。

- 您离开医院的日期被称为“出院日”
- 当出院日确定后，您的医生或医院工作人员会通知您。
- 如果认为太早被要求出院，您可以申请延长住院时间，您的申请将得到审议。

### **第 8.1 节 住院治疗期间您将收到 Medicare 关于您权利的书面通知**

入院后 2 个日历日内，您将收到一份名为《*Medicare 关于您权利的重要通知*》的书面文件。所有 Medicare 参保人均会收到此通知副本。如果未从医院工作人员（如个案管理员或护士）处获取该通知，可向任何医院员工索取。如需帮助，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）。

- 1. 请仔细阅读该通知，如有不解之处请及时咨询。**文件告知您：
  - 您有权根据医生指示，在住院期间及出院后获得 Medicare 承保的相关服务。这包括了解这些服务内容、由谁支付费用以及何处可获得这些服务的权利。
  - 您有权参与关于您住院期间的所有决策。
  - 报告您对医院护理质量任何疑虑的途径。
  - 您有权**要求立即重新审议**出院决定，如果您认为出院过早。这是通过正式法律途径申请延迟出院日期的方式，我们将因此延长您的住院护理期限。
- 2. 您需签署书面通知以确认已收到并理解自身权利。**
  - 您或您的代理人将被要求签署该通知。
  - 签署通知**仅表示**您已获知相关权利信息。通知上没有提供您的出院日期。签署行为**并不代表**您同意出院日期。
- 3. 请保留此通知副本，**以便需要时掌握上诉（或反映护理质量问题的）相关信息。

**第 9 章如何提出问题或投诉（承保决定、上诉、投诉）**

---

- 如果您在计划出院前 2 个日历日签署本通知，将在预定出院前收到另一份副本。
- 如需提前查阅本通知，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。您也可通过在线方式获取通知，网址：  
[www.CMS.gov/MEDICARE/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/MEDICARE/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)

**第 8.2 节 如何提出一级上诉以更改医院出院日期**

如果要求延长住院治疗服务承保，请通过上诉流程提出申请。开始前请务必了解相关要求和截止时间。

- **遵循流程**
- **按时完成**
- **如需帮助请及时提出。**如果有疑问或需要协助，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）。或联系州健康保险援助计划 (SHIP) 获取个性化帮助。在俄勒冈州，SHIP 被称为老年人健康保险福利援助计划 (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA)。请拨打 SHIBA 电话 1-800-722-41-34 或访问 [www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov)

一级上诉期间，质量改进组织将审核您的上诉。评估原定出院日期是否符合您的医疗需求。

该**质量改进组织**是由联邦政府资助的医生及医疗专业人员团队，负责监督并提升 Medicare 参保人的护理质量。这包括审核 Medicare 参保人的出院日期。这些专家不属于本计划。

**第 1 步：请联系您所在州的质量改进组织，要求立即对您的出院事宜进行复审。您必须迅速行动。**

**如何联系该组织？**

- 您收到的书面通知（《*Medicare 关于您权利的重要通知*》）中提供了该组织的联系方式。或者，您可以在第 2 章中找到您所在州质量改进组织的名称、地址和电话号码。

**迅速行动：**

- 提出上诉时，您必须在**离开医院前且不晚于出院当日午夜**联系质量改进组织。
  - 如果您在此**截止日期前完成联系**，您可以在**原定出院日期之后继续住院**且无需支付费用，同时等待质量改进组织的决定。

- 如果未能满足此期限要求，请与我们联系。如果您决定在原定出院日期后继续住院，您可能需要自费承担原定出院日期后产生的住院护理费用。
- 一旦您要求立即复核出院事宜，质量改进组织将会联系我们。在我们接到通知后的次日中午前，我们将向您提供一份**详细出院通知书**。该通知书会列明您的计划出院日期，并详细解释您的医生、医院及我们认为该日期出院符合医疗适当地点的理由。
- 您可致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取出院详情通知书样本。（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。）或在线查看样本通知  
[www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)

## 第 2 步：质量改进组织将对您的个案进行独立复审。

- 质量改进组织（评审团队）的医疗专业人员将询问您（或您的代表），为何认为应继续承保相关服务。您无需准备书面材料，但如有需要也可以准备。
- 评审团队还将查阅您的医疗信息，与您的医生沟通，并审阅我们及医院提供的资料。
- 在评审团队告知我们您提出上诉的次日中午前，您将收到我们发出的书面通知，其中载明计划出院日期。该通知还会详细说明您的医生、医院及我们认为在该日期出院符合医疗适宜性的理由。

## 第 3 步：在获得全部必要信息后的一个完整工作日内，质量改进组织将就您的上诉作出答复。

### 如果答案是肯定的，那会怎样？

- 如果独立评审机构认定**同意**，则我们必须继续为您提供承保的住院医疗服务，直至这些服务在医疗上不再必要。
- 您仍需支付个人承担的费用（如适用的免赔额或共付额）。此外，您所享受的医院服务可能存在限制条款。

### 如果答案是否定的呢？

- 如果独立评审机构认定**拒绝**，即表示他们认为计划出院日期符合医疗适宜性。如果出现此情况，我们对您住院医疗服务的承保将于质量改进组织作出答复后的次日中午终止。
- 如果独立评审机构**拒绝**您的上诉，而您决定继续住院，则可能需要自行承担质量改进组织作出答复后次日中午起所产生的全部住院费用。

**第 4 步：如果一级上诉未获通过，您可决定是否进行二级上诉。**

- 如果质量改进组织 *拒绝* 您的上诉，且您在计划出院日期后仍继续住院，则可提出二级上诉。再次提出上诉意味着您将进入二级上诉流程。

**第 8.3 节 如何提出二级上诉以更改医院出院日期**

在二级上诉期间，您可以要求质量改进组织重新审议其针对首次上诉作出的决定。如果质量改进组织驳回您的二级上诉，您可能需要自行承担原定出院日期之后产生的全部住院费用。

**第 1 步：请再次联系质量改进组织并要求进行复审。**

- 您必须在 **60 个日历日内** 提出复核申请，期限从质量改进组织对您一级上诉表示 *拒绝* 之日起算。仅当您在承保终止后仍继续住院的情况下，方可申请此项复核。

**第 2 步：质量改进组织将对您的情况进行二次复审。**

- 该机构的评审团队将重新仔细审阅与您上诉相关的所有信息。

**第 3 步：在收到二级上诉申请的 14 个日历日内，评审团队将作出决定并通知您结果。**

**如果独立评审机构同意：**

- 我们将向您退还自质量改进组织驳回首次上诉次日上午起产生的住院费用中我方应承担的部分。我们将继续承保您的住院医疗服务，只要该服务在医疗上必要
- 您仍需支付个人承担部分的费用，且可能适用承保限制条款。

**如果独立评审机构拒绝：**

- 这意味着他们同意一级上诉时的决定。
- 您收到的书面通知将告知如何进行后续审核流程。

**第 4 步：如果结果仍是拒绝，您需要决定是否继续进行三级上诉。**

- 二级上诉之后还有 3 个上诉级别（共 5 级上诉）。如需进行三级上诉，具体操作方式详见二级上诉裁决后收到的书面通知。
- 三级上诉由行政法官或律师裁决员处理。本章第 10 节将详细说明三、四、五级上诉流程。

## 第 9 节 如果您认为承保太早结束，如何要求我们延长承保特定医疗服务

当您开始享受家庭健康服务、专业护理或康复护理（综合门诊康复设施）时，您有权在该类护理服务所需期间持续获得治疗，以诊断和治疗您的疾病或损伤。

当我们决定停止为您提供这三类护理承保时，我们会按要求提前通知您。当该护理承保终止时，我们将停止支付您的护理费用。

如果您认为我们过早终止护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节说明如何提出上诉。

### 第 9.1 节 我们将提前告知您承保终止时间

#### 法律术语：

**Medicare 不承保通知。**本节说明如何申请快速通道上诉。申请快速通道上诉是通过正式法律途径要求更改我们关于终止护理时间的承保决定。

1. 您会收到书面通知，至少在本计划停止护理承保的 2 个日历日前送达。该通知告知您：
  - 我们将为您停止护理承保的具体日期。
  - 如何通过快速通道上诉要求我们延长您的护理承保期限。
2. 您或您的代理人需签署该书面通知以确认收悉。签署仅表示您知悉承保终止的相关信息。签署并不代表您同意我们停止护理的决定。

### 第 9.2 节 如何提出一级上诉以延长护理承保期限

如果需申请延长护理承保期，您需要通过上诉流程提出请求。开始前请务必了解相关要求和截止时间。

- 遵循流程
- 按时完成
- 如需帮助请及时提出。如果有疑问或需要协助，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）。或致电州健康保险援助计划 (SHIP) 获取个性化帮助。在俄勒冈州，SHIP 被称为老年人健康保险福利援助计划 (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA)。请拨打 SHIBA 电话 1-800-722-41-34 或访问 [www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov)

在一级上诉期间，质量改进组织将审核您的上诉。该机构会判定您的护理终止日期在医学上是否合适。质量改进组织是由联邦政府资助的医生和医疗专家团队，负责监督并帮助提升 Medicare 参保人的护理质量。其职责包括审核计划关于终止特定医疗护理承保时间的决定。这些专家不属于本计划。

**第 1 步：提交一级上诉申请：**请联系质量改进组织，要求进行**快速通道上诉**。您必须迅速行动。

#### **如何联系该组织？**

- 您收到的书面通知（*Medicare 不承保通知*）注明了该组织的联系方式。（或通过第二章查询您所在州质量改进组织的名称、地址和电话号码）。

#### **迅速行动：**

- 您必须最晚在 *Medicare 不承保通知* 注明生效日的前一日中午前联系质量改进组织启动上诉。
- 如果错过截止日期但仍想上诉，您仍享有上诉权利。请通过 *Medicare 不承保通知* 上的联系方式联系该组织。您所在州质量改进组织的名称、地址和电话号码也可在第二章中查找。

**第 2 步：**质量改进组织将对您的个案进行独立复审。

#### **法律术语：**

**未承保范围的详细说明** 该通知会详细说明终止承保的原因。

#### **这次审核过程中会发生什么？**

- 质量改进组织的医疗专业人员（评审团队）将询问您或您的代表，为何认为应继续承保相关服务。您无需准备书面材料，但如有需要也可以准备。
- 独立审核组织还将查阅您的医疗信息，与您的医生沟通，并审核本计划提供的资料。
- 评审团队告知我们您提起上诉的当天结束时，您将收到我们发出的**不承保详细说明**，其中详细解释了终止服务承保的原因。

**第 3 步：**评审团队在获取全部所需信息后的一个完整工作日内将告知您最终决定。

#### **如果评审团队同意了会怎么样？**

- 如果评审团队**批准**您的上诉，那么只要医疗上必要，我们就必须继续为您提供承保服务。

- 您仍需支付个人承担的费用（如适用的免赔额或共付额）。您的承保服务可能存在限制。

#### **如果评审团队拒绝，该怎么办？**

- 如果评审团队表示**拒绝**，那么您的承保将在我们告知您的日期终止。
- 如果您决定继续接受家庭医疗护理、专业护理机构服务，或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，在您的保险 coverage 结束之后，您将需要自行承担这些服务的全部费用。

#### **第 4 步：如果一级上诉未获通过，您可决定是否进行二级上诉。**

- 如果评审团队对您的一级上诉表示**拒绝**——而您选择在承保结束后继续接受治疗——那么您可以进行二级上诉。

### **第 9.3 节 如何提出一级上诉以延长护理承保期限**

在二级上诉阶段，您可请求质量改进组织重新审议您首次上诉的决定。如果质量改进组织拒绝了您的二级上诉，您可能需要支付家庭健康护理、专业护理机构服务或综合门诊康复机构 (CORF) 的全部费用，自我们告知您的保险将终止之日起算。

#### **第 1 步：请再次联系质量改进组织并要求进行复审。**

- 您必须在质量改进组织**拒绝**您的一级上诉后的 **60 个日历日内** 申请此次复审。只有在您的承保结束后仍继续接受治疗的情况下，您才能申请此项审核。

#### **第 2 步：质量改进组织将对您的情况进行二次复审。**

- 该机构的评审团队将重新仔细审阅与您上诉相关的所有信息。

#### **第 3 步：在收到您的上诉申请后的 14 个日历日内，评审团队将就您的上诉作出决定并通知您结果。**

#### **如果独立审查机构表示同意，会怎么样？**

- 我们必须向您**报销**自我们通知您的保险终止之日起，您所获得护理中我们应承担的那部分费用。我们必须继续提供承保 只要医疗上必要，就要持续照护。
- 您需继续承担您应承担的费用，并且可能存在适用的承保范围限制。

#### **如果独立审查机构表示拒绝，会怎么样？**

- 这意味着他们同意了对您一级上诉所作出的决定。
- 您收到的书面通知将告知如何进行后续审核流程。它将为您提供如何进行下一级上诉的详细信息，该上诉将由行政法官或律师评审员处理。



**第 4 步：**如果结果仍是否决，您需要决定是否要进一步提出上诉。

- 在二级上诉之后，还有另外 3 个级别的上诉（总共 5 级上诉）。如需进行三级上诉，具体操作方式详见二级上诉裁决后收到的书面通知。
- 三级上诉由行政法官或律师裁决员处理。本章第 10 节将详细说明三、四、五级上诉流程。

## **第 10 节 将您的上诉推进至三级、四级和五级**

---

### **第 10.1 节 医疗服务请求的三级、四级和五级上诉**

如果您已进行过一级和二级上诉，且两次上诉均被驳回，本节内容可能适用于您。

如果您所上诉的项目或医疗服务的金额达到一定最低标准，您可能能够进行更高级别的上诉。如果金额低于最低标准，您将无法继续上诉。您收到的二级上诉书面答复将说明如何进行三级上诉。

对于大多数涉及上诉的情况，最后三级上诉的处理方式与前两级大致相同。以下是这些级别中负责审核您上诉的人员安排。

#### **三级上诉**

行政法官 或联邦政府雇用的律师裁决员将审核您的上诉并给予答复。

- 如果行政法官或律师裁决员同意您的上诉，上诉流程 *可能会结束，也可能不会结束*。与二级上诉决定不同，我们有权就对您有利的三级决定提出上诉。如果我们决定上诉，个案将进入四级上诉。
  - 如果我们决定 *不* 上诉，我们必须在收到行政法官或律师裁决员决定后的 60 个日历日内批准或向您提供医疗护理。
  - 如果我们决定对裁决提出上诉，会将第四级上诉申请及相关文件的副本寄送给您。在争议医疗护理的授权或提供前，我们可能会等待第四级上诉的裁决结果。
- 如果行政法官或律师裁决员拒绝您的上诉，上诉流程 *可能就此终结，亦可能尚未结束*。
  - 如果您接受驳回上诉的裁决，则上诉流程终止。
  - 如果不愿接受该裁决，您可以继续进入下一级审查程序。您收到的通知将说明四级上诉的具体操作方式。

## 四级上诉

**Medicare 上诉委员会**（简称委员会）将审核您的上诉并作出答复。该委员会隶属于联邦政府。

- 如果裁决支持上诉，或委员会拒绝我方对有利的三级上诉进行复审的请求，则上诉流程 **可能** 终结，亦 **可能** 尚未结束。与二级决定不同，我们有权就对您有利的四级决定提出上诉。我们将决定是否提出五级上诉。
  - 如果我们决定不提出上诉，必须在收到委员会裁决后 60 个日历日内授权或提供相关医疗护理。
  - 如果决定上诉，我们将书面通知您。
- 如果裁决驳回上诉或委员会拒绝复审请求，上诉流程 **可能** 终止，亦 **可能** 尚未结束。
  - 如果您接受该驳回裁决，则上诉流程终止。
  - 如果不愿接受该裁决，您或许可以进入下一级审查程序。如果委员会拒绝您的上诉，您收到的通知将说明是否允许进行第五级上诉以及具体操作方式。

## 五级上诉

联邦地区法院的法官将审理您的上诉。

- 法官将审核所有信息并对您的请求作出 **批准** 或 **驳回** 的决定。这是最终结果。联邦地区法院之后没有更高上诉层级。

## 第 10.2 节 D 部分药物申请的三级、四级和五级上诉

如果您已进行过一级和二级上诉，且两次上诉均被驳回，本节内容可能适用于您。

如果您所上诉药物的价值达到特定金额，您可能有机会进入更高层级的上诉程序。如果金额未达标准，则无法继续上诉。二级上诉的书面答复将说明如何进行三级上诉及联系人信息。

对于大多数涉及上诉的情况，最后三级上诉的处理方式与前两级大致相同。以下是这些级别中负责审核您上诉的人员安排。

## 三级上诉

由行政法官或联邦政府雇用的律师裁决员 将复核您的上诉并作出裁决。

- 如果裁决通过，则上诉流程终止。我们必须在收到决定后 **72 小时内**（加急上诉为 **24 小时**）**批准** 或提供行政法官/律师裁决员核准的药物承保，或在 **30 个日历日内** 完成付款。

- 如果行政法官或律师裁决员拒绝您的上诉，上诉流程 *可能*就此终结，亦 *可能*尚未结束
  - 如果您接受该驳回裁决，则上诉流程终止。
  - 如果不愿接受该裁决，您可以继续进入下一级审查程序。您收到的通知将说明四级上诉的具体流程。

## 四级上诉

**Medicare 上诉委员会**（简称委员会）将审核您的上诉并作出答复。该委员会隶属于联邦政府。

- 如果裁决通过，则上诉流程终止。我们必须在收到决定后 **72 小时内**（加急上诉为 **24 小时**）**批准 或提供**评审委员会核准的药物承保，或在 **30 个日历日内**完成付款。
- 如果裁决驳回上诉或委员会拒绝复审请求，上诉流程 *可能*终止，亦 *可能*尚未结束。
  - 如果您接受该驳回裁决，则上诉流程终止。
  - 如果不愿接受该裁决，您或许可以进入下一级审查程序。如果委员会拒绝您的上诉，通知将告知您是否可进行五级上诉及具体操作方式。

## 五级上诉

联邦地区法院的法官将审理您的上诉。

- 法官将审核所有信息并对您的请求作出 *批准*或*驳回*的决定。这是最终结果。联邦地区法院之后没有更高上诉层级。

---

## 提出投诉

---

## 第 11 节 如何就护理质量、等待时间、客户服务或其他问题提出投诉

---

### 第 11.1 节 投诉流程受理的问题类型？

投诉流程 *仅适用于*特定类型的问题，包括护理质量、等待时间和客户服务相关问题。以下是通过投诉流程处理的问题示例。

投诉	示例
您的医疗护理质量	<ul style="list-style-type: none"><li>• 您对所接受的护理质量（包括医院内的护理）感到不满吗？</li></ul>
尊重您的隐私	<ul style="list-style-type: none"><li>• 是否有人未尊重您的隐私权或泄露了机密信息？</li></ul>

投诉	示例
遭遇不尊重、客服不佳或其他负面行为	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 有人对您不礼貌或不尊重吗？</li> <li>• 您对我们的客户服务不满意吗？</li> <li>• 是否感觉被诱导退出本计划？</li> </ul>
等待时间	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 预约困难或等待时间过长？</li> <li>• 是否被医生、药剂师或其他医疗专业人员长时间耽搁？或是被我们客户服务及计划内其他人员拖延？ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 例如电话等待过久、候诊室或检查室滞留时间过长、取药延迟等。</li> </ul> </li> </ul>
卫生状况	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 对诊所、医院或医生诊所的卫生状况或环境不满意？</li> </ul>
您从我们这里获取的信息	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 我们是否未能向您提供必要的通知？</li> <li>• 我们的书面材料是否难以理解？</li> </ul>
时效性 （此类投诉涉及我们关于承保决定和上诉处理的及时性问题）	<p>如果您要求承保决定或提出上诉后认为我们回应不够迅速，可就此提出投诉。以下是一些示例：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您要求快速承保决定或快速上诉遭拒时，可提出投诉。</li> <li>• 认为我们未遵守承保决定或上诉的截止期限时，可提出投诉。</li> <li>• 认为我们未按时承保或报销已批准的特定医疗项目、服务或药物时，可提出投诉。</li> <li>• 认为我们未按要求及时将您的个案转交独立评审机构时，您可提出投诉。</li> </ul>

## 第 11.2 节 如何提出投诉

### 法律术语：

投诉也称为申诉。

提出投诉称为提交申诉。

使用投诉流程称为使用申诉提交流程。

快速投诉称为加急申诉。

### 第 1 步：请及时通过电话或书面形式联系我们。

- 如需任何帮助，致电客户服务部 **503-574-8000 或 1-800-603-2340 (TTY: 711)** 通常是第一步。如果有其他需要办理的事项，客户服务部会告知您。
- 如果不愿致电（或致电后未获得满意答复），您可将投诉内容以书面形式寄送给我们。书面投诉将会获得我们的书面回应。
- 如需提出投诉，您或其指定代表可拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340 (TTY: 711)。也可将书面投诉信寄至上诉与投诉部门，地址如下：Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances Department, P.O. Box 4158, Portland, OR 97208-4158。
- 投诉时效为自发生可投诉事件之日起 60 个日历日内

### 第 2 步：我们将调查您的投诉并给您答复。

- 如果可能的话，我们会立即回复您。如果通过电话提出投诉，我们可能当场予以解答。
- 大多数投诉会在 **30 个日历日内** 处理完毕。如需更多信息且延期符合您的利益，或您要求延长时间，我们最多可延长 14 个日历日（总计 44 个日历日）来答复您的投诉。如果我们决定延长时间，将书面通知您。
- 如果因我们拒绝提供快速承保决定或快速上诉而提出投诉，将自动启动快速投诉程序。快速投诉意味着我们将在 **24 小时内** 给您答复。
- 如果我们不同意投诉的部分或全部内容，或不对投诉问题承担责任，将在答复中说明理由。

### 第 11.3 节 您还可向质量改进组织提出医疗质量投诉

当投诉涉及*医疗质量*时，您另有两种选择：

- 您可直接向质量改进组织提出投诉。质量改进组织是由联邦政府资助的执业医师和医疗专家团队，负责监督和改进 Medicare 患者的医疗服务质量。第 2 章有联系信息。
- 或
- 您可以同时向质量改进组织和我们提出投诉。

### 第 11.4 节 您也可以向 Medicare 投诉您的意见

您可以直接向 Medicare 投诉 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划。如要向 MEDICARE 提交投诉，请访问 [www.MEDICARE.gov/my/MEDICARE-complaint](http://www.MEDICARE.gov/my/MEDICARE-complaint)。您也可致电 1-800-MEDICARE（1 800 633 4227）。TTY/TDD 用户请拨打 1-877-486-2048。

---

## 关于您的 Medicaid 福利问题

---

---

### 第 12 节 处理关于 Medicaid 福利的问题

---

#### 第 12.1 节 如何通过俄勒冈健康计划 (Medicaid) 提出投诉或申诉

如果您对俄勒冈健康计划 (Medicaid)、您所属的协调护理组织、提供者或所获服务有任何不满，均可提出申诉或投诉。如果您参加了俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织，请致电其客户服务部门或发送信函。他们将在 5 天内致电或写信联系您，提供正式答复或告知您需要更多时间来完成审核。如需更多时间，我们将在 30 天内对您的投诉作出正式回复。他们需在 30 天内处理您的投诉。如果您是按服务收费 (FFS) 的客户，请拨打 1-800-273-0557（TTY 用户请拨打 711）联系俄勒冈健康计划 (Medicaid) 客服中心。

#### 第 12.2 节 如何对决定提出上诉

如果您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织或俄勒冈健康计划 (Medicaid) 拒绝、中止或减少提供者所安排的医疗、牙科或行为健康服务，您将通过邮件收到一封“**行动通知/福利拒绝**”函件。这封信解释了他们的决策缘由。这封信将指导您如何通过您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 提交上诉。如果您不同意我们的决定，您有权要求我们进行更改。您可以通过申请上诉来做到这一点。您必须在“通知日期”起 60 天内提交您的请求，该日期标注于《处理通知/福利拒绝函》上。

在上诉过程中，您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织将安排医疗专业人士复核您的个案。如需提出上诉：

- 请致电或写信联系您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织客户服务部；
- 如果您参加的是按服务收费的 OHP 计划，请致电或写信联系俄勒冈健康计划 (Medicaid) 管理部门。

收到上诉决议后如果仍不同意结果，您可以要求举行听证会。您必须在《上诉决议通知函》标注的“通知日期”起 120 天内提出申请。您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织在寄送《处理通知函》时会附上此表格。您也可通过以下方式获取您偏好语言的表格：致电您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织、联系 OHP 客服中心或访问网站 [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx)。

如需上诉协助，请致电您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织。您将在 16 天内收到他们发出的《上诉决议通知》。该文件将告知您评审人员是否同意 OHP 或您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织的决定。在此期间，如果符合以下条件，您可能可继续获得即将终止的服务：

- 向您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织提出继续服务的申请；且

- 申请时间不晚于《处理通知/不利福利决定书》或《上诉决议通知》日期后的第十天。

如果您在生效日后才收到信函，请致电获取指导。如果评审人员支持原决定，您可能需要支付《处理通知/福利拒绝函》生效日后所产生的服务费用。

### 如果您需要加急上诉

如果您和您的服务提供者认为存在无法等待常规上诉的紧急医疗、牙科或心理健康问题，请立即告知您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织需要加急上诉。将您的请求传真给他们。请附上服务提供者的说明，或请其致电解释紧急情况的具体原因。如果您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织认定情况紧急，他们将在 72 小时内致电告知决定。

### 提供者上诉

当提供者的医嘱被俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织拒绝时，您的提供者有权为您提出上诉。

## 第 12.3 节 如何申请州公平听证会

俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织会员及 FFS OHP 参保人可要求与俄勒冈州行政法官举行听证会。您需在收到“上诉决议通知”之日起 120 天内向 OHP 申请听证。

如果您不同意“上诉决议通知”函中的决定，可通过填写《医疗服务拒绝上诉及听证请求表》(DMAP 3302) 要求举行听证。您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织在寄送“处理通知/福利拒绝”函时将附上此表格。您也可致电您的俄勒冈健康计划 (Medicaid) 协调护理组织或 OHP 客服中心，获取您首选语言的表格版本。您还可以在线查询：  
[www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx)。

在听证会上，您可向法官说明不同意该决定的原因以及为何应承保相关服务。您无需律师代理，但可聘请律师或邀请其他人（例如您的医生）陪同出席。如果聘请律师，您需自行承担律师费用。或可拨打公益服务热线（俄勒冈法律援助服务处与俄勒冈法律中心合作项目）1-800-520-5292（TTY 用户请拨打 711）获取咨询及可能的代理服务。免费法律协助信息亦可见：[www.oregonlawhelp.org](http://www.oregonlawhelp.org)。

### 如果您需要快速（加急）审理

您与您的提供者如果认为存在无法等待常规听证的紧急医疗情况，请将听证请求表传真至 OHP 听证单元：503-945-6035。需附上您的提供者说明紧急原因的陈述函。如果 OHP 医疗主管认同情况紧急，听证单元将在三个工作日内致电联系您。

## 第 12.4 节 重要须知

Providence Health Assurance 客户服务人员可协助您提交投诉。如果您需要帮助，请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），要求与客服代表通话。

对决定提出上诉不会影响您在 Providence Health Assurance 的服务延续。但如果维持拒绝或限制服务的决定，您可能需要支付上诉期间所产生的服务费用。



## 第 10 章： 终止本计划会员资格

### 第 1 节 终止您的计划会员资格

---

退出 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划可能是**自愿**（您自主选择）或**非自愿**（非您自主选择）：

- 您可能因决定 **主动退出** 而离开本计划。第 2 节和第 3 节提供了关于自愿终止会员资格的信息。
- 在特定情况下，我们也被要求终止您的会员资格。第 5 节说明了我们必须终止您会员资格的情形。

如果您决定退出计划，在本计划会员资格终止前，我们仍将继续提供医疗护理和处方药服务，您也需继续支付分摊费用。

### 第 2 节 何时可以终止您的计划会员资格？

---

#### 第 2.1 节 同时拥有 Medicare 和 Medicaid 的会员可能具备终止资格的条件

大多数 Medicare 参保人仅可在每年特定时段终止会员资格。由于您享有 Medicaid，因此您可以在一年中的任何月份选择以下一种 Medicare 选项，结束您在本计划中的会员资格：

- Original Medicare **搭配**独立的 Medicare 处方药计划，
- Original Medicare **不选择**独立 Medicare 处方药计划（如果选择此选项但获得额外帮助，除非您已选择退出自动参保，否则 Medicare 可能会为您加入药物计划），或
- 如果符合资格，综合 D-SNP 可在一项计划中提供 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

**请注意：**如果您退出 Medicare 药物保险、不再获得额外帮助，并连续 63 天或更长时间没有可抵扣药物保险，之后加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期投保罚金。

- 请致电 1-800-273-0557 联系您所在州的 Medicaid 办公室，了解 Medicaid 计划选项。
- 其他 Medicare 健康计划选项可在**开放参保期**内选择。第 2.2 节将详细说明开放参保期相关信息。

- 您的会员资格通常会在我们收到您变更计划申请后的次月首日终止。您新计划的参保也将于同日起生效。

## 第 2.2 节 您可在开放参保期内终止会员资格

您可在每年**开放参保期**内终止会员资格。请在此期间重新评估您的医疗和药物保险，并为来年做出保险决策。

- **开放参保期**为每年 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- 您可选择保留当前保险或为来年调整保险方案。如果决定更换新计划，可从以下类型中选择：
  - 其他包含或不包含药物保险的 Medicare 健康计划。
  - Original Medicare 包含独立 Medicare 药物计划
  - Original Medicare 不包含独立的 Medicare 药物计划
  - 如果符合资格，综合 D-SNP 可在一项计划中提供 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

**您获得处方药付款的 Medicare 额外帮助：**当转投 Original Medicare 但未参保独立 Medicare 处方药计划时，Medicare 可能会自动为您加入药物计划，除非您已选择退出自动承保。

**请注意：**如果您退出 Medicare 药物保险、不再获得额外帮助，并连续 63 天或更长时间没有可抵扣药物保险，之后加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期投保罚金。

- 您的会员资格将在新计划的承保于 **1 月 1 日开始之时**终止

## 第 2.3 节 您可以在 Medicare Advantage 开放参保期内终止会员资格

您每年可在 **Medicare Advantage 开放参保期**内对健康承保进行一次变更

- **Medicare Advantage 开放参保期**为每年 1 月 1 日至 3 月 31 日，对于新加入 Medicare 并已登记 MA 计划的受益人，则从享有 A 部分和 B 部分权益的当月起至权益第三个月的最后一天止
- 在 **Medicare Advantage 开放参保期**内，您可以：
  - 转投另一个含或不含药物承保的 Medicare Advantage 计划。
  - 退出本计划，转而通过 Original Medicare 获得承保。如果在此期间转投 Original Medicare，您还可以同时加入独立的 Medicare 药物计划。
- 您的会员资格将在您加入其他 **Medicare Advantage** 计划的次月首日，或我们收到您转投 **Original Medicare** 的申请时终止。如果您同时选择加入 Medicare 药物计划，药物计划的会员资格将在该计划收到您参保申请后的次月首日开始。

## 第 2.4 节 在特定情况下，您可以在特殊参保期内终止会员资格

在某些情况下，您可能有权在一年中的其他时间终止会员资格。这被称为**特殊参保期**。

如果以下任何情况适用于您，您可能有权在特殊参保期内终止会员资格。这些只是示例。如需完整清单，请联系本计划、致电 Medicare 或访问 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)。

- 通常，当您搬家
- 如果您持有俄勒冈健康计划 (Medicaid)
- 如果您符合额外帮助资格以支付 Medicare 药物费用
- 如果我们违反了与您的合同
- 如果您在护理机构（如疗养院或长期护理 (LTC) 医院）接受照料
- 如果您加入长者全包护理计划 (PACE)
- **请注意：**如果您参与药物管理计划，可能仅符合特定特殊参保期的资格。第 5 章第 10 节详细说明了药物管理计划的相关信息。
- **请注意：**第 2.1 节介绍了针对 Medicaid 受益人的特殊参保期。

### 参保时间范围因具体情况而异

若要确认您是否符合特殊参保期资格，请拨打 Medicare 电话 1-800-MEDICARE

（1-800-633-4227）TTY 用户请拨打 1-877-486-2048 如果因特殊情况符合终止会员资格的条件，您可选择同时变更 Medicare 健康和药物承保。您可以选择：

- 可选择含或不含药物承保的其他 Medicare 健康计划
- Original Medicare 包含独立的 Medicare 药物计划
- Original Medicare 不包含独立的 Medicare 药物计划
- 如果符合资格，综合 D-SNP 可在一项计划中提供 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

**请注意：**如果您退出 Medicare 药物保险、不再获得额外帮助，并连续 63 天或更长时间没有可抵扣药物保险，之后加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期投保罚金。

**如果您获得处方药付款的 Medicare 额外帮助：**如果您转为 Original Medicare 但未加入独立 Medicare 药物计划，Medicare 可能会自动为您参保药物计划，除非您选择退出自动参保。

您的会员资格通常将在提出变更计划申请后的次月首日终止

**请注意：**第 2.1 和 2.2 节详细说明了针对 Medicaid 和额外帮助受益人的特殊参保期。

## 第 2.5 节 提供关于终止会员资格时机的更多信息

如果您对终止会员资格有疑问，您可以：

- 致电客户服务部 **503-574-8000 或 1-800-603-2340**（TTY 用户请拨打 **711**）
- 在《**Medicare 与您 2026**》手册中查找相关信息
- 拨打 **Medicare** 电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（TTY 用户请拨打 1-877-486-2048）

## 第 3 节 如何终止您在本计划中的会员资格

下表说明了如何终止您在本计划中的会员资格。

转至以下计划：	具体操作如下：
另一项 <b>Medicare</b> 健康计划	<ul style="list-style-type: none"><li>• 加入全新的 Medicare 健康计划。</li><li>• 当新计划的承保生效时，您将自动从 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划中注销。</li></ul>
<b>Original Medicare</b> 包含独立的 Medicare 药物计划	<ul style="list-style-type: none"><li>• 加入新的 Medicare 药物计划。</li><li>• 当新药物计划的承保生效时，您将自动从 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划中注销。</li></ul>
<b>Original Medicare</b> 不包含独立的 Medicare 药物计划	<ul style="list-style-type: none"><li>• 向我们提交书面注销申请。如需了解具体操作方式，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。</li><li>• 您亦可拨打 <b>Medicare</b> 电话 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）要求注销。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。</li><li>• 当您的 Original Medicare 承保生效时，您将从 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 计划中注销。</li></ul>

**请注意：**如果您退出 Medicare 药物保险、不再获得额外帮助，并连续 63 天或更长时间没有可抵扣药物保险，之后加入 Medicare 药物计划时可能需要支付 D 部分逾期投保罚金。

**第 10 章终止本计划会员资格**

---

关于俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利的咨询，请致电俄勒冈健康计划 (Medicaid) 免费热线：1-800-273-0557，TTY：711，服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。请了解加入其他计划或回归 Original Medicare 将如何影响您获得俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的承保范围

**第 4 节 在会员资格终止前，您必须通过本计划继续获取医疗物品、服务和药物**

---

在您的会员资格终止且新的 Medicare 和 Medicaid 承保开始之前，您必须继续通过本计划获取医疗物品、服务及处方药物

- 请继续通过我们的网络内提供者获得医疗护理。
- 请继续使用我们的网络药房或邮购服务 来配取您的处方药
- 如果您在会员资格终止当日住院，您的住院治疗将由本计划承担直至出院（即使您的新健康保险开始后出院）

**第 5 节 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 必须在特定情况下终止您的计划会员资格**

---

如果发生以下任何情况，**Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)** 必须终止您的会员资格：

- 如果您不再拥有 Medicare A 部分和 B 部分
- 如果您不再符合 Medicaid 计划的资格。如第 1 章第 2.1 节所述，本计划适用于同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格的人士一旦计划获知您不再满足这些特殊资格要求，您将有一个月的时间来重新满足计划的特殊资格要求 如果在此一个月期限结束时您仍不符合本计划的特殊资格要求，您的会员资格将被终止 您将收到我们发出的会员资格终止通知及可选方案说明 在此期间，我们将继续提供所有 Medicare Advantage 计划所承保的 Medicare 福利 但俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能不再承保州计划中包含的 Medicaid 福利，也可能不再支付原本可由俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承担的 Medicare 保费或费用分摊。
- 如果您搬离我们的服务范围
- 如果您离开我们的服务范围超过 6 个月
  - 如果您搬迁或长途旅行，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），确认您前往的地点是否属于本计划的承保范围。
- 如果您被监禁（即入狱）

- 如果您不再是美国公民或不再合法居留于美国
- 如果您隐瞒其他药物保险的信息
- 如果您在加入本计划时故意提供不实信息，且该信息影响了您的参保资格。（除非事先获得 Medicare 的批准，否则我们无法因此让您退出本计划。）
- 如果您持续表现出破坏性行为，使我们难以为您和本计划的其他会员提供医疗护理。（除非事先获得 Medicare 的批准，否则我们无法因此让您退出本计划。）
- 如果让他人使用您的会员卡获取医疗护理。（除非事先获得 Medicare 的批准，否则我们无法因此让您退出本计划。）
  - 如果我们因此终止您的会员资格，Medicare 可能会将您的个案交由总监察长办公室调查。

如果您对如何终止会员资格有疑问或需要更多信息，请致电客户服务部门，电话：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。

### 第 5.1 节 我们 不会 因任何健康相关原因要求您退出本计划

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 无权以任何健康相关为由要求您退出本计划。

如果发生这种情况，您该怎么办？

如果您因健康相关原因被要求退出本计划，请致电 MEDICARE 热线 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

### 第 5.2 节 如果我们终止了您的计划会员资格，您有权提出投诉

如果我们终止您的会员资格，我们将以书面形式向您说明终止原因。我们还需说明如何对我们的终止您会员资格的决定提出申诉或进行投诉。



# 第 11 章： 法律声明

## 第 1 节 管辖法律声明

---

本承保范围说明书文件适用的主要法律依据是《社会保障法》第十八编，以及 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 根据《社会保障法》制定的相关法规。此外，其他联邦法律也可能适用，并且在某些情况下，您所在州的法律同样适用。即使本文件中未包含或解释这些法律，它们仍可能影响您的权利与责任。

## 第 2 节 不歧视声明

---

我们不会基于种族、民族、国籍、肤色、宗教、性别、年龄、精神或身体障碍、健康状况、索赔经历、医疗史、遗传信息、可保性证明或服务范围内的地理位置歧视。所有提供联邦 Medicare Advantage 计划（如本计划）的机构都必须遵守联邦反歧视法律，包括《1964 年民权法案》第六编、《1973 年康复法案》、《1975 年年龄歧视法案》、《美国残疾人法案》、《平价医疗法案》第 1557 条、所有其他适用于接受联邦资助机构的法规，以及任何其他适用法律与规则。

如果您需要了解更多信息或对歧视待遇存有疑虑，请致电美国卫生与公众服务部民权办公室 1-800-368-1019（TTY 1-800-537-7697），或联系您当地的民权办公室。您也可通过卫生与公众服务部民权办公室官网 [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html) 查阅相关信息。

如果您身有障碍且需要就医协助，请致电客户服务部 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）。如遇投诉（例如轮椅通道问题），客户服务部可提供协助。

## 第 3 节 Medicare 次要付款人代位求偿权声明

---

我们有权且有责任收取那些 Medicare 并非主要支付方的已承保 Medicare 服务费用。根据 CMS 法规 42 CFR 第 422.108 和 423.462 条规定，作为 Medicare Advantage 组织，Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 将行使与卫生部长在 42 CFR 第 411 部分 B 至 D 子部分 CMS 法规下相同的追偿权利，且本节规定优先于任何州法律。



## 第 4 节 异常情形声明

---

以下为特殊情况示例：设施全部或部分损毁、战争暴动、内乱、劳工纠纷（非 Providence Health Assurance 可控范围）、重大灾难、医院重要人员残疾、疫情或类似原因。如果因特殊情况导致本协议项下服务及福利的提供延迟或不可行，Providence Health Assurance 将在现有设施和人员限制内尽力提供相关服务及福利。对于特殊情况，Providence Health Assurance、医院及医生均不对延迟或未能提供服务及其他福利承担任何责任。

## 第 5 节 第三方责任

---

本节说明当您接受可能由第三方承担责任的服务时应履行的义务。“第三方”指除您或 Providence（即“第一方”和“第二方”）之外的任何个人或机构，包括为您提供任何承保的保险公司。

1. 一旦确定任何第三方有责任且有能力支付您已接受的服务费用，Providence 将不再承担这些服务的费用。
2. Providence 需要您提供详细信息。Providence Medicare Advantage 计划或其合作的代位追偿供应商将向您发送问卷，请务必尽快填写并返回。如有疑问，请联系我们。Providence Medicare Advantage 计划中专门负责此领域的员工可为您提供协助。
3. 如果您向第三方提出索赔，必须告知该方 Providence 享有的权益。
4. 在 Medicare 允许的最大范围内，Providence 有权从第三方获得的任何赔偿中收回款项，无论该赔偿是否列明用于医疗费用或其他用途，也无论您的损失是否得到“完全弥补”。Providence 有权从工伤赔偿中获得还款，无论该损失是否符合相关法律的赔偿规定。
5. 普罗维登斯有权获得全额福利价值的还款，按 Providence 常规收费标准计算，并扣除为获得赔偿所产生的按比例分摊的费用和律师费。
6. 在接受第三方索赔和解前，您必须书面通知 Providence 所提供的条款。
7. 如果第三方未向 Providence 还款，您必须偿还 Providence。Providence 可能会向您的医疗提供者请求退款，随后这些提供者将向您开具账单。
8. 您必须配合 Providence 从第三方获取与 Providence 已承保/支付服务相关的还款。如果您聘请律师，必须要求律师在法律允许的最大范围内协助向 Providence 偿还从第三方获得的任何赔偿。

**第 11 章法律声明**

---

9. 在您获得第三方赔偿后，必须支付所有 Providence 本应支付的疾病或 injury 治疗医疗费用。
10. 只有当您向 Providence 证明赔偿金已用尽时，Providence 才会重新开始支付。随后，Providence 将支付超出净赔偿额的服务费用部分。
11. 如果您未能偿还 Providence，Providence 可从本计划下未来应得的福利中扣除还款，或将您的账户转交外部催收机构以收回欠款。
12. 如果您未向责任第三方提出索赔，或未能配合 Providence 进行已提出的索赔，Providence 可直接向第三方收款。在 Medicare 允许的最大范围内，Providence 可代行您对第三方的权利，以您的名义起诉第三方，介入您提起的任何诉讼，并对赔偿金设置留置权，范围以 Providence 已支付的福利或为获得赔偿所产生的费用为限。
13. 如未能完全履行本协议所述责任，根据适用法律允许的最大范围，Providence 可能拒绝支付福利和/或终止您的保险。



## 第 12 章： 定义

**门诊手术中心**——门诊手术中心是专门为不需要住院且预计在中心停留时间不超过 24 小时的患者提供门诊手术服务的机构。

**上诉**——如果您不同意我们拒绝承保医疗服务或处方药、或拒绝支付已接受服务或药物费用的决定，您可以提出上诉。如果您不同意我们终止正在接受的服务之决定，也可提出上诉。

**福利期**——本计划与 Original Medicare 均采用此标准来衡量您对专业护理机构服务的使用情况。福利期从您入住专业护理机构之日起开始计算。当您连续 60 天未在专业护理机构接受任何专业护理后，该福利期即告结束。如果在一个福利期结束后再次入住专业护理机构，则将开始新的福利期。福利期没有次数限制。

**生物制药**——指利用动物细胞、植物细胞、细菌或酵母等天然活体来源制成的处方药。生物制药比其他药物更复杂，无法被精确复制，因此其替代款药物被称为生物仿制药。（参见“**原研生物制药**”和“**生物仿制药**”）。

**生物仿制药**——与原研生物制药高度相似但不完全相同的生物制药。生物仿制药的安全性和有效性与原研生物制药相当。部分生物仿制药可在药房直接替代原研生物制药，无需新处方（参见“**可互换的生物仿制药**”）。

**品牌药**——指由最初研发该药物的制药公司生产并销售的处方药。品牌药与通用版本药物具有相同的活性成分配方。但仿制药由其他药物制造商生产销售，通常需待品牌药专利到期后才可上市。

**重大伤病承保阶段**——当您（或代表您的其他合格方）在某承保年度内为 D 部分承保药物支付达到 2,100 美元时，即进入该药物福利阶段。在此付款阶段，您无需为您的 D 部分承保药物支付任何费用。

**Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS)**——负责管理 Medicare 的政府机构。

**慢性病特殊需求计划 (C-SNP)**——C-SNP 是一种仅限患有特定严重慢性疾病的 MA 计划合格者加入的特殊需求计划。

**共同保险**——在支付免赔额后，您可能需要按一定比例（例如 20%）承担医疗服务或处方药费用的金额。

## 第 12 章重要词汇定义

---

**投诉**——提出投诉的正式名称为“**提交申诉**”。投诉流程仅适用于特定类型的问题。包括护理质量、等候时间及客户服务相关问题。如果本计划未遵守上诉流程时限规定，也可提出投诉。

**综合门诊康复机构 (CORF)**——主要提供疾病或损伤后康复服务的机构，服务内容包括物理治疗、社交或心理服务、呼吸治疗、职能治疗、言语语言病理服务以及家居环境评估服务。

**共付额**——您可能需要为医疗服务和用品（如就诊、医院门诊或处方药）自费承担的部分金额。共付额是固定金额（例如 10 美元），而非按比例计算。

**费用分摊**——费用分摊指会员获取服务或药物时需要支付的金额，包含以下三类支付的任意组合：(1) 保险计划承保前可能设定的免赔额或药物自付额；(2) 接受特定服务或药物时保险计划要求的固定共付额；或 (3) 按服务或药物总费用百分比计算的共同保险额，即接受特定服务或药物时保险计划要求支付的金额。

**承保决定**——关于您所开具药物是否纳入本计划承保范围以及处方药自付金额（如有）的裁定。一般情况下，如果药房告知您的处方不在本计划承保范围内，这不构成承保决定。您需致电或书面联系本计划申请正式承保裁定。本文件中将承保范围裁定称为**承保决定**。

**承保药物**——本计划承保的所有药物的统称。

**承保服务**——本计划承保的所有医疗服务和用品的统称。

**等效处方药保险**——预期平均支付额度不低于 Medicare 标准处方药保险的药物承保（例如雇主或工会提供的保险）。拥有此类保险的人士在符合 Medicare 资格时，通常可保留该保险。如果日后决定加入 Medicare 处方药计划，一般无需支付罚金。

**监护式护理**——监护式护理指在养老院、临终关怀机构或其他设施中，当您不需要专业医疗或护理服务时提供的个人生活照料。由非专业受训人员提供的监护式护理包括协助完成日常活动，如沐浴、穿衣、进食、上下床椅、移动及如厕等。也可能包含多数人可自行完成的健康相关护理，例如滴眼药水。Medicare 不承担日常护理的费用。

**客户服务部**——本计划内负责解答会员资格、福利、投诉及上诉问题的部门。

**每日费用分摊费率**——当医生开具不足整月量的特定药物且需支付共付额时，可能适用每日费用分摊费率。每日费用分摊费率等于共付额除以每月供应量对应的天数。示例：如果某药物 30 日供应量的共付额为 30 美元，则每日费用分摊费率为 1 美元。

**免赔额**——本计划开始支付前，您需自行承担的医疗或处方费用金额。

**退出计划或退保**——终止您在本计划中会员资格的过程。

**配药费**——每次调配承保药物时收取的费用，用于支付处方配药成本，例如药剂师准备和包装处方的时间。

**双重资格特殊需求计划 (D-SNP)**——D-SNP 面向同时符合 Medicare（《社会保障法》第十八编）和 Medicaid（第十九编）州计划援助资格的人士。各州承担部分或全部 Medicare 费用，具体取决于所在州及个人参保资格。

**双重资格参保人**——同时符合 Medicare 和俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保资格的人士。

**耐用医疗设备 (DME)**——经医生为医疗目的开具处方的特定医疗器材。例如助行器、轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、静脉输液泵、语音生成设备、氧气设备、雾化器，或由提供者订购的家用病床。

**紧急情况**——医疗紧急情况是指您或任何具备普通健康和医学知识的谨慎非专业人士认为，您出现需要立即就医的症状，以防止生命丧失（如果为孕妇则包括胎儿丧失）、肢体丧失或功能丧失，或身体机能丧失或严重受损。此类医疗症状可能表现为疾病、外伤、剧烈疼痛，或病情急剧恶化的医疗状况。

**急诊护理**——符合以下条件的承保服务：1) 由具备急诊服务资质的提供者提供；且 2) 用于治疗、评估或稳定紧急医疗状况。

**承保范围说明书 (EOC) 和披露信息**——本文件与参保表及其他附件、附加条款或可选保险项目共同阐明了承保范围、我们的义务、您的权利以及作为计划会员应履行的责任。

**例外申请**——一种承保决定，如果获批准，您可获取未列入我们处方药清单的药物（处方药清单例外申请）。当计划要求您先尝试其他药物才可获取申请药物、要求事先授权而您希望我们豁免限制标准，或对申请药物设有限量或剂量规定时（药物清单特例），您也可申请特例审批。

**额外帮助**——一项 Medicare 计划，旨在帮助收入和资源有限的人群支付 Medicare 处方药计划的相关费用，如保费、免赔额和共同保险。

**仿制药**——经 FDA 批准、与品牌药含有相同活性成分的处方药。通常，仿制药与品牌药效果相同且价格更实惠。

**申诉**——针对本计划、服务提供者或药房提出的投诉类型，包括对护理质量的投诉。此类申诉不涉及承保范围或支付纠纷。

**家庭健康助理**——提供无需持照护士或治疗师专业技能的服务人员，例如协助个人护理（如沐浴、如厕、穿衣或执行医嘱锻炼）。

## 第 12 章重要词汇定义

---

**临终关怀**——一项为经医学认证为临终期（即预期寿命不超过 6 个月）的会员提供特殊治疗的福利。本计划必须向您提供所在地区的临终关怀机构列表。如果选择临终关怀并继续支付保费，您仍属于本计划会员。您仍可获得所有医疗上必要的服务及我们提供的补充福利。

**住院治疗**——住院指因需要专业技术医疗服务而正式办理入院手续的医院留宿。即便在医院过夜，您仍可能被视为门诊病人。

**收入相关月度调整金额 (IRMAA)**——如果您两年前在美国国税局纳税申报表中报告的修正调整后总收入超过特定标准，则需支付标准保费金额及收入相关月调整金额（简称 IRMAA）。IRMAA 是在您保费基础上额外增加的费用。受此影响的 Medicare 参保人不足 5%，因此大多数人无需支付更高保费。

**初始承保阶段**——这是指您年度自付费用尚未达到自付额上限的阶段。

**初始参保期**——当您首次符合 Medicare 资格时，可参保 Medicare A 部分和 B 部分的时间段。如果您在年满 65 岁时符合资格，您的初始参保期是为期 7 个月的区间，从您 65 岁生日前 3 个月开始，包含您年满 65 岁的当月，并延续至生日后 3 个月结束。

**综合 D-SNP**——一种为同时符合 Medicare 和 Medicaid 资格的特殊人群，通过单一健康计划承保 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服务的 D-SNP 计划。这类人群也被称为全额福利双重资格者。

**机构特殊需求计划 (I-SNP)**——I-SNP 限定向符合 MA 资格、居住于社区但需要机构级别照护，或持续居住（或预计居住）特定长期护理机构至少 90 天的人群开放注册。I-SNPs 包括以下类型的计划：机构等效 SNP (IE-SNP)、混合机构 SNP (HI-SNP) 以及基于设施的机构 SNP (FI-SNP)。

**机构等效特殊需求计划 (IE-SNP)**——IE-SNP 限定向符合 MA 资格、居住于社区但需要机构级别照护的人群开放注册。

**可互换的生物仿制药**——一种可在药房直接替代原研生物制品使用的生物仿制药，因其满足关于自动替代潜力的附加要求，无需新处方即可调配。药房自动替代需遵循州法律规范。

**承保药物清单（处方集或药物清单）**——本计划承保的处方药物清单。

**低收入补贴 (LIS)**——请参见“额外帮助”。

**制造商折扣计划**——根据该计划，药物制造商将为本计划承保的 D 部分品牌药和生物制剂支付部分费用。折扣基于联邦政府与药物制造商达成的协议。

**最高公平价格**——指 Medicare 为选定药物协商确定的价格。

**最高自付额**——在日历年期间，您为 A 部分和 B 部分承保服务所需自付的最高金额。您支付的 Medicare A 部分和 B 部分保费以及处方药费用不计入最高自付限额。如果您符合俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的 Medicare 费用分摊援助资格，则无需为 A 部分和 B 部分承保服务支付任何达到最高自付限额的自付费用。(请注意：由于我们的会员还可获得 Medicaid 的帮助，因此很少有会员达到最高自付金额。)

**Medicaid (或称 Medicaid 援助)**——一项由联邦政府与州政府联合提供的计划，旨在为特定低收入和资源有限人群提供医疗费用援助。各州 Medicaid 计划虽有所不同，但如果您同时符合 Medicare 和 Medicaid 的资格，大多数医疗费用都将获得承保。

**医疗认可的适应症**——指药物用途获得 FDA 批准，或得到诸如《美国医院处方集药物信息》及《Micromedex DRUGDEX 信息系统》等权威参考资料支持的使用方式。

**医疗上必要**——指为预防、诊断或治疗您的健康状况所需，且符合公认医疗实践标准的服务、用品或药物。

**Medicare**——为 65 岁及以上人群、部分 65 岁以下有特定障碍的人士以及终末期肾病（需透析或肾移植治疗的永久性肾衰竭）患者提供的联邦健康保险计划。

**Medicare Advantage 开放参保期**——指从 1 月 1 日至 3 月 31 日的期间，在此期间，Medicare Advantage 计划的会员可以取消当前计划参保，转而选择其他 Medicare Advantage 计划或通过 Original Medicare 获得承保。如果您在此期间选择转为 Original Medicare，同时也可以加入一个独立的 Medicare 处方药计划。Medicare Advantage 开放参保期也在个人首次符合 Medicare 资格后的 3 个月内有效。

**Medicare Advantage (MA) 计划**——有时称为 Medicare C 部分。由与 Medicare 签约的私营公司提供的计划，旨在为您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分的福利。Medicare Advantage 计划可以是：i) HMO，ii) PPO，iii) 私营服务收费 (PFFS) 计划，或 iv) Medicare 医疗储蓄账户 (MSA) 计划。除了这些计划类型外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 计划也可以是特殊需求计划 (SNP)。在大多数情况下，Medicare Advantage 计划还提供 Medicare D 部分（处方药承保）。这些计划被称为**带处方药承保的 Medicare Advantage 计划**。

**Medicare 承保的服务**——由 Medicare A 部分和 B 部分承保的服务。所有 Medicare 健康计划必须覆盖 Medicare A 部分和 B 部分所承保的所有服务。“Medicare 承保的服务”一词不包括 Medicare Advantage 计划可能提供的额外福利，如视力、牙科或听力服务。



**Medicare 健康计划**——由与 Medicare 健康计划签约的私营公司提供的计划，为加入本计划的 Medicare 参保人提供 A 部分和 B 部分的福利。此术语包括所有 Medicare Advantage 计划、Medicare 成本计划、特殊需求计划、示范/试点计划以及全方位老年人护理计划 (PACE)。

**Medicare 药物承保 (Medicare D 部分)**——帮助支付门诊处方药、疫苗、生物制品以及 Medicare A 部分或 B 部分未承保的一些用品的保险。

**药物治疗管理 (MTM) 项目**——针对符合特定要求或参与药物管理计划的复杂健康需求提供的 Medicare D 部分计划。MTM 服务通常包括与药剂师或健康护理提供者进行药物审核的讨论。

**Medigap (Medicare 补充计划) 保单**——由私营保险公司销售，用于填补 Original Medicare 承保空白的补充保险。Medigap 保单仅适用于 Original Medicare。(Medicare Advantage 计划不属于 Medigap 保单范畴。)

**会员 (本计划会员或计划会员)**——符合资格可获得承保服务的 Medicare 参保人，已加入本计划，且其参保资格已获得 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 的确认。

**网络药房**——指与本计划签约的药房，计划会员可在此获得处方药福利。在大多数情况下，只有通过我们网络药房配取的处方才能获得报销。

**网络内提供者**——提供者泛指经 Medicare 和州政府许可或认证，可提供医疗服务的医生、其他医疗专业人员、医院及其他医疗机构。**网络内提供者**与本计划签订协议，接受我方全额支付，并在某些情况下协调及向计划会员提供承保服务。网络内提供者亦称为计划提供者。

**开放参保期**——每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间，会员可变更其健康或药物计划，或转投 Original Medicare。

**俄勒冈健康计划 (Medicaid) (或称 Medicaid 援助)**——一项由联邦政府与州政府联合提供的计划，旨在为特定低收入和资源有限人群提供医疗费用援助。各州俄勒冈健康计划 (Medicaid) 内容有所不同，但如果同时符合 Medicare 和俄勒冈健康计划 (Medicaid) 资格，大多数医疗费用均可获得承保。

**机构认定**——指本计划就项目/服务是否属于承保范围，或承保项目/服务需自付金额所作出的决定。机构认定在本文件中被称为承保决定。

**原研生物制药**——一种经 FDA 批准的生物制药，作为制造商生产生物仿制药版本的参照标准。这也被称为参考产品。

**Original Medicare（传统 Medicare 或按服务收费的 Medicare）**——Original Medicare 由政府提供，而非像 Medicare Advantage 计划和处方药计划那样的私人健康计划。在 Original Medicare 体系下，Medicare 服务通过向医生、医院及其他医疗机构支付由国会设定的金额来实现承保。您可以选择任何接受 Medicare 的医生、医院或其他健康护理提供者。您需要支付免赔额。Medicare 支付其应承担的 Medicare 批准金额部分，而您支付您应承担的部分。Original Medicare 包含两部分：A 部分（医院保险）和 B 部分（医疗保险）在全美各地均可获得。

**网络外药房**——指未与本计划签订合同，无法为本计划会员协调或提供承保药物的药房。如果您从网络外的药房购买药物，大多数情况下本计划不予承保，除非符合特定条件。

**网络外提供者或网络外机构**——指未与本计划签订合同，不为本计划会员协调或提供承保服务的提供者或机构。网络外提供者是指未受雇于、非隶属于或不由本计划运营的提供者。

**自付费用**——请参阅上文费用分摊的定义。会员需为所接受的部分服务或药物支付费用的费用分摊要求，也被称为会员的自付费用要求。

**自付额上限**——即您为 D 部分药物自付的最高金额。

**PACE 计划**——PACE（老年人全方位护理计划）是一项整合医疗、社会及长期服务与支持 (LTSS) 的计划，旨在帮助体弱者尽可能长久地保持独立生活状态，继续居住在社区中（而非搬入养老院）。参加 PACE 计划的人员通过本计划同时享受 Medicare 和 Medicaid 福利。

**C 部分**——请参阅 Medicare Advantage 计划（MA 计划）。

**D 部分**——自愿性 Medicare 处方药福利计划。

**D 部分承保药物**——符合 D 部分报销范围的药物。我们可能提供全部或部分 D 部分药物。国会已明确将某些药物类别排除在 D 部分报销范围之外。但所有计划都必须承保特定类别的 D 部分药物。

**D 部分逾期投保罚金**——如果您在首次符合资格参保 D 部份计划后，连续 63 天或更长时间没有获得可抵扣保险（即预期平均赔付标准不低于 Medicare 药物承保），Medicare 药物承保的月度计划保费中将增加此项罚金。如果您失去额外帮助，且连续 63 天或更长时间没有 D 部分或其他可抵扣药物保险，则可能需要缴纳 D 部分逾期投保罚金。

**药物福利管理员 (PBM)**——通常是代表健康计划处理处方药索赔及支付的第三方管理机构。

**首选提供者组织计划 (PPO)**——这是一种 Medicare Advantage 计划，其签约医疗网络同意按约定金额为计划会员提供治疗。PPO 计划必须承保所有计划福利，无论服务由网络内或网络外提供者提供。从网络外提供者获取福利时，会员的费用分摊通常更高。PPO 计划设有多层次自付上限：网络内（首选）机构服务有年度自付上限，网络内外机构合并服务则有更高的总自付上限。

**保费**——向 Medicare、保险公司或医疗计划定期支付的健康或处方药承保费用。

**预防性服务**——旨在预防疾病或在早期发现疾病的健康护理，此时治疗最可能见效（例如，预防性服务包括巴氏涂片检测、流感疫苗和乳腺 X 光筛查）。

**初级护理提供者 (PCP)**——您因大多数健康问题首先就诊的医生或其他提供者。在许多 Medicare 健康计划中，您必须首先看初级护理提供者，然后才能看其他健康护理提供者。

**事先授权**——根据特定标准预先批准获得某些服务或药物。需要事先授权的承保服务在第 4 章的医疗福利表中有标注。需要事先授权的承保药物在处方集中标注，我们的标准发布在我们的网站上。

**假肢和矫形器**——医疗设备，包括但不限于手臂、背部和颈部支架；假肢；假眼；以及替代体内部位或功能所需的设备，包括造口术用品和肠内肠外营养治疗。

**质量改进组织 (QIO)**——由联邦政府支付薪酬的执业医师和其他健康护理专家组成的团体，负责检查和改进对 Medicare 患者的护理。

**数量限制**——一种管理工具，旨在出于质量、安全或使用原因限制药物的使用。限制可能针对我们每次处方或规定时间段内承保的药物数量。

**“实时福利工具”**——参保人可查询完整、准确、及时、临床适当且针对参保人特定的处方集和福利信息的门户或计算机应用程序。这包括费用分摊金额、可用于相同健康状况的替代处方药物，以及适用于替代药物的承保限制（事先授权、分步治疗原则、数量限制）。

**康复服务**——这些服务包括住院康复护理、物理治疗（门诊）、言语和语言治疗以及职能治疗。

**选定药物**——根据 D 部分承保且 Medicare 已协商最高公平价格的药物。

**服务范围**——一个地理区域，您必须居住于此才能加入某个特定健康计划。对于限制可使用医生和医院的计划，该范围通常也是您能获得常规（非紧急）服务的地方。如果您永久搬离本计划的服务范围，本计划必须取消您的参保。

**专业护理机构 (SNF) 护理**——在专业护理机构中持续每日提供的专业护理和康复服务。护理示例包括只能由注册护士或医生进行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，为特定人群提供更聚焦的健康护理，例如同时拥有 Medicare 和俄勒冈健康计划 (Medicaid) 的人、居住在养老院的人或患有某些慢性疾病的人。

**分步治疗原则**——一种使用管理工具，要求您在我们承保医生最初开具的药物前先尝试使用另一种药物来治疗您的健康状况。

**补充保障收入 (SSI)**——由社会保障局每月向收入有限、资源匮乏的障碍、失明或 65 岁及以上人士支付的福利。SSI 福利与社会保障福利不同。

**急需服务**——如果您暂时不在本计划服务范围内，或根据您的时间、地点及具体情况，从网络内提供者处获取该服务不合理，则需立即就医的非急诊计划承保服务即为急需服务。急需服务的示例包括突发性疾病和伤害，或现有疾病的意外急性发作。即使您不在本计划服务范围内或本计划网络暂时不可用，医疗上必要的常规提供者就诊（如年度体检）也不视为急需服务。

## Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 客户服务部

联系方式	客户服务部——联系信息
电话	503-574-8000 或 1-800-603-2340 拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。 客户服务部同样为非英语使用者提供免费的语言翻译服务。
TTY	711 拨打此号码免费。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。
传真	503-574-8608
写信	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
网站	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

## 老年人健康保险福利援助计划（俄勒冈州 SHIP）

老年人健康保险福利援助计划 (SHIBA) 是由联邦政府资助的州计划，旨在为 Medicare 参保人提供免费的本地健康保险咨询服务。

联系方式	联系信息
电话	1-800-722-4134
TTY	711
写信	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301  电子邮箱: <a href="mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov">shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov</a>
网站	<a href="http://www.shiba.oregon.gov">www.shiba.oregon.gov</a>

《文书削减法案》披露声明根据 1995 年《文书削减法案》，除非显示有效的 OMB 控制编号，否则任何人无需回应信息收集要求。本次信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1051。如果您有改进此表格的意见或建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

多语言插入语

多语言口译服务

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-800-603-2340]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。