

在 HealthCare.gov 上註冊、續保或變更健康計畫

使用您的健康保險

採取下一個步驟

沒有健康保險？我們隨時為您提供協助。

- 瞭解什麼計畫對您而言可能是最好且價格最合理。
- 看看您是否能獲得經濟援助來支付您的計畫。

您去年買健康保險了嗎？

續保或變更計畫的時間為 11 月 1 日至 1 月 15 日。查看您的計畫。比較您的方案。

- 您的醫療護理需求可能會改變。
- 每年我們都會提供新的計畫，福利可能會發生變更，有些計畫也會終止。
- 收入和家庭規模的變化會影響您的經濟援助。
- 查看您是否會自動重新參保您的計畫。您可能需要重新提交您的資訊才能繼續享受您的福利。

造訪 [OregonHealthCare.gov](https://www.OregonHealthCare.gov)，
從專家那裡獲得免費的當地援助。



瞭解健康保險的分步指南

透過參保健康保險計畫，您已經邁出了提高健康水準的第一步。這是提出問題並採取行動的最佳時機，以便您瞭解在生病時如何使用保險。

本指南解釋說明了瞭解您的保險計畫的基本知識，以及當您有問題時該怎麼辦。

瞭解您的保險

在您註冊並支付第一個月的保費（在保險生效日期之前）後，您的保險公司應向您發送一份會員包，其中包括：

1. **福利和保險摘要：**解釋您計畫的關鍵功能（例如承保和不承保哪些內容）的文件。熟悉您的各項費用（保費、共同支付、免賠額和共同保險）。
2. **保險卡或其他文件：**這是您的保險證明，其中說明醫療提供者提供服務時所需的資訊。您的保險卡或檔可能與此不同，但資訊類型相同。

為您的醫療護理做準備

當您考慮健康保險時，請透過以下方式為您的醫療護理需求做好準備：

找到提供者：

- 請致電您的保險公司、搜索其網站，或查看您網路中提供者的會員手冊。網路可能會發生變化，因此請仔細檢查您的健康計畫。
- 在您決定要到哪位提供者處就診後，請在預約前查看是否需要諮詢保險公司。

安排預約：

- 請打電話預約。假設您正在尋找一位新的初級護理提供者，並要求進行年度檢查或健康就診。

INSURANCE COMPANY NAME	
Plan type	Member Name: Jane Doe Member Number: XXX-XX-XXX
Effective date	Group Number: XXXX-XXX
Prescription Group # XXXXX	PCP Copay \$15.00 Specialist Copay \$25.00 Emergency Room Copay \$75.00
Prescription Copay \$15.00 Generic \$20.00 Name brand	Member Service: 800-XXX-XXXX

與您的提供者合作

- 當您與提供者會面時，分享您的家族健康史、您目前服用的藥物以及您對您健康方面存在的疑問或疑慮。

決定提供者是否適合您：

- 您需要一個您可以信任並能放心與之交流的提供者。首次就診後，如果您對您的提供者有疑慮，請決定是想要與提供者分享您的疑慮，還是搜索您網路中的其他提供者。

計畫您的後續步驟：

- 遵循您的提供者提出的建議。例如，如果您的提供者推薦了專科醫生，您是否已預約？

瞭解保險帳單

您和您的保險公司分攤您的計畫所承保的護理費用。請致電您的健康計畫的會員服務，瞭解詳細資訊或閱讀福利摘要。健康保險的常規運作方式：

1. 您在就醫時將保險卡交給您的提供者。
2. 您向提供者支付計畫要求的任何共付額。
3. 通常情況下，提供者會向保險公司收取費用。
4. 保險公司會向您發送一份福利說明 (EOB)。這是您就診的總費用概覽。它列出提供者收取的費用、保險公司可以為該程序支付的最高金額、其支付的份額以及您的分攤費用。EOB 不是帳單。
5. 您很可能會從供應者那裡單獨收到帳單。您可以支付帳單中您自己的份額。

瞭解您的權利

在審查您的 EOB 後，您可能對詳細資訊有疑問，或者認為某些服務應該由該計畫承保，而事實並非如此。您可以提出投訴並獲得承保服務。您可以直接聯繫您的保險公司。保險公司有為計畫會員提供幫助的呼叫中心。此號碼列在您的保險卡或計畫手冊中。如果您需要第三方的協助、對您的權利有疑問，或需要幫助瞭解保險帳單或保險，請致電俄勒岡州金融監管部 (Oregon Division of Financial Regulation)，免費與消費者權益宣導者聯繫，電話：888-877-4894 (免費)。您也可以發送電子郵件至 DFR.InsuranceHelp@dcbsoregon.gov 或在以下網站中查找保險小撇步：bit.ly/DFRcomplaint



保險術語表：您可能在福利摘要或尋求醫療服務時遇到的關鍵術語

共同保險：您支付的承保醫療服務費用的百分比；例如，X 光費所用的 20%。

共付額：您為承保的醫療護理服務支付的固定金額；例如針對到醫生處就診支付 20 美元。

免賠額：您在計畫開始支付某些承保服務之前支付的金額。在俄勒岡州，許多計畫不要求參保者在診所就診時支付免賠額，但他們會為住院或手術等服務支付免賠費。尤其要記住，在達到免賠額之前，健康計畫全額或至少部分承保了許多服務。

網路：與您的健康保險公司簽訂合同以提供醫療護理、處方和用品的診所、機構、藥房、提供者和供應商。請聯繫您的保險公司，瞭解網路內有哪些醫生、治療師和機構。到網路外提供者處就診可能會花費更多。

自付額的最高限額：在一個計畫年度內，您必須為承保服務支付的最高限額。在您將該金額用於網路內護理和服務的免賠額、自付額和共同保險後，您的健康計畫將支付 100% 的承保福利費用。不計入自付額的最高限額的事項是：您每月的保費，您為計畫不承保的服務所花費的任何費用，以及網路外護理和服務。

保費：您每月支付的健康保險金額。您通常按月付款。它不計入您的免賠額或您的自付額的最高限額。如果您不支付保費，您可能會喪失保險。

預防性服務：常規醫療護理，包括篩查、檢查和患者諮詢，以預防疾病或其他健康問題；或者在治療可能最有效的早期階段檢測出疾病。這可能包括注射流感疫苗、接種其他疫苗和接受篩查。