

Программа поощрений/вознаграждений для участников

Не все участники имеют право на эти вознаграждения. Пожалуйста, убедитесь, что участник имеет право на одно из перечисленных ниже вознаграждений.

Примечание: Пожалуйста, не используйте этот формуляр для участников программы CareOregon Advantage.

Помогите нашим участникам заработать подарочную карту за профилактические услуги, которые они выберут:

Поощрение	Для кого это предназначено?	Сумма вознаграждения	Онлайн заявление
Детские прививки [CIS]	Участники, которым в 2025 году исполняется от 0 до 2 лет	15 долл. (до трех посещений в год)	 careoregon.org/childvax
Осмотр здоровья ребенка [W34]	Участники, которым в 2025 году исполняется от 1 до 6 лет	25 долл.	 careoregon.org/childcheckup
Ежегодный осмотр у врача – для подростков [AWC]	Участники, которым в 2025 году исполняется от 7 до 18 лет	15 долл.	 careoregon.org/youthcheckup
Вакцинация подростков [IMA]	Участники, которым в 2025 году исполняется от 9 до 13 лет	15 долл. (до трех посещений в год)	 careoregon.org/youthvax

Поощрение	Для кого это предназначено?	Сумма вознаграждения	Онлайн заявление
Стоматологический осмотр [DEG]	Участники, которым исполнится от 1 до 14 лет в 2025 году	15 долл.	 careoregon.org/dentalvisit
Обследование на диабет [DIA]	Участники в возрасте 18 лет и старше с диагностированным диабетом (анализ HbA1c, осмотр глаз и анализ на выявление нефропатии)	25 долл. (до двух посещений в год)	 careoregon.org/bloodtest
Стоматологический осмотр для лиц с диабетом [DID]	Участники в возрасте 18 лет и старше с диагностированным диабетом	15 долл.	 careoregon.org/dentaldia
Послеродовой визит [PPC]	Участники, родившие в 2025 году	50 долл.	 careoregon.org/postpartum

Бланк оформления поощрения/вознаграждения для участников

Пожалуйста, используйте этот формуляр только в том случае, если вы (или ваш пациент) не можете воспользоваться онлайн заявлениями. Онлайн заявления можно найти по веб-адресам, указанным на предыдущей странице.

Пожалуйста, заполните этот формуляр полностью и пишите разборчиво

Идентификационный номер участника: _____

Имя, фамилия: _____

Адрес: _____

Название клиники: _____ Дата приёма: _____

Причина(-ы) приёма: CIS W34 AWC IMA DEG DIA DID PPC

Подпись: _____

Отметьте один пункт, в котором отражено ваше предпочтение относительно подарочной карты, которую вы хотели бы получить от нас.

Baja Fresh* Chipotle Jamba Juice Old Navy Shell* Starbucks Subway

Примечание: Если вы не поставите галочку, вы получите карту в ресторан Subway.

Отправьте или передайте нам этот формуляр лично.

CareOregon, 315 SW Fifth Ave, Portland OR 97204 или отправьте по факсу на номер 503-416-1316.

Ваша подарочная карта будет отправлена на ваш почтовый адрес в течение шести-восьми недель.

Получите свою подарочную карту в более короткий срок.

Получите ссылку для получения подарочной карты.

По эл. почте: _____

* Карта в ресторан Baja Fresh доступна **исключительно** по электронной почте. Карта на заправочную станцию Shell **не** доступна по электронной почте.

Вознаграждения в 2025 году:

Мера	Код	Описание поощрений для участников	Правомочные участники	Соответствующий код СРТ
Осмотр здоровья ребенка	W34	Дети, которым исполняется от 1 до 6 лет, прошедшие в течение календарного года хотя бы один профилактический осмотр у врача общей практики.	Участники, родившиеся с 2019 по 2024 год	Коды СРТ: 99381-99385, 99391-99395, 99461 Коды HCPCS: G0438, G0439, S0302
Осмотр здоровья подростков [AWC]	AWC	Участники, которым исполняется от 7 до 18 лет, прошедшие в течение отчетного года хотя бы один профилактический осмотр у врача общей практики.	Участники, родившиеся с 2007 по 2018 год	99381-99385, 99391-99395, 99461
Детские прививки	CIS	Дети, которые в течение 2025 года родятся; дети, возраст которых в 2025 году не превысит 24 месяца (для участников программы Health Share of Oregon); а также дети, которым в течение 2025 года исполнится 2 года (для участников Columbia Pacific CCO/Jackson Care Connect), которые своевременно получили вакцинацию против дифтерии, столбняка и коклюша (Dtap), полиомиелита (IPV), кори, паротита и краснухи (MMR), гемофильной инфекции типа В (HiB), гепатита В (HepB) и ветряной оспы (VZV) к своему двухлетию (четыре дозы Dtap, три дозы IPV, одна доза MMR, по три дозы HepB и HiB, а также одна доза VZV).	Дети, родившиеся в 2023 году или позже	Не относится
Вакцинация подростков	IMA	Подростки, которым в течение отчетного года исполняется от 9 до 13 лет, получившие прививки против менингококковой инфекции (MCV4), дифтерии, столбняка и коклюша (Tdap), а также против вируса папилломы человека (HPV) (по одной дозе MCV4 и Tdap, а также две или три дозы HPV).	Участники, родившиеся в период с 2012 по 2016 год	Не относится
Анализ А1С для взрослых с диабетом	DIA	Пациенты в возрасте 18 лет и старше, имеющие диабет, которые за последние шесть месяцев сдали анализ А1С.	Участники, родившиеся в 2007 году или ранее	Не относится
Своевременный послеродовой приём	PPC	Участники, которые посетили акушера-гинеколога или другого специалиста по родовому уходу или поставщика первичной медицинской помощи в период от 7 до 84 дней после родов.	Участники, родившие ребенка	Коды СРТ: 59400, 59410, 59510, 59515, 59610, 59614, 59618, 59622, 57170, 58300, 59430, 99501, 0503F Коды HCPCS: G0123, G0124, G0141, G0143- G0145, G0147, G0148, P3000, P3001, Q0091, G0101

Продолжение на следующей странице ►

Вопросы?

Позвоните в отдел обслуживания клиентов вашего плана медицинского страхования с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.

CareOregon: По телефону 503-416-4100 или по бесплатному номеру 800-224-4840

Организация Columbia Pacific CCO: 503-488-2822 или по бесплатному номеру 855-722-8206

Организация Jackson Care Connect: 541-500-0567 или по бесплатному номеру 855-722-8208

TTY для лиц с нарушениями слуха: 711

Часто задаваемые вопросы

Сколько времени мне отводится на выполнение этого условия? Вы должны воспользоваться предложенной услугой до 31 декабря 2025 года. Мы должны получить этот заполненный бланк до 31 января 2026 года.

Что мне следует предпринять, если я потеряю свою подарочную карту? Утерянные или украденные карты замене не подлежат.

Что мне следует предпринять, если я не получу эл. письмо с подарочной картой? Можете ли вы отправить её на мой домашний адрес? Указав свое предпочтение в пользу адреса эл. почты или домашнего адреса, вы не сможете изменить свой выбор. Если вы не получили письмо по истечении четырех недель, позвоните в отдел обслуживания клиентов.

Должен ли мой лечащий врач подписать этот бланк? Этот бланк может быть подписан любым сотрудником клиники.

Что произойдет в случае, если у вас неверно указан мой почтовый адрес? Если ваш адрес изменился, позвоните по указанному выше номеру отдела обслуживания клиентов вашего плана медицинского страхования и объясните сотруднику, по какому адресу следует отправить вашу подарочную карту.

Будет ли это предложение получить карту отправлено всем участникам? Нет. Нами устанавливаются четкие критерии оздоровительных мероприятий ключевой важности. Раздача подарочных карт в рамках нашей программы основана на этих оздоровительных мероприятиях.

Что мне следует предпринять, если я уже в возрасте 18 лет и старше это условие? Если ваш поставщик услуг еще не отправил соответствующий бланк с вашей информацией, пожалуйста, укажите дату обслуживания и название (имя, фамилию) вашего поставщика услуг. Подписывать бланк не обязательно. Мы уточним все данные у вашего поставщика услуг. Выберите свою подарочную карту и верните этот бланк. Вы можете получить только одну подарочную карту за этот вид обслуживания.

Я получил(-а) одно и то же письмо дважды в течение одного года. Могу ли я получить две подарочные карты? Нет. Если не указано иное, вы можете получить только одну подарочную карту за каждый вид мероприятия в течение года.

Программа мер поощрения оздоровительных мероприятий доступна только нашим участникам плана медицинского страхования. Будут рассматриваться исключительно полностью заполненные бланки в качестве поощрения. Меры поощрения доступны только в том случае, если вы являлись участником на момент получения услуги и с даты почтового штампа, указанного на конверте. Утерянные или украденные подарочные карты замене не подлежат. Мы сохраняем право в любое время проверить информацию, указанную вами в бланке. Подарочные карты должны использоваться исключительно участниками плана страхования. Ваш врач или сотрудник клиники должен заполнить и подписать ваш бланк, прежде чем вы вернете его в предоставленном оплаченном конверте. Мы сохраняем право в любое время прекратить программу мер поощрения оздоровительных мероприятий без предварительного уведомления. Если не указано иное, участники могут получить только одну подарочную карту за каждый вид мероприятия в течение календарного года. Для целей налогообложения на федеральном уровне и на уровне штата любая материальная компенсация за участие в оздоровительном мероприятии, полученная в виде подарочной карты, считается валовым доходом. Если ваш доход, в том числе любая полученная вами материальная компенсация за участие в оздоровительном мероприятии в виде подарочной карты, находится ниже порога подачи налоговой декларации, вы автоматически освобождаетесь от подачи декларации.

Спасибо!

