

Lista de verificación previa a la inscripción CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda perfectamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente al 503-416-4279, a la línea gratuita 888-712-3258 o al TTY 711. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

Entienda sus beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) proporciona una lista completa de todos los servicios y cobertura. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite careoregonadvantage.org o llame gratis al 888-712-2358 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos con quienes va actualmente sean parte de la red. Si no aparecen en el directorio, esto quiere decir que lo más probable es que tenga que seleccionar un nuevo médico. Puede encontrar el directorio de proveedores en línea en careoregonadvantage.org/providersearch
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted utiliza para surtir cualquier medicamento recetado sea parte de la red. Si la farmacia no aparece en el directorio, lo más probable es que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos recetados. Puede encontrar el directorio de farmacias en línea en careoregonadvantage.org/pharmacy

- Revise la lista de medicamentos cubiertos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos. Puede encontrar el formulario en línea en careoregonadvantage.org/druglist

Entienda las reglas importantes

- Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Generalmente, esta prima se deduce de su cheque de Social Security cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.
- Nuestro plan le permite ir con proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar brindarle tratamiento. Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.
- Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su inscripción dependerá de si usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.
- Vigencia de la cobertura actual. Si actualmente tiene una inscripción en un Plan Medicare Advantage, su cobertura de atención de salud actual de Medicare Advantage terminará una vez que inicie su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que inicie su nueva cobertura de Medicare Advantage. Contacte a Tricare para obtener más información. Si tiene un Plan de Medigap, una vez que inicie su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza de Medigap porque estará pagando por cobertura que no puede usar.