

更多選擇，更優質的照護。這是我們的優勢。

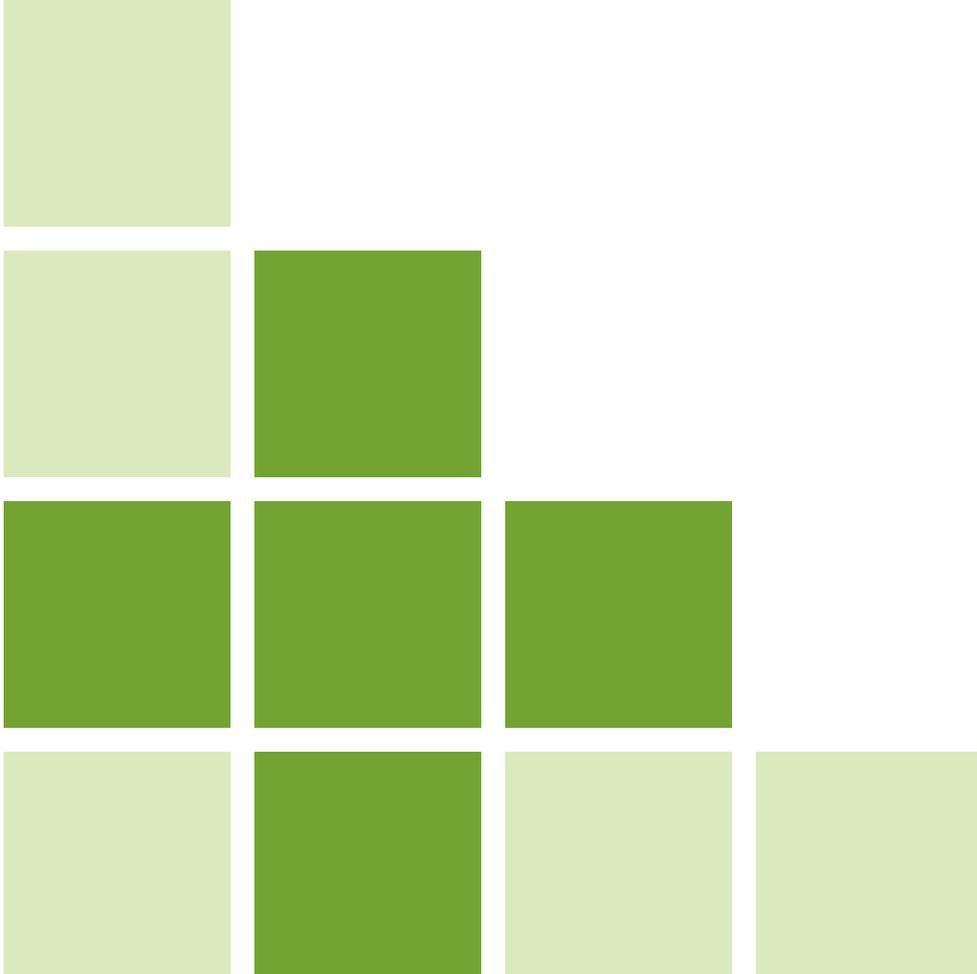
2024

年度變更通知

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

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

H5859_CO2024ANOC_M



Multi-language Interpreter Services

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 888-712-3258. 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 888-712-3258. 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 疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 888-712-3258。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 888-712-3258。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 panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 888-712-3258. 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 888-712-3258. 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 888-712-3258 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 888-712-3258. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 888-712-3258 번으로 문의해주십시오. 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 888-712-3258.

Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски.
Данная услуга бесплатная.

Hindi: हमारे पास (या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी के जवाब देने के लिए हमारे पास मुझे दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया ा करने के लिए, बस हम 888-712-3258 पर फोन करें। कोई जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुझे 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 888-712-3258. Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 888-712-3258. 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 888-712-3258. 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 888-712-3258. 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、**888-712-3258**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。

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 888-712-3258. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)

是由 Health Plan of CareOregon, Inc. 提供

2024 年度變更通知

您目前已投保成為 CareOregon Advantage Plus 的會員。本計劃的費用和福利在明年將會有一些變更。請參閱第 5 頁以查看包括保費在內的重要費用摘要。

本文件將會說明您計劃變更的相關資訊。如欲取得與費用、福利或規定有關的進一步資訊，請查看《承保範圍說明書》，該文件就位於我們的網站上，網址為

careoregonadvantage.org/materials。您也可致電與客戶服務部聯絡以要求我們郵寄一份《承保範圍說明書》給您。

現在應採取的行動

1. 詢問：哪些變更適用於您

- 查看本計劃的福利與費用變更，以確認這些變更是否會對您造成影響。
 - 檢視醫療照護費用（醫生、醫院）的變更
 - 檢視本計劃藥物承保範圍的變更，包括授權規定和費用。
 - 考慮您將為保費、自付額和分攤費用花費多少金額。
- 查看 2024 年藥物清單的變更，以確認您目前正在服用的藥物仍屬於承保範圍。
- 查看以確認您的基本保健醫生、專科醫生、醫院及其他醫療

服務提供者（包括藥房）在明年是否隸屬於本計劃的網絡。

- 想想您對本計劃是否感到滿意。

2. 比較：瞭解其他計劃選項

- 查看您所在地區各項計劃的承保範圍與費用 使用 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的「Medicare Plan Finder」（Medicare 計劃搜尋工具）或檢視 2024 年《Medicare & You》手冊封底的清單。
- 在您將選擇範圍縮小至您喜好的計劃之後，請在該計劃的網站上確認費用和承保範圍。

3. 選擇：決定您是否想要更換計劃

- 如果您未在 2023 年 12 月 7 日之前加入其他計劃，您將會留在 CareOregon Advantage Plus 中。
- 如欲**更換至其他計劃**，您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間轉換計劃。您的新保險將會從 **2024 年 1 月 1 日開始生效**。這將會使您所投保的 CareOregon Advantage Plus 終止。
- 請查看第 3 節第 11 頁以進一步瞭解您的選項。
- 如果您最近剛搬進、目前住在或者剛搬出某機構（如專業護理機構或長期照護醫院），您可隨時轉換計劃或轉換至 Original Medicare（可包含也可不包含獨立的 Medicare 處方藥計劃）。

其他資源

- 本文件有俄文版、簡體中文版、繁體中文版、西班牙文版

及越南文版可供免費索取。

- 請致電 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 與客戶服務部聯絡以瞭解其他資訊。（聽障專線使用者請致電 711。）從 10 月 1 日至隔年 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。上述電話均為免費。
- 本資訊有其他格式（包括盲文版和大字版）可供索取。請致電 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 與客戶服務部聯絡。（聽障專線使用者請致電 711。）
- 本計劃的承保範圍符合合格健康保險 (Qualifying Health Coverage, QHC) 的資格且滿足患者保護與平價醫療法案 (Affordable Care Act, ACA) 的個人分攤責任規定。請造訪國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以瞭解進一步資訊。

CareOregon Advantage Plus 相關資訊

- CareOregon Advantage Plus 是一項與 Medicare/Medicaid 均簽有合約的 HMO-POS D-SNP 計劃。投保 CareOregon Advantage Plus 需視合約續約情況而定。本計劃也與 Oregon Health Plan（俄勒岡州健康計劃）(Medicaid) 簽有書面協議，以協調您的 Medicaid 福利。
- 當本文件提及「我們」或「我們的」時，其是指 Health Plan of CareOregon, Inc.。當本文件提及「計劃」或「本計劃」時，其是指 CareOregon Advantage Plus。

2024 年度變更通知

目錄

2024 年重要費用摘要	10
第 1 節 除非您選擇其他計劃，否則您在 2024 年將會自動投保 CareOregon Advantage Plus.....	14
第 2 節 明年的福利與費用變更	15
第 2.1 節 - 月保費的變更	15
第 2.2 節 - 自付費用上限的變更.....	15
第 2.3 節 - 醫療服務提供者和藥房網絡的變更	17
第 2.4 節 - 醫療服務的福利和費用變更.....	17
第 2.5 節 - D 部分處方藥保險的變更	18
第 3 節 決定要選擇哪項計劃	23
第 3.1 節 - 如果您想留在 CareOregon Advantage Plus.....	23
第 3.2 節 - 如果您想更換計劃.....	23
第 4 節 更換計劃.....	25
第 5 節 提供免費 Medicare 與 Medicaid 諮詢的計劃.....	27
第 6 節 協助支付處方藥費用的計劃.....	28

第 7 節	有疑問嗎？	30
第 7.1 節	– 透過 CareOregon Advantage Plus 取得協助	30
第 7.2 節	– 透過 Medicare 取得協助	31
第 7.3 節	– 透過 Medicaid 取得協助	32

2024 年重要費用摘要

下表比較了 CareOregon Advantage Plus 在 2023 年與 2024 年於幾項重要領域的費用。請注意，這僅是一份費用摘要。如果您符合 Medicaid 的 Medicare 分攤費用補助資格，您需為自付額、醫生診所就診及住院支付的費用將為 \$0。

如果您在一年當中喪失 Oregon Health Plan (Medicaid) 的資格，您將無法再獲得 Medicaid 的福利，且您將需支付通常屬於 Medicaid 承保範圍的 Medicare 保費或分攤費用。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
計劃月保費* * 您的保費可能會高於此金額。請參閱第 2.1 節以瞭解詳情。	\$0	\$0

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
自付額	\$0	\$0
醫生診所就診	基本保健就診：每 次就診 \$0 專科醫生看診：每 次就診 \$0	基本保健就診：每 次就診 \$0 專科醫生看診：每 次就診 \$0
住院	\$0	\$0

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
<p>D 部分處方藥保險</p> <p>(請參閱第 2.5 節以瞭解詳情。)</p>	<p>自付額：\$0 或 \$104</p> <p>在初始承保階段的共付額：</p> <p>針對學名藥或被歸類為學名藥的品牌藥，您需為每份處方支付的共付額為 \$0/\$1.45/\$4.15</p> <p>針對其他所有藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.30/\$10.35</p>	<p>自付額：\$545</p> <p>如果您符合「額外補助」的資格，則自付額階段不適用於您。</p> <p>在初始承保階段期間藥物層級 1-4 的共付額：</p> <p>針對學名藥或被歸類為學名藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.55/\$4.50</p> <p>針對其他所有藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.60/\$11.20</p> <p>在初始承保階段藥物層級 5 的共付額：</p> <ul style="list-style-type: none"> 針對所有補充藥物或通常不屬於 Medicare 承保範圍的特定藥物，您需為每份處方支付 \$1.55。 <p>重大傷病承保：</p>

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
		<ul style="list-style-type: none"> 在此付款階段期間，本計劃將會給付您承保 D 部分藥物的全額費用。 您可能需為屬於本計劃加強型福利承保範圍的藥物支付分攤費用。
<p>自付費用上限</p> <p>這是您將需為屬於承保範圍之 A 部分和 B 部分服務所自付的最高金額。</p> <p>(請參閱第 2.2 節以瞭解詳情。)</p>	<p>\$8,300</p> <p>您無需負責為屬於承保範圍的 A 部分和 B 部分服務支付任何可計入自付費用上限的自付費用。</p>	<p>\$8,850</p> <p>您無需負責為屬於承保範圍的 A 部分和 B 部分服務支付任何可計入自付費用上限的自付費用。</p>

第 1 節除非您選擇其他計劃，否則您在 2024 年將會自動投保 CareOregon Advantage Plus

如果您在 2023 年沒有採取任何行動，我們將會自動為您投保 CareOregon Advantage Plus。這表示，自 2024 年 1 月 1 日開始，您將會透過 CareOregon Advantage Plus 取得您的醫療和處方藥保險。如果您想更換計劃或轉換至 Original Medicare 並透過處方藥計劃取得您的處方藥保險，您必須在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間更換計劃。該變更將會於 2024 年 1 月 1 日生效。

第 2 節明年的福利與費用變更

第 2.1 節 - 月保費的變更

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
月保費 (除非 Medicaid 為您支付 Medicare B 部分的保費，否則您也必須繼續支付該費用。)	\$0	\$0

第 2.2 節 - 自付費用上限的變更

Medicare 規定所有健康計劃皆必須針對您在該年度需支付的自付費用金額設定限額。此限額稱為自付費用上限。在您達到該金額之後，在該年度的剩餘時間，您通常無需為 A 部分和 B 部分的承保服務支付任何費用。

費用	2023（今年）	2024（明年）
<p>自付費用上限</p> <p>由於本計劃的會員也有獲得 Medicaid 的補助，因此只有非常少的會員曾達到此自付費用上限。</p> <p>您無需負責為屬於承保範圍的 A 部分和 B 部分服務支付任何可計入自付費用上限的自付費用。</p> <p>您為承保醫療服務支付的費用（例如共付額和自付額）將會計入您的自付費用上限中。您的計劃保費和處方藥費用將不會計入您的自付費用上限中。</p>	<p>\$8,300</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>在您為 A 部分和 B 部分承保服務自付的費用達到 \$8,850 之後，在該曆年的剩餘時間，您將無需為 A 部分和 B 部分承保服務支付任何費用。</p>

第 2.3 節 - 醫療服務提供者和藥房網絡的變更

更新版的名錄位於我們的網站上，網址為

careoregonadvantage.org。您也可致電與客戶服務部聯絡，以查詢更新的醫療服務提供者和／或藥房資訊，或者要求我們郵寄一份名錄給您，我們將會在三個工作日內郵寄給您。

本計劃的醫療服務提供者網絡在明年將有一些變更。請檢視 2024 年《醫療服務提供者名錄》以確認您的醫療服務提供者（基本保健服務提供者、專科醫生、醫院等）隸屬於本計劃的網絡。

本計劃的藥房網絡在明年將有一些變更。請檢視 2024 年《藥房名錄》以確認哪些藥房隸屬於本計劃的網絡。

請務必瞭解，我們可能會在一年當中變更隸屬於您計劃的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）及藥房。如果在年中發生的醫療服務提供者變更對您造成影響，請與客戶服務部聯絡以便我們可以提供協助。

第 2.4 節 - 醫療服務的福利和費用變更

請注意，年度變更通知為您說明的是有關 Medicare 福利和費用的變更。

我們即將在明年針對某些醫療服務的費用與福利進行變更。下方資訊將會說明這些變更。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
CareOregon Advantage CareCard	您每個福利年度將可透過 CareOregon Advantage CareCard 獲得 \$1,580 (每三個月 \$395) 以用於購買保健相關非處方 (Over-the-Counter, OTC) 用品和/或健康食物。	您每個福利年度將可透過 CareOregon Advantage CareCard 獲得 \$1,620 (每三個月 \$405) 以用於購買保健相關非處方 (OTC) 用品和/或健康食物。
高血壓特殊補充福利	針對確診患有高血壓的人士，您每年可免費獲得一個型號獲得認可的血壓監測裝置。 您需為此項福利支付的費用為 \$0。	針對確診患有高血壓的人士，您每 24 個月可免費獲得一個型號獲得認可的血壓監測裝置。 您需為此項福利支付的費用為 \$0。

第 2.5 節 - D 部分處方藥保險的變更

本計劃「藥物清單」的變更

本計劃的承保藥物清單稱為處方集或「藥物清單」。我們透過電子方式提供藥物清單的副本。您可致電與客戶服務部

聯絡（請參閱封底）或造訪我們的網站

(careoregonadvantage.org/druglist) 以取得完整的藥物清單。

我們已針對本計劃的藥物清單進行變更，其中可能包括移除或新增藥物、變更適用於某些藥物的承保限制，或是將藥物移到不同的分攤費用層級。請檢視藥物清單以確認您的藥物在明年將屬於承保範圍，並確認您的藥物是否將會有任何限制，或者您的藥物是否已被移到不同的分攤費用層級。

藥物清單中的大多數變更都會在每年的年初時更新。不過，我們也可能會在一年當中進行 Medicare 規定所許可的其他變更。例如，若是食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 認定藥物不安全或者製藥商將藥物從市場上下架，則我們可立即移除該藥物。我們會更新本計劃的線上藥物清單以提供最新版的藥物清單。

如果您在年初或在一年當中受到藥物承保範圍變更的影響，請檢視《承保範圍說明書》的第 9 章並諮詢您的醫生以瞭解您的選項，例如申請暫時藥量、申請例外處理和／或試圖尋找新的藥物。您也可致電與客戶服務部聯絡以取得進一步資訊。

處方藥費用的變更

如果您獲得「額外補助」以用其支付 Medicare 處方藥費用，您可能有資格獲得 D 部分藥物的分攤費用減免。本節所述的某些資訊可能不適用於您。我們已附上一份另外的插

頁，稱為「適用於有獲得額外補助以支付處方藥費用之人士的承保範圍說明書附約」（也稱為低收入補助 [Low-Income Subsidy, LIS] 附約），該插頁將會為您說明您的藥物費用。如果您有獲得「額外補助」但沒有隨這份文件包收到該插頁，請致電與客戶服務部聯絡並索取 LIS 附約。

本計劃一共有四個**藥物付款階段**。下方資訊列出了前兩個階段的變更 - 年度自付額階段和初始承保階段。（大多數會員均不會達到其他兩個階段 - 承保缺口階段或重大傷病承保階段。）

自付額階段的變更

階段	2023（今年）	2024（明年）
第 1 階段：年度自付額階段	\$0 或 \$104	\$545 如果您符合「額外補助」的資格，則自付額階段不適用於您。

第 2 階段：初始承保階段

在此階段期間，本計劃將會給付您藥物中其應分攤的費用，而您則支付您的分攤費用。

大多數成人 D 部分疫苗均屬於承保範圍，您無需付費。

本列的費用是您在提供標準分攤費用的網絡藥房領取處方藥一個月（30 天）藥量時的費用。如需有關長期藥量或郵購處方藥的費用資訊，請查看《承保範圍說明書》的第 6 章第 5 節。

我們變更了「藥物清單」中某些藥物的層級。如欲確認您的藥物是否將會移到不同層級，請在藥物清單中查看您的藥物。

您在提供標準分攤費用的網絡藥房領取一個月藥量的費用：

- 針對學名藥或被歸類為學名藥的品牌藥，您需為每份處方支付的共付額為 \$0/\$1.45/\$4.15。
- 針對其他所有藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.30/\$10.35。

在您為 D 部分藥物支付的自付費用達到 \$7,400 後，您便會進入下一個階段（重大傷病承保階段）。

您在提供標準分攤費用的網絡藥房領取下列層級一個月藥量的費用：

藥物層級 1-4：

- 針對學名藥或被歸類為學名藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.55/\$4.50。
- 針對其他所有藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.60/\$11.20。

藥物層級 5：

- 針對補充藥物或通常不屬於 Medicare 承保範圍的特定藥物，您需為每份處方支付 \$1.55。

在您為 D 部分藥物支付的自付費用達到 \$8,000 後，您便會進入下一個階段（重大傷病承保階段）。

VBID D 部分福利的變更

	2023 (今年)	2024 (明年)
D 部分藥物分攤費用	有獲得「額外補助」的人士：慢性 疾病藥物和 D 部分 疫苗 \$0 共付額。	有獲得「額外補助」的人士：包含 在處方集或藥物清單 中的所有 D 部分 藥物 \$0 共付額。*

*如果您獲得核准可使用非處方集中的藥物，您將會被收取上表中第 2 階段：初始承保階段所列的共付額。

承保缺口階段和重大傷病承保階段的變更

其他兩個藥物承保階段（承保缺口階段和重大傷病承保階段）適用於藥物費用高的人士。大多數會員均不會達到承保缺口階段或重大傷病承保階段。

自 2024 年開始，如果您達到重大傷病承保階段，您將無需為 D 部分承保藥物支付任何費用。您可能需為屬於本計劃加強型福利承保範圍的排除藥物支付分攤費用。

如需有關您在這些階段所需支付之費用的具體資訊，請查看《承保範圍說明書》的第 6 章第 6 節和第 7 節。

第 3 節決定要選擇哪項計劃

第 3.1 節 - 如果您想留在 CareOregon Advantage Plus

如欲留在本計劃，您不需要採取任何行動。如果您沒有在 12 月 7 日前註冊參加其他計劃或更換至 Original Medicare，您將會自動投保 CareOregon Advantage Plus。

第 3.2 節 - 如果您想更換計劃

我們希望您在明年繼續成為我們的會員，但如果您想在 2024 年更換計劃，請遵循下述步驟：

步驟 1：瞭解並比較您的選項

- 您可加入其他 Medicare 健康計劃；
- 一或者一 您可更換至 Original Medicare。如果您更換至 Original Medicare，您將需決定是否要加入 Medicare 藥物計劃。

如欲進一步瞭解 Original Medicare 和其他類型的 Medicare 計劃，請使用 "Medicare Plan Finder"（Medicare 計劃搜尋工具）([medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare))、參閱《Medicare & You 2024》手冊、致電與 State Health Insurance Assistance Program（州政府健康保險協助計劃）（請參閱第 5 節）或致電與 Medicare 聯絡（請參閱第 7.2 節）。

步驟 2：更換保險

- 如欲更換至其他 Medicare 健康計劃，請投保新計劃。您將會自動從 CareOregon Advantage Plus 退保。
- 如欲更換至附有處方藥計劃的 Original Medicare，請投保新的藥物計劃。您將會自動從 CareOregon Advantage Plus 退保。
- 如欲更換至未附有處方藥計劃的 Original Medicare，您必須採取下列其中一項行動：
 - 寄送書面退保申請給我們。如果您需要更多資訊以瞭解該如何寄送退保申請給我們，請與客戶服務部聯絡。
 - 一或者一 致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 與 Medicare 聯絡並要求退保，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請致電 877-486-2048。

如果您轉換至 Original Medicare 且您沒有投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您投保一項藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

第 4 節更換計劃

如果您想在明年更換至其他計劃或 Original Medicare，您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間這麼做。該變更將會於 2024 年 1 月 1 日生效。

您是否可在一年當中的其他時間更換計劃？

在某些情況下，您也可在一年當中的其他時間更換計劃。例子包括擁有 Medicaid 的人士、有獲得「額外補助」支付藥物費用的人士、擁有或退出雇主保險的人士以及搬離服務區域的人士。

由於您擁有 Oregon Health Plan (Medicaid)，因此您可能可在下列各**特殊投保期**的期間終止您在本計劃的會員資格或轉換至其他計劃一次：

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

如果您投保了在 2024 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但您不喜歡您所選擇的計劃，則您可在 2024 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間轉換至其他 Medicare 健康計劃（可包含也可不包含 Medicare 處方藥保險），或者轉換至 Original Medicare（可包含也可不包含 Medicare 處方藥保險）。

如果您最近剛搬進、目前住在或者最近剛搬離某機構（如專業護理機構或長期照護醫院），則您可**隨時**更換 Medicare 保險。您可隨時更換至任何其他 Medicare 健康計劃（可包含也可不包含 Medicare 處方藥保險），或者轉換至 Original Medicare（可包含也可不包含獨立 Medicare 處方藥計劃）。

第 5 節提供免費 Medicare 與 Medicaid 諮詢的計劃

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 州政府健康保險協助計劃) 是一項獨立的政府計劃, 在每州都有受過訓練的諮詢人員。在俄勒岡州, SHIP 稱為 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, 老年人健康保險福利協助)。

這是一項州政府計劃, 獲得聯邦政府的資金以向擁有 Medicare 的人士提供**免費**的當地健康保險諮詢。SHIBA 諮詢人員可協助您處理與 Medicare 有關的疑問或問題。他們可協助您瞭解您的 Medicare 計劃選項並回答與轉換計劃有關的問題。您可致電 800-722-4134 與 SHIBA 聯絡。您可造訪其網站 (shiba.oregon.gov) 以瞭解有關 SHIBA 的進一步資訊。如對您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利有疑問, 請致電 Oregon Health Plan 客戶服務部免費電話 800-273-0557 (聽障專線 711)。他們的服務時間為上午 8 點至下午 5 點。如果您有參加 Coordinated Care Organization (CCO) (協調式照護組織), 您也可致電與他們聯絡。電話號碼就列在您 CCO 或 Oregon Health 會員卡的背面。詢問加入其他計劃或恢復 Original Medicare 將會對您取得 Oregon Health Plan 承保的方式有何影響。

第 6 節協助支付處方藥費用的計劃

您可能有資格獲得支付處方藥費用的補助。以下我們列出了不同類型的補助：

- **Medicare 的「額外補助」**。由於您擁有 Medicaid，因此您已註冊「額外補助」，又稱為低收入補助。「額外補助」可用於支付您部分的處方藥保費，年度自付額和共同保險金。由於您符合資格，您不會有承保缺口或延遲投保罰款。如果您對「額外補助」有疑問，請致電：
 - 800-MEDICARE (800-633-4227)。聽障專線使用者請致電 877-486-2048，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時；
 - 800-772-1213 與社會安全局辦公室聯絡以要求與代表通話，服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。自動語音訊息每天 24 小時均可使用。聽障專線使用者請致電 800-325-0778；或
 - 州政府 Medicaid 辦公室（申請）。
- **Human Immunodeficiency Virus (HIV)（人類免疫缺乏病毒）／Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)（愛滋病）患者處方藥分攤費用補助**。AIDS Drug Assistance Program（ADAP，愛滋病藥物補助計劃）旨在協助確保符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者能夠取得拯救生命的 HIV 藥物。個人必須符合特定標準，包括本州居民身分證明及 HIV 狀態、州政府所定義的低收入以及沒有保

險／保險不足狀態。同時屬於 ADAP 承保範圍的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 CAREAssist 計劃取得處方藥分攤費用補助。如需與資格標準、承保藥物或計劃註冊方式有關的資訊，請致電 971-673-0144 或免費電話 800-805-2313。

第 7 節有疑問嗎？

第 7.1 節 - 透過 CareOregon Advantage Plus 取得協助

有疑問嗎？我們可隨時提供協助。請致電 503-416-4279 與客戶服務部聯絡或致電免費電話 888-712-3258。（聽障專線使用者請致電 711。）從 10 月 1 日起至隔年 3 月 30 日止，我們的電話服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，我們的電話服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。

閱讀您的 2024 年《承保範圍說明書》（該文件包含了與明年福利和費用有關的詳細資訊）

本年度變更通知旨在為您提供 2024 年福利和費用的變更摘要。如欲瞭解詳情，請查看 CareOregon Advantage Plus 的 2024 年《承保範圍說明書》。《承保範圍說明書》具有法律效力並詳細說明了您的計劃福利。該文件說明了您的權利以及您在取得承保服務和處方藥時必須遵守的規定。您可在我們的網站 careoregonadvantage.org/materials 找到《承保範圍說明書》的副本。您也可致電與客戶服務部聯絡以要求我們郵寄一份《承保範圍說明書》給您。

造訪我們的網站

您也可造訪我們的網站 careoregonadvantage.org。在此提醒您，我們的網站有與醫療服務提供者網絡（《醫療服務提供

者名錄》) 和《承保藥物清單》(處方集/藥物清單) 有關的最新資訊。

第 7.2 節 - 透過 Medicare 取得協助

如欲直接透過 Medicare 取得資訊：

致電 800-MEDICARE (800-633-4227)

您可致電 800-MEDICARE (800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請致電 877-486-2048。

造訪 Medicare 網站

請造訪 Medicare 網站 ([medicare.gov](https://www.medicare.gov))。該網站包含了與費用、承保範圍及品質星級評比有關的資訊，以協助您比較您所在地區的 Medicare 健康計劃。如欲查看計劃相關資訊，請造訪 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)。

閱讀《Medicare & You 2024》

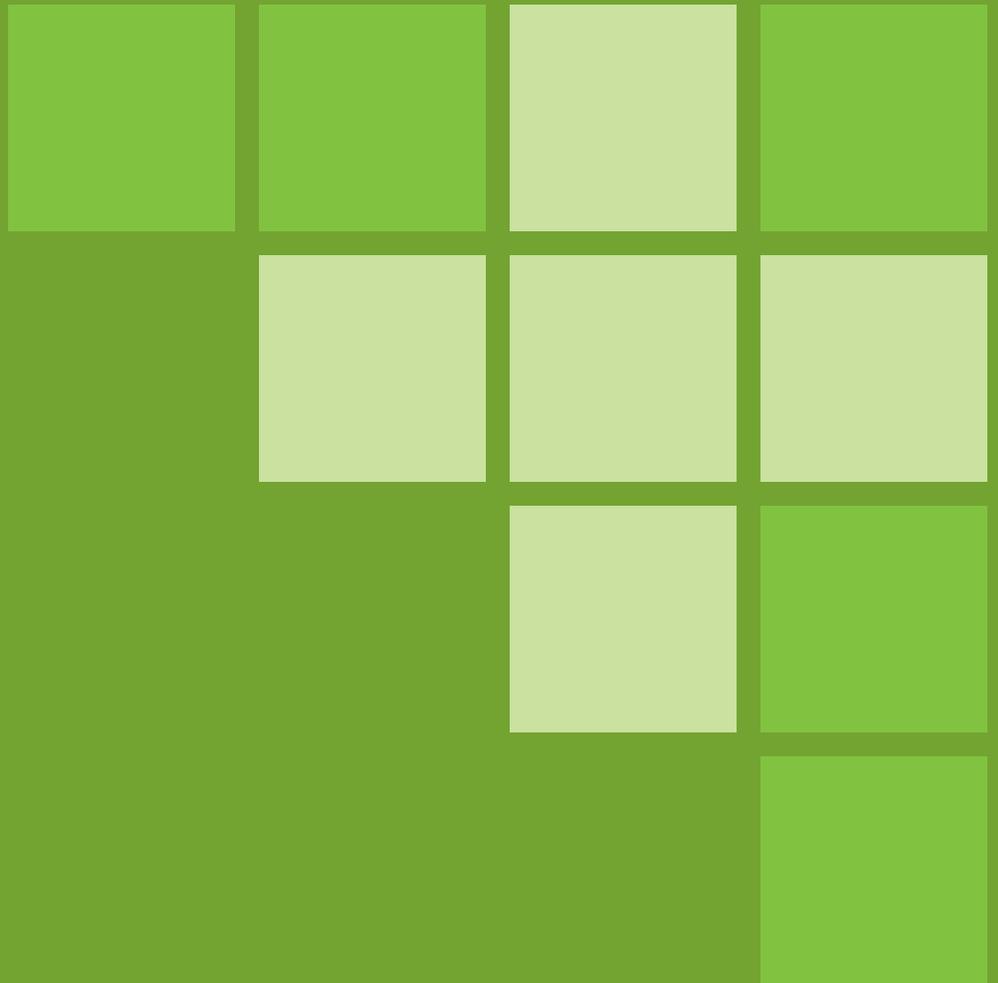
請閱讀《Medicare & You 2024》手冊。每年秋天均會郵寄本文件給擁有 Medicare 的人士。該手冊概述了 Medicare 的福利、權利及保障，並回答了與 Medicare 有關的最常見問題。如果您沒有本文件的副本，您可透過 Medicare 的網站 ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) 取得，或者致電 800-MEDICARE (800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請致電 877-486-2048。

第 7.3 節 - 透過 Medicaid 取得協助

如欲透過 Medicaid 取得資訊，您可致電 Oregon Health Plan 客戶服務部免費電話

800-273-0557。聽障專線使用者請致電 711。如果您有參加協調式照護組織 (CCO)，您可致電您 CCO 會員卡背面所列的電話號碼與他們聯絡。

COA-23586017-0915-CC-LP



CareOregon Advantage 客戶服務部

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

營業時間：

從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點

從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點



facebook.com/careoregon

twitter.com/careoregon

careoregonadvantage.org

COA-23583726-CC-0830

