

Nhiều lựa chọn hơn, chăm sóc tốt hơn.
Đó chính là Lợi thế của chúng tôi.

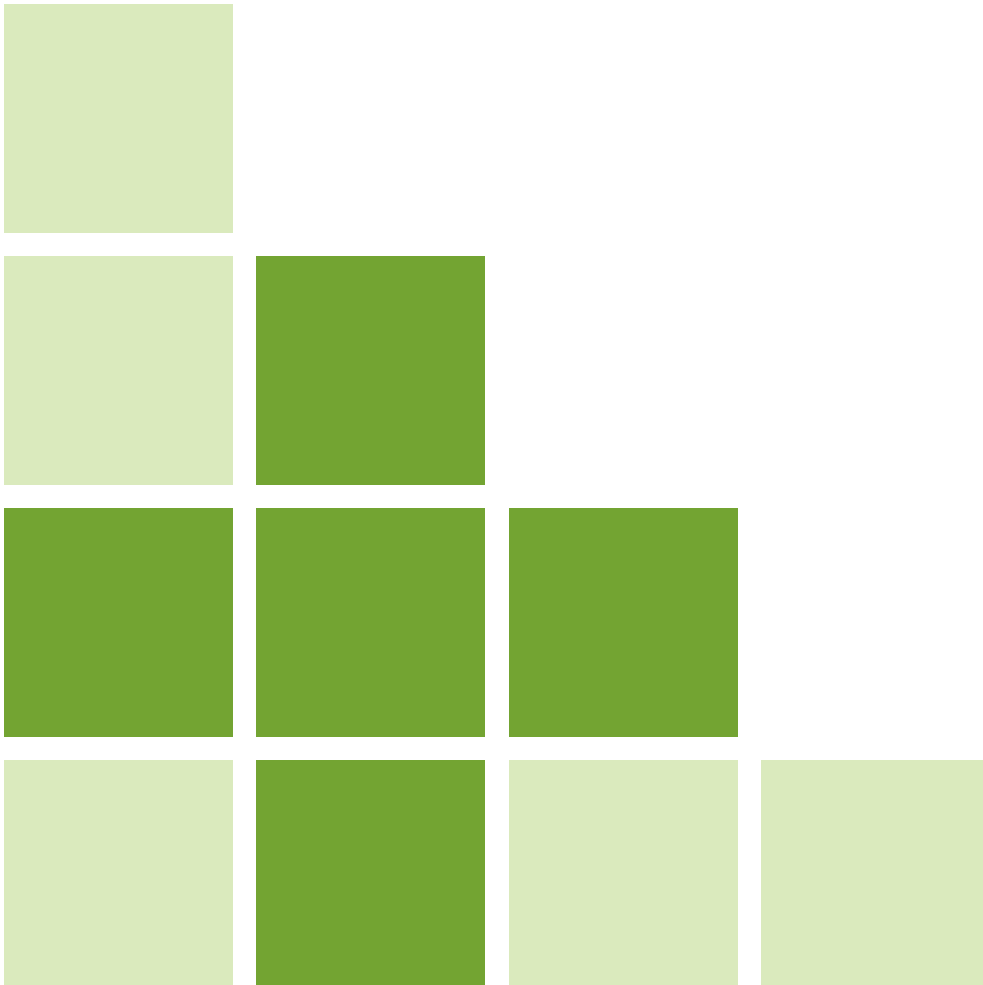
2025

Thông báo thay đổi hàng năm

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

Đối với các quận sau của tiểu bang Oregon: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, Tillamook và Washington

H5859_CO2025ANOC_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 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 panggagamot. 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 답해 드리고자 무료 통역서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 888-712-3258 번으로 문의해주시십시오. 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 'ा(या दवा की योजना के बारे म आपके िकसी भी के जवाब देने के िलए हमारे पास मु= दुभाषिया सेवाएँ उपल ह. एक दुभाषिया ा करने के िलए, बस हम 888-712-3258 पर फोन कर. कोई जो िहरी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मु= 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 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 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.

Care Oregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) được cung cấp bởi Health Plan of CareOregon, Inc.

Thông báo Thay đổi Hàng năm cho năm 2025

Quý vị đang được ghi danh là thành viên của Care Oregon Advantage Plus. Năm tới, sẽ có những thay đổi về chi phí và phúc lợi của chương trình bảo hiểm. ***Vui lòng xem trang 5 để biết Tóm tắt các Chi phí Quan trọng, bao gồm cả Phí Bảo hiểm.***

Tài liệu này sẽ cho biết về những thay đổi đối với chương trình bảo hiểm của quý vị. Để biết thêm thông tin về chi phí, phúc lợi hoặc quy định, vui lòng xem *Evidence of Coverage (Bằng chứng Bảo hiểm)* có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ careoregonadvantage.org/materials. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu chúng tôi gửi qua đường bưu điện cho quý vị *Bằng chứng Bảo hiểm*

Những điều/việc nên làm bây giờ

1. HỎI: Những thay đổi nào áp dụng cho quý vị

- ☐ Kiểm tra các thay đổi về phúc lợi và chi phí của chúng tôi để xem liệu chúng có ảnh hưởng đến quý vị hay không.
 - Xem các thay đổi đối với chi phí chăm sóc y tế (bác sĩ, bệnh viện).
 - Xem các thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của chúng tôi, bao gồm cả các quy định hạn chế bảo hiểm và chia sẻ chi phí.

- Suy nghĩ về số tiền quý vị sẽ chi trả cho phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và chia sẻ chi phí.
 - Kiểm tra các thay đổi trong *Danh sách Thuốc năm 2025* để đảm bảo các loại thuốc quý vị đang dùng vẫn được bảo hiểm.
 - So sánh thông tin chương trình 2024 và 2025 để xem có loại thuốc nào trong số này chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay phải chịu các quy định hạn chế khác hay không, chẳng hạn như phải xin phép trước, liệu pháp từng bước hoặc giới hạn số lượng, cho năm 2025.
- ☐ Kiểm tra xem liệu các bác sĩ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện và các nhà cung cấp khác, kể cả các nhà thuốc của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi trong năm tới hay không.
 - ☐ Kiểm tra xem liệu quý vị có hội đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán tiền thuốc theo toa hay không. Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Thêm” của Medicare.
 - ☐ Hãy suy nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình bảo hiểm của chúng tôi không.
- 2. SO SÁNH:** Tìm hiểu về các lựa chọn chương trình bảo hiểm khác
- ☐ Kiểm tra phạm vi bảo hiểm và chi phí của các chương trình bảo hiểm trong khu vực của quý vị. Sử dụng Công cụ Tìm kiếm Chương trình Medicare tại trang web www.medicare.gov/plan-compare hoặc xem danh sách ở mặt sau sổ tay *Medicare & You 2025* của quý vị. Để được hỗ trợ thêm, vui lòng liên hệ với State Health Insurance

Assistance Program (SHIP, Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang) của quý vị để trao đổi với cố vấn đã qua đào tạo.

- ☐ Sau khi quý vị thu hẹp lựa chọn của mình vào một chương trình bảo hiểm ưa thích, hãy xác nhận chi phí và phạm vi bảo hiểm của quý vị trên trang mạng của chương trình.

3. **HÃY CHỌN:** Quyết định xem quý vị có muốn thay đổi chương trình bảo hiểm của mình hay không

- Nếu quý vị không tham gia chương trình nào khác trước ngày 7 tháng 12 năm 2024, quý vị sẽ tiếp tục tham gia Care Oregon Advantage Plus.
- Để **thay đổi sang một chương trình bảo hiểm khác**, quý vị có thể chuyển đổi các chương trình từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào **ngày 1 tháng 1 năm 2025**. Điều này sẽ kết thúc việc quý vị ghi danh vào Care Oregon Advantage Plus.
- Xem phần 3.2, trang 15 để tìm hiểu thêm về các lựa chọn của quý vị.
- Nếu quý vị mới chuyển đến hoặc đang sống trong một cơ sở (chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare) bất cứ lúc nào. Nếu gần đây quý vị đã chuyển ra khỏi cơ sở, quý vị có cơ hội chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong hai tháng trọn vẹn sau tháng quý vị chuyển đi.

Nguồn lực Hỗ trợ Bổ sung

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Nga, tiếng Trung Giản thể, tiếng Trung Phồn thể, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt
- Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số 503-416-4279 hoặc số 888-712-3258 miễn cước để biết thêm thông tin. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711.) Giờ làm việc là từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn cước.
- Thông tin này là hiện có sẵn trong một định dạng khác, bao gồm chữ nổi braille và bản in khổ chữ lớn. Vui lòng gọi Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711.)
- **Bảo hiểm theo chương trình này đủ điều kiện làm Qualifying Health Coverage (QHC, Bảo hiểm Y tế Đủ Điều kiện)** và đáp ứng yêu cầu về trách nhiệm chung của cá nhân trong Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc với Giá cả Phải chăng). Vui lòng truy cập trang web của Internal Revenue Service (IRS, Sở Thuế vụ Liên bang) tại địa chỉ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Giới thiệu về Care Oregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus là một HMO-POS D-SNP có hợp đồng với Medicare/Medicaid. Việc ghi danh vào CareOregon Advantage Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Chương trình bảo hiểm này cũng có một thỏa thuận bằng văn bản với Oregon Health Plan (Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon) (Medicaid) để điều phối các phúc lợi Medicaid của quý vị.
- Trong tài liệu này, “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” đề cập đến Health Plan of CareOregon, Inc. “Chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” đề cập đến Care Oregon Advantage Plus.

H5895_CO2025ANOC_M

Thông báo Thay đổi Hàng năm cho năm 2025

Mục lục

Tóm tắt các Chi phí Quan trọng cho năm 2025.....	12
PHẦN 1	
Nếu Quý vị Không Chọn một Chương trình Khác, Quý vị sẽ Tự động được Ghi danh vào Care Oregon Advantage Plus trong năm 2025	17
PHẦN 2	
Thay đổi về Phúc lợi và Chi phí cho Năm tới	17
Mục 2.1 – Thay đổi đối với Phí bảo hiểm Hàng tháng	17
Phần 2.2 – Thay đổi đối với Số tiền Xuất túi Tự trả Tối đa của Quý vị	18
Phần 2.3 – Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà cung cấp và Nhà thuốc	20
Phần 2.4 – Thay đổi về Phúc lợi và Chi phí cho các Dịch vụ Y tế	21
Phần 2.5 – Thay đổi đối với Bảo hiểm Thuốc theo Toa Phần D.....	25
PHẦN 3	
Quyết định Chương trình nên Lựa chọn.....	31
Phần 3.1 – Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia Care Oregon Advantage Plus.....	31
Phần 3.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình bảo hiểm	32

PHẦN 4	Hạn chót Thay đổi Chương trình.....	33
PHẦN 5	Các Chương trình Cung cấp Dịch vụ Tư vấn Miễn phí về Medicare và Medicaid	35
PHẦN 6	Các Chương trình Giúp Thanh toán Tiền Thuốc theo Toa.....	36
PHẦN 7	Quý vị có câu hỏi?.....	38
	Phần 7.1 – Yêu cầu Trợ giúp từ <i>CareOregon Advatange Plus</i>	38
	Phần 7.2 – Yêu cầu Trợ giúp từ Medicare.....	39
	Phần 7.3 – Yêu cầu Trợ giúp từ Medicaid	40

Tóm tắt các Chi phí Quan trọng cho năm 2025

Bảng bên dưới so sánh chi phí năm 2024 và chi phí năm 2025 dành cho Care Oregon Advantage Plus trong một số lĩnh vực quan trọng. **Xin vui lòng lưu ý rằng đây chỉ là bản tóm tắt chi phí.** Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận trợ cấp chia sẻ chi phí của Medicare theo chương trình Medicaid, quý vị sẽ trả \$0 cho khoản khấu trừ, thăm khám tại văn phòng bác sĩ và nằm viện nội trú.

Nếu quý vị mất đi tính hội đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon) (Medicaid) trong cả năm nay, quý vị sẽ không còn nhận được các phúc lợi của Medicaid nữa và sẽ phải trả phí bảo hiểm hoặc chia sẻ chi phí của Medicare mà thường được Medicaid chi trả.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
Phí bảo hiểm hàng tháng* * Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này. Xem Phần 2.1 để biết chi tiết.	\$0	\$0
Khấu trừ	\$0	\$0

Những lần thăm khám tại phòng bác sĩ	Thăm khám chăm sóc sức khỏe cơ bản \$0 mỗi lần thăm khám Thăm khám chuyên khoa: \$0 mỗi lần thăm khám	Thăm khám chăm sóc sức khỏe cơ bản \$0 mỗi lần thăm khám Thăm khám chuyên khoa: \$0 mỗi lần thăm khám
Nằm viện nội trú	\$0	\$0
Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Phần D (Xem Phần 2.5 để biết chi tiết.)	Khoản khấu trừ: \$545 ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn. Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Thêm” (“Extra Help”), giai đoạn khấu trừ sẽ không áp dụng cho quý vị.	Khoản khấu trừ: \$590 ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn. Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Thêm” (“Extra Help”), giai đoạn khấu trừ sẽ không áp dụng cho quý vị.

Các khoản đồng thanh toán trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho Thuốc Bậc 1-4: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược được xem như là thuốc gốc, quý vị trả \$0/\$1,55/\$4,50 cho mỗi toa thuốc.

Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả \$0/\$4,60/\$11,20 cho mỗi toa thuốc.

Các khoản đồng thanh toán trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho Thuốc Bậc 5:

- Đối với tất cả các loại thuốc bổ sung hoặc

Các khoản đồng thanh toán trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho Thuốc Bậc 1-4: Đối với thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược được coi là thuốc gốc, quý vị phải trả \$0/\$1,60/\$4,90 cho mỗi toa thuốc.

Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả \$0/\$4,80/\$12,15 cho mỗi toa thuốc.

Các khoản đồng thanh toán trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho Thuốc Bậc 5:

- Đối với tất cả các loại thuốc bổ sung hoặc

chọn phải một số loại thuốc thông thường không được Medicare chi trả, quý vị sẽ trả \$1,55 cho mỗi toa thuốc.

Bảo hiểm Thảm họa:

- Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình bảo hiểm sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của quý vị.
- Quý vị có thể được chia sẻ chi phí đối với các loại thuốc được bảo hiểm theo phúc lợi nâng cao của chúng tôi.

một số loại thuốc thường không được Medicare bảo hiểm, quý vị phải trả \$1,60 cho mỗi toa thuốc.

Bảo hiểm Thảm họa:

- Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình bảo hiểm sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm của quý vị.
- Quý vị có thể được chia sẻ chi phí đối với các loại thuốc được bảo hiểm theo phúc lợi nâng cao của chúng tôi.

Số tiền xuất túi tự trả tối đa

Đây là số tiền lớn nhất quý vị phải tự trả cho các dịch vụ được bảo hiểm. (Xem Phần 2.2 để biết chi tiết.)

\$8.850

Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền xuất túi tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.

\$9.350

Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền xuất túi tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.

PHẦN 1 Nếu Quý vị Không Chọn một Chương trình Khác, Quý vị sẽ Tự động được Ghi danh vào Care Oregon Advantage Plus trong năm 2025

Nếu quý vị không làm gì trong năm 2024, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào Care Oregon Advantage Plus. Điều này có nghĩa là bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2025, quý vị sẽ nhận được bảo hiểm y tế và thuốc theo toa thông qua Care Oregon Advantage Plus. Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare và nhận bảo hiểm thuốc theo toa của mình thông qua Chương trình Thuốc theo Toa, quý vị buộc phải làm như vậy trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2025.

PHẦN 2 Thay đổi về Phúc lợi và Chi phí cho Năm tới

Mục 2.1 – Thay đổi đối với Phí bảo hiểm Hàng tháng

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
Phí bảo hiểm hàng tháng (Quý vị cũng phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình trừ khi Medicaid thanh toán cho quý vị.)	\$0	\$0

Phần 2.2 – Thay đổi đối với Số tiền Xuất túi Tự trả Tối đa của Quý vị

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm y tế giới hạn số tiền quý vị tự trả trong năm. Giới hạn này được gọi là số tiền xuất túi tối đa. Khi quý vị đạt đến số tiền này, quý vị thường không phải trả gì cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm trong thời gian còn lại của năm.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
Số tiền tự trả tối đa; bởi vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được trợ cấp từ Medicaid, nên rất ít thành viên đạt tới số tiền tự trả tối đa này. Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào đối với số tiền xuất túi tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả. Chi phí của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả (chẳng hạn như khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ) được tính vào số tiền xuất túi tối đa của quý vị. Phí bảo hiểm theo chương trình và chi phí mua thuốc theo toa của quý vị không được tính vào số tiền xuất túi tối đa của quý vị.	\$8.850	\$9.350 Sau khi quý vị tự trả \$9.350 cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm, quý vị sẽ không phải trả gì thêm cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bảo hiểm trong thời gian còn lại của năm dương lịch.

Phần 2.3 – Thay đổi đối với Mạng lưới Nhà cung cấp và Nhà thuốc

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa có thể tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị sử dụng. Các chương trình thuốc của Medicare có một mạng lưới các nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị *chỉ* được bảo hiểm nếu quý vị mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Danh mục cập nhật có trên trang web của chúng tôi tại careoregonadvantage.org. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp và/hoặc nhà thuốc hoặc yêu cầu chúng tôi gửi danh mục cho quý vị qua đường bưu điện. Chúng tôi sẽ gửi trong vòng ba ngày làm việc.

Có những thay đổi đối với mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi trong năm tới. **Vui lòng xem *Danh mục Nhà cung cấp năm 2025* (careoregonadvantage.org/providersearch) để biết liệu các nhà cung cấp của quý vị (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không.**

Có những thay đổi đối với mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi trong năm tới. **Vui lòng xem *Danh mục Nhà thuốc năm 2025* (careoregonadvantage.org/pharmacy) để biết nhà thuốc nào thuộc mạng lưới của chúng tôi.**

Điều quan trọng là quý vị phải biết rằng chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) cũng như nhà thuốc nằm trong chương trình bảo hiểm của quý vị trong năm nay. Nếu sự thay đổi giữa năm đối với các nhà cung cấp của chúng tôi ảnh hưởng đến quý vị, vui lòng liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng để chúng tôi có thể hỗ trợ.

Phần 2.4 – Thay đổi về Phúc lợi và Chi phí cho các Dịch vụ Y tế

Xin lưu ý rằng *Thông báo Thay đổi Hàng năm* này sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với phúc lợi và chi phí Medicare và Medicaid của quý vị.

Chúng tôi sẽ thực hiện các thay đổi về chi phí và phúc lợi đối với một số dịch vụ y tế nhất định vào năm tới. Thông tin dưới đây mô tả những thay đổi này.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
Phúc lợi về Sản phẩm Không kê toa và Thực phẩm Lành mạnh CareCard	Quý vị nhận được \$1.620 mỗi năm phúc lợi (\$405/ba tháng) trong Thẻ CareOregon Advantage CareCard để mua các sản phẩm không kê toa (Over the Counter, OTC) liên quan đến sức khỏe và/hoặc thực phẩm lành mạnh.	Quý vị nhận được \$1.378 mỗi năm phúc lợi (\$344,50/ba tháng) trong Thẻ CareOregon Advantage CareCard để mua các sản phẩm không kê toa (Over-The-Counter, OTC) liên quan đến sức khỏe, thực phẩm lành mạnh và/hoặc tiện ích.
Phúc lợi Nha khoa Bổ sung CareCard	Quý vị nhận được \$1.500/năm để chi	Dịch vụ nha khoa bổ sung không được bảo hiểm.

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
	trả cho dịch vụ nha khoa bổ sung.	Phúc lợi nha khoa vẫn được cung cấp thông qua Medicaid. Vui lòng xem <i>Evidence of Coverage</i> hoặc Sổ tay Thành viên Medicaid của quý vị để biết thêm thông tin.
Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà	Quý vị nhận được tối đa chín mươi (90) giờ thăm khám tại nhà mỗi năm với Papa Pals để hỗ trợ Hoạt động Sinh hoạt Hằng ngày Quan trọng.	Quý vị nhận được tối đa sáu mươi (60) giờ thăm khám tại nhà mỗi năm với Papa Pals để hỗ trợ Hoạt động Sinh hoạt Hằng ngày Quan trọng.
Chương trình Giao Bữa ăn	Quý vị nhận được bữa ăn trong tối đa 28 ngày (tối đa 56 bữa hoặc ba bữa mỗi ngày) kể từ khi xuất viện sau thời gian nằm viện nội trú.	Chương trình Giao Bữa ăn không phải là phúc lợi Medicare được bảo hiểm. Nếu phúc lợi Medicaid của quý vị do CareOregon quản lý, việc giao bữa ăn sau

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
		thời gian nằm viện nội trú sẽ được bảo hiểm, tối đa 28 ngày nhận bữa ăn (tối đa 84 bữa hoặc ba bữa mỗi ngày). Nếu phúc lợi Medicaid của quý vị không do CareOregon quản lý, hãy liên hệ với Coordinated Care Organization (CCO, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp) hoặc Oregon Health Authority (OHA, Cơ quan Y tế Oregon) để biết quý vị đủ điều kiện nhận những phúc lợi nào.
Đường dây Y tá Tư vấn	Quý vị có thể sử dụng đường dây y tá tư vấn 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.	Đường dây y tá tư vấn không phải là phúc lợi Medicare được bảo hiểm. Thành viên có thể gọi đến văn phòng nhà

Chi phí	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
		cung cấp dịch vụ chăm sóc chính để được y tá tư vấn hoặc gọi đến Teladoc để được chăm sóc khẩn cấp qua điện thoại hoặc video trên Internet.
Thuốc Phần B	Yêu cầu về sự cho phép trước và liệu pháp từng bước sẽ thay đổi hàng năm. Vui lòng liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng để xác minh những loại thuốc cần sự cho phép trước hoặc liệu pháp từng bước.	Yêu cầu về sự cho phép trước và liệu pháp từng bước sẽ thay đổi hàng năm. Vui lòng liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng để xác minh những loại thuốc cần sự cho phép trước hoặc liệu pháp từng bước.

Phần 2.5 – Thay đổi đối với Bảo hiểm Thuốc theo Toa Phần D

Thay đổi đối với Danh sách Thuốc của Chúng tôi

Danh sách các thuốc được bảo hiểm của chúng tôi được gọi là Danh mục Thuốc hay Danh sách Thuốc. Một bản sao Danh sách Thuốc của chúng tôi được cung cấp dưới dạng điện tử. **Quý vị có thể nhận được Danh sách Thuốc đầy đủ** bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng (xem bìa sau) hoặc truy cập trang web của chúng tôi (careoregonadvantage.org).

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Danh sách thuốc của mình, có thể bao gồm việc loại bỏ hoặc thêm vào các loại thuốc, thay đổi các hạn chế áp dụng cho bảo hiểm của chúng tôi đối với một số loại thuốc nhất định hoặc chuyển chúng sang một bậc chia sẻ chi phí khác. **Xem lại Danh sách Thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được bao trả vào năm tới và để xem liệu có bất kỳ hạn chế nào không, hoặc liệu thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không.**

Hầu hết các thay đổi trong Danh sách Thuốc đều là mới mẻ vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác mà quy tắc của Medicare cho phép và những thay đổi này sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm diễn ra chương trình. Chúng tôi cập nhật Danh sách Thuốc trực tuyến ít nhất một lần/tháng để đưa ra danh sách thuốc mới nhất. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi nào ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận loại thuốc quý vị đang dùng, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về sự thay đổi đó.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi về bảo hiểm thuốc vào đầu năm hoặc trong năm, vui lòng xem Chương 9 của *Evidence of Coverage* và trao đổi với bác sĩ để tìm hiểu các lựa chọn dành cho quý vị, chẳng hạn như yêu cầu cung cấp số lượng thuốc tạm thời, nộp đơn xin ngoại lệ và/hoặc nỗ lực để tìm một loại thuốc mới. Quý vị cũng có thể liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.

Hiện tại, chúng tôi có thể bỏ ngay một loại thuốc biệt dược khỏi Danh sách Thuốc nếu chúng tôi thay thế loại thuốc đó bằng một loại thuốc gốc mới có quy định hạn chế bằng hoặc ít hơn so với loại thuốc biệt dược được thay thế. Ngoài ra, khi thêm một loại thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ loại thuốc biệt dược đó trong Danh sách Thuốc nhưng ngay lập tức bổ sung quy định hạn chế mới.

Bắt đầu từ năm 2025, chúng tôi có thể thay thế ngay các sản phẩm sinh học ban đầu bằng một số dược phẩm sinh học tương đồng. Điều này có nghĩa là, ví dụ: nếu quý vị đang dùng một sản phẩm sinh học ban đầu sẽ được thay thế bằng dược phẩm sinh học tương đồng, quý vị có thể không được thông báo về sự thay đổi 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi hoặc không được cấp sản phẩm sinh học ban đầu trong một tháng tại nhà thuốc thuộc mạng lưới. Nếu quý vị đang dùng sản phẩm sinh học ban đầu vào thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, quý vị sẽ vẫn nhận được thông tin về sự thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện nhưng thông tin đó có thể đến sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi.

Quý vị có thể chưa biết một số loại thuốc này. Để biết định nghĩa về các loại thuốc, vui lòng xem Chương 12 của *Evidence*

of Coverage. Food and Drug Administration (FDA, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm) cũng cung cấp cho người tiêu dùng thông tin về thuốc. Truy cập trang web của FDA: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. Quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng hoặc hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, người kê đơn hoặc dược sĩ của quý vị để biết thêm thông tin.

Thay đổi về Phúc lợi và Chi phí Thuốc theo Toa

Kể từ năm 2025, có ba **giai đoạn thanh toán tiền thuốc**: Giai đoạn Khấu trừ Hằng năm, Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa. Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm và Chương trình Chiết khấu Khoảng trống Bảo hiểm sẽ không còn trong phúc lợi Phần D.

Chương trình Chiết khấu Khoảng trống Bảo hiểm cũng sẽ được Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất thay thế. Theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất, nhà sản xuất thuốc sẽ thanh toán một phần trong tổng chi phí của chương trình cho các loại thuốc sinh học và biệt dược được bảo hiểm trong Phần D trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa. Khoản chiết khấu do nhà sản xuất thanh toán theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất không được tính vào chi phí tự chi trả.

Thay đổi đối với Giai đoạn Khấu trừ

Giai đoạn	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
Giai đoạn 1: Gia đoạn Khấu trừ Hằng năm Trong giai đoạn này, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí thuốc cho đến khi đạt đến khoản khấu trừ hằng năm. Khoản khấu trừ không áp dụng cho các sản phẩm insulin được bảo hiểm và hầu hết các loại vắc-xin Phần D cho người lớn, bao gồm vắc-xin bệnh zona, uốn ván và vắc-xin cho người đi du lịch.	Khoản khấu trừ là \$545. Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Thêm” (“Extra Help”), giai đoạn khấu trừ sẽ không áp dụng cho quý vị.	Khoản khấu trừ là \$590. Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Thêm” (“Extra Help”), giai đoạn khấu trừ sẽ không áp dụng cho quý vị.

Thay đổi về Chia sẻ Chi phí trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Giai đoạn	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu Sau khi thanh toán khoản khấu trừ hàng năm, quý vị sẽ chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chương trình cho thuốc của quý vị và quý vị sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị. Chi phí trong hàng này là cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng (30 ngày) khi quý vị mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới. Để biết thông tin về chi phí cho lượng thuốc dài hạn, hãy xem Chương 6, Phần 5	Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của các Bậc sau là: Bậc Thuốc 1-4: - Đối với thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược được xem như là thuốc gốc, quý vị trả \$0/\$1,55/\$4,50 cho mỗi toa thuốc. - Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả \$0/\$4,60/\$11,20 cho mỗi toa thuốc. Thuốc Bậc 5 - Đối với các loại thuốc bổ sung hoặc chọn một số loại thuốc	Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của các Bậc sau là: Bậc Thuốc 1-4: - Đối với thuốc gốc hoặc thuốc biệt dược được coi là thuốc gốc, quý vị phải trả \$0/\$1,60/\$4,90 cho mỗi toa thuốc. - Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả \$0/\$4,80/\$12,15 cho mỗi toa thuốc. Thuốc Bậc 5 - Đối với các loại thuốc bổ sung thường không được Medicare

của <i>Evidence of Coverage</i>. Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc. Hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được bao trả miễn phí cho quý vị.	thường không được Medicare chi trả, quý vị phải trả \$1,55 cho mỗi toa thuốc. Khi quý vị đã tự trả \$8.000 cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa).	bảo hiểm, quý vị phải trả \$1,60 cho mỗi toa thuốc. Khi quý vị đã tự trả \$2.000 cho thuốc Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa).
--	---	---

Các thay đổi đối với Phúc lợi VBID Phần D của quý vị

	2024 (năm nay)	2025 (năm sau)
Chia sẻ Chi phí Thuốc Phần D	Dành cho những người được “Trợ cấp Thêm”: khoản đồng thanh toán \$0 cho tất cả các loại thuốc Phần D có trong danh mục thuốc hoặc danh sách thuốc.	Dành cho những người được “Trợ cấp Thêm”: khoản đồng thanh toán \$0 cho tất cả các loại thuốc Phần D có trong danh mục thuốc và các loại thuốc Phần D đã được phê duyệt không có trong danh mục thuốc.

Thay đổi đối với Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa

Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa là giai đoạn thứ ba và cũng là giai đoạn cuối cùng. Kể từ năm 2025, các nhà sản xuất thuốc sẽ thanh toán một phần trong tổng chi phí của chương trình cho các loại thuốc sinh học và biệt dược Phần D được bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa. Khoản chiết khấu do nhà sản xuất thanh toán theo Chương trình Chiết khấu của Nhà sản xuất không được tính vào chi phí tự chi trả.

Nếu đạt đến Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các loại thuốc Phần D được bảo hiểm. Quý vị có thể được chia sẻ chi phí đối với các loại thuốc bị loại trừ mà được bảo hiểm theo phúc lợi nâng cao của chúng tôi.

Để biết thông tin cụ thể về chi phí của quý vị trong Giai đoạn Bảo hiểm Thảm họa, hãy xem Chương 6, Phần 6, trong *Evidence of Coverage*.

PHẦN 3 Quyết định Chương trình nên Lựa chọn

Phần 3.1 – Nếu quý vị muốn tiếp tục tham gia Care Oregon Advantage Plus

Để tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì. Nếu quý vị không đăng ký một chương trình khác hoặc đổi sang Original Medicare trước ngày 7 tháng 12, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào Care Oregon Advantage Plus của chúng tôi.

Phần 3.2 – Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình bảo hiểm

Chúng tôi hy vọng năm tới quý vị vẫn là thành viên nhưng nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2025, hãy làm theo các bước sau:

Bước 1: Tìm hiểu và so sánh các lựa chọn của quý vị

- Quý vị có thể tham gia một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác,
- **HOẶC** – Quý vị có thể đổi sang Original Medicare. Nếu quý vị đổi sang Original Medicare, quý vị sẽ cần phải quyết định có tham gia chương trình thuốc Medicare hay không.

Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các loại chương trình Medicare khác nhau, quý vị có thể sử dụng Công cụ Tìm kiếm Chương trình Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), đọc sổ tay *Medicare & You 2025*, gọi cho State Health Insurance Assistance Program (Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang) của quý vị (xem Phần 5) hoặc gọi cho Medicare (xem Phần 7.2).

Bước 2: Thay đổi phạm vi bảo hiểm của quý vị

- Để **thay đổi sang một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác**, hãy đăng ký vào chương trình bảo hiểm mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Care Oregon Advantage Plus.
- Để **chuyển sang Original Medicare với chương trình bảo hiểm thuốc theo toa**, hãy ghi danh vào chương trình bảo hiểm thuốc mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Care Oregon Advantage Plus.

- Để đổi sang Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa, quý vị phải:
 - Gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản để hủy ghi danh. Liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện.
[Adobe IDAdobe ID](#)
 - – HOẶC – Liên hệ với **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và yêu cầu hủy ghi danh. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và **không** đăng ký một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, thì Medicare có thể đăng ký cho quý vị một chương trình thuốc trừ khi quý vị đã chọn không tham gia đăng ký tự động.

PHẦN 4 Hạn chót Thay đổi Chương trình

Nếu quý vị muốn đổi sang một chương trình khác hoặc chuyển sang Original Medicare cho năm tới, quý vị có thể thực hiện điều này từ **ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**. Thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2025.

Có những thời điểm khác trong năm để thực hiện một sự thay đổi?

Trong một số trường hợp nhất định, các thay đổi cũng được cho phép vào các thời điểm khác trong năm. Các ví dụ bao gồm những người có Medicaid, những người nhận được “Trợ cấp Thêm” trả tiền cho thuốc của họ, những người mà có hoặc sắp

rời khỏi bảo hiểm của chủ thuê lao động và những người chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ.

Bởi vì quý vị có Oregon Health Plan (Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon) (Medicaid) nên quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình Medicare khác vào bất kỳ tháng nào, bao gồm:

- Original Medicare *kèm theo* chương trình thuốc theo toa Medicare riêng,
- Original Medicare không kèm theo chương trình thuốc theo toa Medicare riêng (Với lựa chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ phi quý vị chọn không ghi danh tự động), hoặc
- Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép) tích hợp cung cấp Medicare và hầu hết hoặc tất cả các phúc lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình (nếu đủ điều kiện).

Nếu quý vị đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage vào ngày 1 tháng 1 năm 2025 và không thích lựa chọn chương trình của mình, quý vị cũng có thể chuyển sang chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare) trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 năm 2025.

Nếu quý vị mới chuyển đến hoặc đang sống trong một cơ sở (chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc bệnh viện

chăm sóc dài hạn), quý vị có thể thay đổi bảo hiểm Medicare **bất cứ lúc nào**. Quý vị có thể đổi sang bất kỳ chương trình y tế Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có chương trình bảo hiểm thuốc theo toa riêng của Medicare) bất kỳ lúc nào. Nếu gần đây quý vị đã chuyển ra khỏi cơ sở, quý vị có cơ hội chuyển đổi chương trình hoặc chuyển sang Original Medicare trong hai tháng trọn vẹn sau tháng quý vị chuyển đi.

PHẦN 5 Các Chương trình Cung cấp Dịch vụ Tư vấn Miễn phí về Medicare và Medicaid

Chương trình Trợ cấp Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (State Health Insurance Assistance - SHIP) là một chương trình độc lập của chính phủ với các cố vấn được huấn luyện ở mọi tiểu bang. Tại Oregon, chương trình SHIP được gọi là Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Trợ cấp Phúc lợi Bảo hiểm Y tế cho Người Cao niên).

Đây là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính phủ Liên bang để cung cấp tư vấn **miễn phí** bảo hiểm y tế tại địa phương cho những người có Medicare. Các cố vấn của SHIBA có thể giúp quý vị giải đáp các thắc mắc hoặc vấn đề về Medicare. Họ có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare của quý vị và trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi các chương trình bảo hiểm. Quý vị có thể gọi cho chương trình Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) theo số 800-722-4134. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về Senior Health Insurance

Benefits Assistance (SHIBA) bằng cách truy cập trang web của họ (shiba.oregon.gov).

Nếu có thắc mắc về phúc lợi của Oregon Health Plan (Medicaid), hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Oregon Health Plan theo số điện thoại miễn cước 800-273-0557 (TTY 711). Họ làm việc từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Quý vị cũng có thể gọi cho tổ chức chăm sóc phối hợp (Coordinated Care Organization - CCO) của mình nếu quý vị đã đăng ký vào một tổ chức rồi. Số điện thoại được liệt kê ở mặt sau của CCO hoặc Thẻ ID Y tế Oregon của quý vị. Hãy hỏi cách tham gia vào một chương trình khác hoặc quay lại với Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến việc quý vị nhận được bảo hiểm của Oregon Health Plan.

PHẦN 6 Các Chương trình Giúp Thanh toán Tiền Thuốc theo Toa

Quý vị có thể hội đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán tiền thuốc theo toa. Dưới đây chúng tôi liệt kê các loại trợ giúp khác nhau:

- **“Trợ cấp Thêm” từ Medicare.** Bởi vì quý vị có Medicaid, quý vị đã đăng ký vào “Trợ cấp Thêm”, còn được gọi là Tiền Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp. “Trợ cấp Thêm” thanh toán một số phí bảo hiểm thuốc theo toa, khoản khấu trừ hằng năm và khoản đồng bảo hiểm. Bởi vì quý vị đủ điều kiện nên quý vị không bị phạt vì ghi danh muộn. Nếu quý vị có thắc mắc về “Trợ cấp Thêm”, hãy gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần;
 - Social Security Office (Văn phòng An sinh Xã hội) theo số 1-800-772-1213 từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu để gặp người đại diện. Tin nhắn tự động có sẵn 24 giờ một ngày. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-325-0778; hoặc
 - State Medicaid Office (Văn phòng Medicaid Tiểu bang) của quý vị.
- **Trợ cấp Chia sẻ Chi phí theo Toa cho Người bị Nhiễm HIV/AIDS.** Chương trình Hỗ trợ Thuốc Điều trị AIDS (AIDS Drugs Assistance Program - ADAP) sẽ giúp đảm bảo rằng những người bị nhiễm HIV/AIDS đủ điều kiện tham gia ADAP được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV để cứu mạng sống. Các cá nhân phải đáp ứng các tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú trong Tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp theo quy định của Tiểu bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đầy đủ. Các loại thuốc theo toa của Medicare Phần D cũng được AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Chương trình Hỗ trợ Thuốc điều trị AIDS) bảo hiểm đủ điều kiện nhận trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua chương trình CARE Assist. Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bảo hiểm hoặc cách ghi danh vào chương trình, vui lòng gọi số 971-673-0144 hoặc số 800-805-2313 miễn cước.

PHẦN 7 Quý vị có câu hỏi?

Phần 7.1 – Yêu cầu Trợ giúp từ *CareOregon Advantage Plus*

Thắc mắc? Chúng tôi luôn luôn sẵn sàng hỗ trợ. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc số 888-712-3258 miễn cước. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711). Chúng tôi sẵn sàng nhận các cuộc gọi từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối

Hãy đọc *Evidence of Coverage 2025* (tài liệu này có thông tin chi tiết về các phúc lợi và chi phí của năm tới)

Thông báo Thay đổi Hàng năm này cung cấp cho quý vị nội dung tóm tắt những thay đổi về phúc lợi và chi phí của quý vị cho năm 2025. Để biết chi tiết, hãy xem *Evidence of Coverage 2025* dành cho CareOregon Advantage Plus. *Bằng chứng Bảo hiểm* là bản mô tả pháp lý, chi tiết về các quyền lợi trong chương trình bảo hiểm của quý vị. Tài liệu này giải thích các quyền hạn của quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc theo toa được bao trả. Bản sao của *Evidence of Coverage* có trên trang web của chúng tôi tại careoregonadvantage.org/materials. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu chúng tôi gửi *Evidence of Coverage* qua đường bưu điện cho quý vị.

Truy cập trang web của chúng tôi

Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ careoregonadvantage.org. Xin nhắc lại, trang mạng của chúng tôi có thông tin cập nhật mới nhất về mạng lưới các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi (*Danh bạ Nhà Cung cấp Dịch vụ*) và *Danh sách Thuốc được Bao trả (Danh mục Thuốc/Danh sách Thuốc)*.

Phần 7.2 – Yêu cầu Trợ giúp từ Medicare

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare:

Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Truy cập trang mạng của Medicare

Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov). Trang này có thông tin về chi phí, phạm vi bảo hiểm và Xếp hạng Ngôi Sao chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare trong khu vực của quý vị. Để xem thông tin về các chương trình, hãy truy cập www.medicare.gov/plan-compare.

Hãy đọc *Medicare & You 2025*

Hãy đọc sổ tay *Medicare & You 2025*. Mỗi mùa thu, tài liệu này được gửi bưu điện đến những người có Medicare. Tài liệu này có một bản tóm tắt các phúc lợi, quyền hạn và sự bảo vệ của Medicare, và các câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp nhất

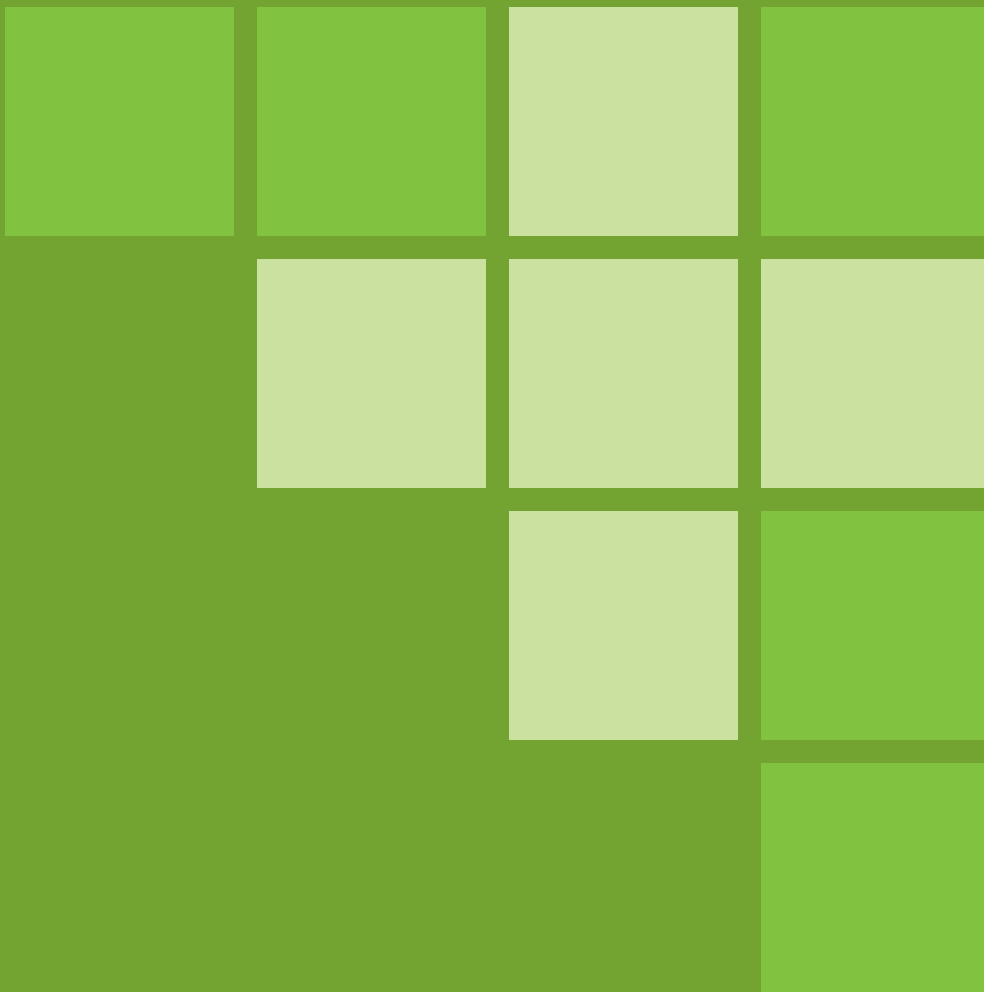
về Medicare. Nếu không có bản sao của tài liệu này, quý vị có thể lấy tại trang web của Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Phần 7.3 – Yêu cầu Trợ giúp từ Medicaid

Để nhận thông tin từ Medicaid, quý vị có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon (Oregon Health Plan) theo số miễn phí 800-273-0557. Người sử dụng TTY vui lòng gọi 711. Nếu quý vị đã ghi danh vào một coordinated care organization (CCO, tổ chức chăm sóc phối hợp), quý vị có thể gọi cho họ theo số điện thoại ghi ở mặt sau của Thẻ ID CCO.

Quý vị có thể nhận thông tin này ở các ngôn ngữ khác, chữ in chữ lớn, chữ nổi hoặc định dạng quý vị muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu một thông dịch viên.

Đây là dịch vụ trợ giúp miễn phí. Hãy gọi 888-440-9912 hoặc TTY 711.



Bộ phận Dịch vụ Khách hàng CareOregon Advantage

Gọi điện thoại: 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258, TTY 711

Giờ làm việc:

8:00 sáng - 8:00 tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3

8:00 sáng - 8:00 tối Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9