

Дополнительный выбор, более качественное обслуживание. В этом наше преимущество.

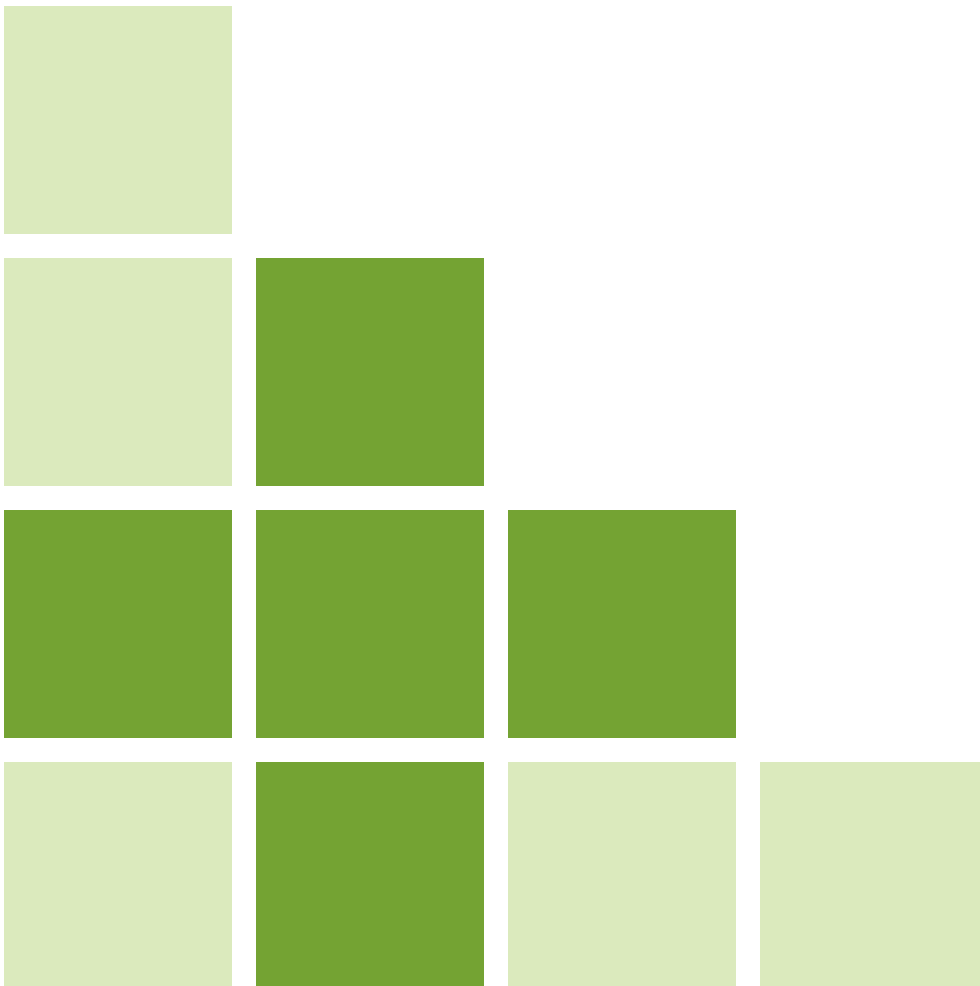
2026

Ежегодное уведомление об изменении

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

Для округов штата Oregon: Clackamas, Columbia,
Jackson, Multnomah и Washington

H5859_CO2026ANOC_M



English

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. You also have the right to an interpreter. You can get help from a certified or qualified health care interpreter. This help is free. Call 888-712-3258, TTY 711, or tell your provider. We accept relay calls.

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a solicitar un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete de atención médica certificado o calificado. Esta ayuda es gratuita. Llame al 888-712-3258, TTY 711 o infórmese a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Vietnamese

Quý vị có thể tải xuống tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, chữ in lớn, chữ nổi hoặc với định dạng mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc có chứng nhận. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi tới số 888-712-3258, TTY 711 hoặc thông báo với nhà cung cấp của quý vị. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

Arabic

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى أو بخط كبير أو بطريقة برايل أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. يمكنك الحصول على هذه المساعدات مجانًا. اتصل بالرقم 888-712-3258 أو عبر خدمة الهاتف النصي على 711، أو أخبر مقدم الخدمة الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة الترحيل.

Dari - Afghan Persian

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمتی که شما ترجیح می‌دهید بدست بیاورید. شما همچنان حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی تصدیق شده مراقبت صحتی یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 888-712-3258، TTY 711 تماس بگیرید، یا به ارائه کننده خود بگوئید. ما تماس های انتقالی (Relay Calls) را می پذیریم.

Russian

Этот документ можно получить на других языках, крупным, шрифтом Брайля или в другом предпочитаемом формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика шрифтом. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 888-712-3258 (TTY: 711) или обратитесь к своему врачу. Мы принимаем ретранслируемые звонки.

Somali

Waxaad dukumiintigan ku heli kartaa luuqadaha kale, farta waawayn, farta indhoolaha ama nooca aad rabto. Waxaad sidoo kale haq u leedahay inaad hesho turjubaan. Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaan daryeelka caafimaadka qaabilsan oo xirfad u leh ama shahaado u haysta. Caawimadani waa bilaash. Wac 888-712-3258, TTY 711, ama u sheeg adeeg bixiyahaaga. Waanu aqbalaynaa wicitaanada dadka maqalka culus.

Traditional Chinese (Cantonese)

您可以獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您還有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請致電 888-712-3258，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711 進行諮詢，或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

Simplified Chinese (Mandarin)

您可以獲得以其他語言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您还有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请致电 888-712-3258，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711 进行咨询，或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

Korean

본 문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 귀하가 선호하는 형식으로 제공될 수 있습니다. 또한 통역사를 요청할 권리가 있습니다.

자격증을 소지하였거나 자격을 갖춘 의료 전문 통역사의 도움을 받을 수 있습니다. 이 지원은 무료로 제공됩니다. 전화

888-712-3258(TTY 711)번 또는 담당 제공자에게 문의하십시오.

중계 전화도 받고 있습니다.

Chuukese

Ka tongeni nounou ei taropwe non pwan foosun ekkoch fonu, epwe mesemong makkan, epwe ussun noun mei chuun ika non ew sokkun nikinik ke mochen kopwe nounou. Mei pwan wor omw pwuung omw kopwe nounou chon chiaku ngonuk. Mei pwan tongeni an epwe kawor ngonuk aninis ren peekin chiaku seni ekkewe ir ra kan tufichin chiaku ika ir mei tongeni chiaku ren peekin aninsin health care. Ei sokkun aninis ese pwan kamo. Kokori nampa 888-712-3258, TTY 711, ika pworous ngeni noumw we tokter ren. Kich mei pwan etiwa kokkon an emon epwe wisen atoura.

Ukrainian

Цей документ можна отримати в перекладі іншою мовою, надрукованим великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Крім того, ви маєте право на послуги усного перекладача. Ви можете скористатися послугами дипломованого або кваліфікованого усного перекладача, який спеціалізується в галузі охорони здоров'я. Такі послуги надають безкоштовно. Зателефонуйте за номером 888-712-3258 або TTY 711 або зверніться до свого лікаря. Ми приймаємо виклики в режимі ретрансляції.

Farsi

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، نسخه چاپی درشت، خط بریل، یا در قالب دلخواه خود دریافت کنید. همچنین، شما حق دارید از یک مترجم کمک بگیرید. می‌توانید از یک مترجم شفاهی مراقبت‌های بهداشتی دارای گواهی‌نامه یا واجد صلاحیت کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 800-224-4840 تماس بگیرید، از طریق دستگاه تله‌تایپ (TTY) با شماره 711 تماس حاصل کنید، یا موضوع را به ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود اطلاع دهید. ما از تماس‌های رله پشتیبانی می‌کنیم.

Amharic

ይህንን ሰነድ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትላልቅ ህትመቶች፣ በብሬይል ወይም በሚመርጡት ቅርጸት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ የማግኘት መብት አለዎት። እውቅና ካለው ወይም ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ እርዳታ ማግኘት ይችላሉ። ይህ እርዳታ ነጻ ነው። ወደ 888-712-3258፣ TTY 711 ይደውሉ ወይም ለአቅራቢዎ ይገኙ። የሪሌይ ስልክ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

Romanian

Puteți obține acest document în alte limbi, tipărit cu font mare, în braille sau în formatul preferat. De asemenea, aveți dreptul la un interpret. Puteți obține asistență de la un interpret aprobat sau calificat în domeniul medical. Asistența este gratuită. Sunați la 888-712-3258, TTY 711 sau contactați furnizorul. Acceptăm apeluri prin centrală.

Khmer/Cambodian

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងទៀត អក្សរធំៗ អក្សរស្នាប ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផងដែរ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផ្នែកថែទាំសុខភាព ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬមានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់។ ជំនួយនេះផ្តល់ជូនឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 888-712-3258, TTY 711 ឬប្រាប់ស្ថាប័នផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ យើងទទួលយកការហៅទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត។

Burmese

ဤစာရွက်စာတမ်းကို အခြားဘာသာစကားများ၊ စာလုံးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ထားခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် သင်နှစ်သက်သော ဖောမက်တစ်ခုဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် စကားပြန်တစ်ဦးရပိုင်ခွင့်လည်း ရှိပါသည်။ အသိအမှတ်ပြုထားသော သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး၏ အကူအညီကို သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ 888-712-3258, TTY 711 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင့်အား စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ပြောပါ။ ကြားလူအကူအညီဖြင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါသည်။

Swahili

Unaweza kupata hati hii katika lugha nyingine, machapisho makubwa, maandiko ya nukta nundu au katika muundo unaoupenda. Una haki ya kupata mkalimani. Unaweza kupata msaada kutoka kwa mkalimani wa huduma za afya aliyeidhinishwa au anayestahiki. Msaada huu haulipishwi. Piga simu kwa 888-712-3258, TTY 711, au mweleze mtoa huduma wako. Tunapokea simu za kupitia mfasiri wa mawasiliano.

CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)

предлагается организацией Health Plan of CareOregon, Inc.

Annual Notice of Change (Ежегодное уведомление об изменениях) на 2026 год

Вы зарегистрированы в качестве участника плана страхования *Care Oregon Advantage Plus*.

В этом материале описываются изменения в расходах и льготах нашего плана в следующем году.

- **У вас есть время с 15 октября по 7 декабря, чтобы внести изменения в свое покрытие Medicare на следующий год.** Если вы не зарегистрируетесь в другом плане страхования до 7 декабря 2025 года, вы останетесь участником плана *CareOregon Advantage Plus*.
- Чтобы **сменить план**, зайдите на сайт www.Medicare.gov или просмотрите список на оборотной стороне руководства *Medicare & You 2026* («*Medicare и вы*» за 2026 год).
- Имейте в виду, что здесь предлагается только краткий обзор изменений. Более подробную информацию о расходах, льготах и правилах можно найти в *Evidence of Coverage* (Справочник участника плана). Экземпляр документа можно загрузить на сайте careoregonadvantage.org/materials или получить в бумажном виде по почте, позвонив в отдел

обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 (звонки бесплатные) или линии ТТУ 711.

Другие источники информации

- Этот материал доступен бесплатно на *русском, упрощенном китайском, традиционном китайском, испанском и вьетнамском языках.*
- За подробной информацией обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 (звонки бесплатные) или линии ТТУ 711. Часы работы: с 1 октября по 31 марта без выходных с 8 а.м. до 8 р.м.; с 1 апреля по 30 сентября с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.
- *Эта информация доступна в другом формате, включая шрифт брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (звонки бесплатные). Пользователи линии ТТУ могут звонить по номеру 711.*

О плане CareOregon Advantage Plus

- *CareOregon Advantage Plus — это план HMO D-SNP, заключивший договор с Medicare/Medicaid. Регистрация в CareOregon Advantage Plus возможна только при условии продления контракта. Нашим планом также предусмотрено письменное соглашение с планом Oregon Health Plan (Medicaid) по вопросу*

координации ваших пособий в рамках программы Medicaid.

- Под такими словами, как «мы», «нас» или «наш», используемыми в этом материале, подразумевается организация Health Plan of CareOregon Inc. Слова «план» или «наш план» означают план страхования *Care Oregon Advantage Plus*.
- **Если вы не предпримите никаких действий до 7 декабря 2025 года, вы станете участником плана *CareOregon Advantage Plus*.** С 1 января 2026 года вы будете получать медицинскую страховку и страховку на препараты в рамках плана *Care Oregon Advantage Plus*. Дополнительную информацию об изменении планов и сроках внесения изменений см. в разделе 3.

Содержание

Краткий обзор важных расходов на 2026 год.....	6
РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и расходах на следующий год	13
Раздел 1.1. Изменения ежемесячного страхового взноса по плану	13
Раздел 1.2. Изменения, касающиеся максимальной суммы, выплачиваемой из ваших личных средств	13
Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков услуг.....	16
Раздел 1.4. Изменения в сети аптек.....	17
Раздел 1.5. Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги	18
Раздел 1.6. Изменения в покрытии препаратов в рамках части D.....	23
Раздел 1.7. Изменения в льготах и расходах на рецептурные препараты.....	25
РАЗДЕЛ 2 Порядок смены планов	35
Раздел 2.1. Срок замены плана	37
Раздел 2.2. Допустимо ли осуществить замену плана в другое время в течение года?	37
РАЗДЕЛ 3 Получение права на помощь в оплате рецептурных препаратов	39
РАЗДЕЛ 4 Остались вопросы?	42
Получите помощь от CareOregon Advantage Plus	42

Получите помощь от Medicare..... 43

Получение помощи от Medicaid 44

Краткий обзор важных расходов на 2026 год

В приведенной ниже таблице приводится сравнение затрат, предусмотренных планом Care Oregon Advantage Plus на 2025 и 2026 годы в нескольких важных областях. **Имейте в виду, что здесь предлагается только краткий обзор расходов.** Если вы имеете право на долевую оплату программы Medicare в рамках программы Medicaid, вы платите 0 долл. США за свои страховые франшизы за медицинские услуги и за препараты из части D, визиты к врачу и пребывание в больнице в стационаре.

Если в течение года вы потеряете право на участие в программе Oregon Health Plan (Medicaid), вы больше не будете получать льготы программы Medicaid и должны будете оплачивать страховые взносы или расходы по программе Medicare, которые обычно оплачиваются Medicaid.

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос* * Ваш страховой взнос может быть выше этой суммы. Подробнее см. в разделе 1.1.	0 долл. США	0 долл. США

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
Страховая франшиза	0 долл. США	0 долл. США
Максимальная сумма, выплачиваемая из ваших личных средств Это <u>наибольшая</u> сумма, которую вы заплатите из собственных средств за услуги, покрываемые страховкой. Подробнее см. в разделе 1.2.	9350 долл. США Вы не несете ответственности за оплату каких-либо дополнительных расходов из максимальной суммы, выплачиваемой из ваших личных средств, за покрываемые страховкой услуги в части А и части В.	9250 долл. США Вы не несете ответственности за оплату каких-либо дополнительных расходов из максимальной суммы, выплачиваемой из ваших личных средств, за покрываемые страховкой услуги в части А и части В.
Посещение врача для получения первичной медицинской помощи	0 долл. США за визит	0 долл. США за визит

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
Посещение специалиста	0 долл. США за ВИЗИТ	0 долл. США за ВИЗИТ
Пребывание в стационаре Включает стационарное лечение острых заболеваний, стационарную реабилитацию, больницы длительного ухода и другие виды стационарных больничных услуг. Стационарное лечение в больнице начинается с того дня, когда вас официально госпитализируют по направлению врача. День перед	0 долл. США	0 долл. США

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
выпиской является вашим последним днем пребывания в стационаре.		
<p>Страховая франшиза для препаратов части D, покрываемых страховкой</p> <p>Подробнее см. в разделе 1.6.</p>	590 долл. США, за исключением обеспеченных страховкой инсулиновых препаратов и большинства вакцин для взрослых в рамках части D	615 долл. США, за исключением обеспеченных страховкой инсулиновых препаратов и большинства вакцин для взрослых в рамках части D
<p>Покрытие препаратов части D</p> <p>В разделе 1.7 вы можете найти подробную информацию, в том числе о ежегодной страховой франшизе, начальном</p>	<p>Доплаты на начальном этапе страхового обеспечения:</p> <p>За препараты уровней 1–4:</p> <p>За непатентованные препараты или патентованные</p>	<p>Доплаты на начальном этапе страхового обеспечения:</p> <p>За препараты уровней 1–5:</p> <p>За непатентованные препараты или патентованные</p>

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
страховом обеспечении и страховом обеспечении в чрезвычайных ситуациях	препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите 0/1,60/4,90 долл. США за рецептурный препарат За все остальные лекарства вы платите 0/4,80/12,15 долл. США за рецептурный препарат Препараты уровня 5 За дополнительные лекарства или отдельные лекарства, обычно не оплачиваемые программой	препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите 0/1,60/5,10 долл. США за рецептурный препарат За все остальные лекарства вы платите 0/4,90/12,65 долл. США за рецептурный препарат Совместное страхование в период начального этапа страхового обеспечения:

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
	<p>Medicare, вы платите 1,55 долл. США за рецептурный препарат</p> <p>Страховое обеспечение в чрезвычайных ситуациях:</p> <p>На этом этапе вы ничего не будете платить за лекарства, обеспеченные страхованием в рамках части D.</p> <p>Возможно, вам придется разделять расходы при приобретении препаратов, которые оплачиваются нашей</p>	<p>За лекарства, исключенные из части D, вы платите взнос в размере 25 % на совместное страхование за рецептурный препарат</p> <p>Страховое обеспечение в чрезвычайных ситуациях:</p> <p>На этом этапе вы ничего не будете платить за лекарства, обеспеченные страхованием в рамках части D.</p> <p>Возможно, вам придется разделять расходы при приобретении препаратов, которые</p>

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
	расширенной льготой.	оплачиваются нашей расширенной льготой.

РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и расходах на следующий год

Раздел 1.1. Изменения ежемесячного страхового взноса по плану

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
<p>Ежемесячный страховой взнос</p> <p>(Вы также должны продолжать оплачивать страховой взнос по части В программы Medicare за исключением случая, когда он оплачивается программой Medicaid.)</p>	0 долл. США	0 долл. США

Раздел 1.2. Изменения, касающиеся максимальной суммы, выплачиваемой из ваших личных средств

Программа Medicare требует, чтобы все медицинские планы ограничивали сумму, которую вы оплачиваете из собственных средств в течение года. Это ограничение называется максимальной суммой, выплачиваемой из личных средств (maximum out-of-pocket amount). Как только

вы выплатите эту сумму, вы, как правило, ничего не платите за обеспеченные страхованием услуги в рамках части А и части В до конца календарного года.

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
<p>Максимальная сумма, выплачиваемая из ваших личных средств</p> <p>Поскольку наши участники также получают помощь от программы Medicaid, очень немногие участники когда-либо достигают этого максимального значения.</p> <p>Вы не несете ответственности за оплату каких-либо дополнительных расходов из максимальной суммы, выплачиваемой из ваших личных средств, за</p>	<p>9350 долл. США</p>	<p>8850 долл. США</p> <p>После того как вы заплатите 9250 долл. США в счет обеспеченных страховкой услуг в рамках части А и части В, вы ничего не будете платить за обеспеченные страхованием услуги в рамках части А и части В до конца календарного года.</p>

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
<p>покрываемые страховкой услуги в части А и части В.</p> <p>Ваши расходы на обеспеченные страхованием медицинские услуги (например, доплату и страховую франшизу) учитываются при расчете максимальной суммы, выплачиваемой из личных средств. Ваш страховой взнос по плану и ваши расходы на лекарства, отпускаемые по рецепту, не учитываются при расчете максимальной суммы, выплачиваемой из личных средств.</p>		

Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков услуг

В следующем году в нашей сети поставщиков услуг произойдут изменения. Ознакомьтесь с *Provider Directory* (Список поставщиков) на 2026 год (careoregonadvantage.org/providersearch), чтобы узнать, входят ли ваши поставщики медицинских услуг (основной поставщик медицинских услуг, специалисты, больницы и т. д.) в нашу сеть обслуживания. Вы можете получить обновленный *Provider Directory* такими способами:

- Посетив наш веб-сайт careoregonadvantage.org/providersearch
- Связавшись с отделом обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 или линии ТТУ 711, чтобы получить актуальную информацию о поставщиках услуг, или попросив нас отправить вам *Provider Directory* по почте.

В течение года мы можем внести изменения в список больниц, врачей и специалистов (поставщиков услуг), которые входят в наш план страхования. Если изменения в списке наших поставщиков услуг в середине года коснутся вас, обратитесь за помощью в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 или линии ТТУ 711. Дополнительную информацию о ваших правах в случае выхода поставщика услуг из нашего плана см. в главе 3, разделе 2.3 вашего *Evidence of Coverage*.

Раздел 1.4. Изменения в сети аптек

Суммы, которые вы платите за рецептурные препараты, могут меняться в зависимости от того, услугами какой аптеки вы пользуетесь. У планов оплаты лекарственных препаратов в рамках программы Medicare есть своя сеть аптек. В большинстве случаев рецептурные препараты обеспечиваются страхованием *только* при условии получения их в одной из аптек нашей сети.

В следующем году в нашей сети аптек произойдут изменения. Ознакомьтесь с *Pharmacy Directory* (каталог аптек) на 2026 год (careoregonadvantage.org/pharmacy), чтобы узнать, какие аптеки входят в нашу сеть обслуживания. Вы можете получить обновленный *Pharmacy Directory* такими способами:

- Посетите наш веб-сайт по адресу careoregonadvantage.org/pharmacy
- Связавшись с отделом обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 или линии ТТУ 711, чтобы получить актуальную информацию об аптеках или попросить нас отправить вам *Pharmacy Directory* по почте.

В течение года мы можем внести изменения в список аптек, которые входят в наш план страхования. Если изменения в списке наших аптек в середине года коснутся вас, обратитесь за помощью в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 или линии ТТУ 711.

Раздел 1.5. Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги

В Annual Notice of Change сообщается об изменениях в ваших льготах и расходах, предусмотренных программами Medicare и Medicaid.

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
CareOregon Advantage CareCard	Вы получаете 1378 долл. США в год (344,50 долл. США каждые три месяца) на свою карту CareOregon Advantage CareCard для покупки безрецептурных товаров медицинского назначения (OTC), полезных продуктов и/или оплаты	Вы получаете 15,50 долл. США в месяц (186 долл. США в год) за безрецептурные товары. Здоровые продукты питания и коммунальные услуги больше нельзя будет оплачивать через CareCard.

	КОММУНАЛЬНЫХ услуг.	
Образовательные программы о здоровье и оздоровлении	<p>Вы получаете бесплатный доступ к Silver & Fit Healthy Aging and Exercise Program (Программа здорового старения и физических упражнений Silver & Fit) в одном из вариантов:</p> <ul style="list-style-type: none">• Абонемент в фитнес-центр• Выбор одного домашнего фитнес-набора раз в год	На программу Silver & Fit Healthy Aging and Exercising Program страхование не распространяется.

**Meal Delivery
Program (Программа
доставки еды)**

Meal Delivery
Program
покрывается
льготами
Medicaid для
участников, чьи
льготы Medicaid
управляются
CareOregon.

После выписки
из стационара
больницы
страховой план
обеспечивает
вам до 28 дней
доставки еды
(максимум 84
приема пищи
или три приема
в день).

**Meal Delivery
Program
покрывается
льготами
Medicaid для
участников, чьи
льготы Medicaid
управляются
CareOregon.**

**После выписки
из стационара
больницы
страховой план
единоразово
обеспечивает
вам до 14 дней
доставки еды
(максимум 24
приема пищи
или три приема
в день).**

**Пункты
обслуживания**

У вас есть
возможность
получать
помощь от
поставщиков
услуг, не
входящих в сеть,
для
определенных
услуг на сумму
до 1000 долл.
США в год.

**На эти льготы
страхование не
распространя-
ется.**

Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, Специальные дополнительные льготы для хронически больных)

На эти льготы страхование не распространяется.

Участники, соответствующие требованиям, получают 50 долл. США в месяц на здоровое питание.

Указанные льготы являются частью специальной дополнительной программы для хронически больных.

У участников должен быть диагностирован сахарный диабет или хроническая сердечная недостаточность, и они должны соответствовать

		определенным критериям. Не все участники имеют на это право.
Виртуальные приемы	Teladoc может предоставить вам возможность получить виртуальную неотложную медицинскую помощь всего за 0 долл. США за прием.	На эти льготы страхование не распространяется.

Раздел 1.6. Изменения в покрытии препаратов в рамках части D

Изменения в нашем списке препаратов

Наш список покрываемых препаратов называется фармакологическим справочником или списком препаратов.

Копия нашего списка препаратов предлагается в электронном виде. **Вы можете получить *полный* список препаратов**, позвонив в отдел обслуживания клиентов по

номеру 503-416-4279, 888-712-3258 (линия ТТУ 711) или посетив наш сайт careoregonadvantage.org/druglist.

Мы внесли изменения в список лекарств, которые могут включать в себя исключение или добавление препаратов, изменение ограничений, распространяющихся на оплату определенных препаратов, или перевод их на другой уровень участия в расходах. **Изучите список препаратов, чтобы убедиться, что ваши препараты будут оплачиваться в следующем году, и узнать, не будет ли введено каких-либо ограничений, или если ваш препарат был перемещен на другой уровень участия в расходах.**

Большинство изменений в списке препаратов вносятся в начале каждого года. Однако другие разрешенные правилами программы Medicare изменения, которые затронут вас, могут быть внесены и в течение календарного года. Мы обновляем наш онлайн-список препаратов как минимум ежемесячно, чтобы предоставить самый актуальный список препаратов. Если мы внесем изменения, которые повлияют на ваш доступ к принимаемому препарату, мы отправим вам уведомление о таком изменении.

Если вас затронет изменение страхового покрытия препаратов в начале года или в течение года, просмотрите главу 9 вашего *Evidence of Coverage* и поговорите со своим врачом, чтобы узнать о доступных вам вариантах, например о запросе временного запаса, подаче заявления об освобождении от правила и /или поиске нового лекарства. За подробной информацией обращайтесь в отдел

обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 или линии TTY 711.

Раздел 1.7. Изменения в льготах и расходах на рецептурные препараты

Получаете ли вы дополнительную помощь для оплаты расходов на лекарственные препараты?

Если вы участвуете в программе, которая помогает оплачивать ваши лекарства (Дополнительная помощь), **информация о стоимости препаратов части D может к вам не относиться.** Мы включили отдельный материал под названием *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Дополнение к справочнику участника плана для людей, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов), в котором описываются расходы на лекарства для вас. Если вы получаете дополнительную помощь и этого материала не было вместе с пакетом, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 или линии TTY 711, чтобы запросить Low Income Subsidy Rider (LIS Rider, Дополнение к справочнику участника Программы субсидий для лиц с низким доходом).

Этапы оплаты лекарственных препаратов

Существует три этапа **оплаты лекарственных препаратов**: этап ежегодной страховой франшизы, начальный этап страхового обеспечения и этап страхового обеспечения в чрезвычайных ситуациях. Этап пробела в страховом обеспечении и Coverage Gap Discount Program (Программа

скидок в случае пробела в страховом обеспечении) больше не действуют в рамках льгот по части D.

- ***Этап 1. Ежегодная страховая франшиза***

С этого этапа оплаты начинается каждый календарный год. На этом этапе вы оплачиваете полную стоимость лекарств уровней 1–5, пока не выплатите сумму ежегодной страховой франшизы.

- ***Этап 2. Начальное страховое обеспечение***

После выплаты ежегодной страховой франшизы вы переходите на начальный этап страхового обеспечения. На этом этапе нашим планом оплачивается часть стоимости ваших лекарств, тогда как вы оплачиваете свою часть стоимости. Обычно вы остаетесь на этом этапе до тех пор, пока ваши расходы за год не достигнут 2100 долл. США.

- ***Этап 3. Страховое обеспечение в чрезвычайных ситуациях***

Это третий и последний этап оплаты лекарственных препаратов. На этом этапе вы ничего не будете платить за лекарства, обеспеченные страхованием в рамках части D. Обычно вы остаетесь на этой стадии до конца календарного года.

Кроме того, вместо Coverage Gap Discount Program действует Manufacturer Discount Program (Программа скидок от производителей). В рамках Manufacturer Discount

Program производители лекарственных препаратов оплачивают часть полной суммы расходов плана на начальном этапе страхового обеспечения и этапе страхового обеспечения в чрезвычайных ситуациях за патентованные препараты и биоаналоги, покрываемые в рамках части D. Скидки, оплачиваемые производителями в рамках Manufacturer Discount Program, не учитываются при расчете максимальной суммы, выплачиваемой из личных средств.

В таблице указана стоимость одного рецепта на этом этапе.

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
Ежегодная страховая франшиза	590 долл. США	615 долл. США На этом этапе вы платите: 0 долл. США при разделении затрат на лекарства на уровне 6 и полную стоимость лекарств уровней 1–5, пока не будет достигнута сумма годовой страховой франшизы.

Стоимость лекарств на этапе 2. Начальное страховое обеспечение

В таблице указана стоимость одного рецепта на один месяц, приобретаемого в сетевой аптеке со стандартным распределением затрат.

Большинство вакцин для взрослых в рамках части D предлагаются бесплатно. Дополнительную информацию о стоимости вакцин, а также информацию о стоимости долгосрочных запасов или рецептов, заказываемых по почте, можно найти в главе 6 вашего *Evidence of Coverage*.

После того как вы заплатите 2100 долл. США из личных средств за лекарства по части D, вы перейдете к следующему этапу (этап страхового обеспечения в чрезвычайных ситуациях).

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
Уровень 1. Предпочтительный непатентованный препарат	За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите	За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
	<p>0/1,60/4,90 долл. США за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите</p> <p>0/4,80/12,15 долл. США за рецептурный препарат</p>	<p>0/1,60/5,10 долл. США за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите</p> <p>0/4,90/12,65 долл. США за рецептурный препарат</p>
Уровень 2. Непатентованный препарат	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите</p> <p>0/1,60/4,90 долл. США за рецептурный препарат</p>	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите</p> <p>0/1,60/5,10 долл. США за рецептурный препарат</p>

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
	<p>За все остальные лекарства вы платите</p> <p>0/4,80/12,15 долл. США</p> <p>за рецептурный препарат</p>	<p>За все остальные лекарства вы платите</p> <p>0/4,90/12,65 долл. США</p> <p>за рецептурный препарат</p> <p>За лекарства, исключенные из части D, вы платите 25 % всей суммы за рецептурный препарат</p>
Уровень 3. Предпочтительный патентованный препарат	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите</p> <p>0/1,60/4,90 долл. США</p>	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите</p> <p>0/1,60/5,10 долл. США</p>

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
	<p>за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите</p> <p>0/4,80/12,15 долл. США</p> <p>за рецептурный препарат</p>	<p>за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите</p> <p>0/4,90/12,65 долл. США</p> <p>за рецептурный препарат</p>
Уровень 4. Второстепенный патентованный препарат (исключения)	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите</p> <p>0/1,60/4,90 долл. США</p> <p>за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите</p>	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите</p> <p>0/1,60/5,10 долл. США</p> <p>за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите</p>

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
	0/4,80/12,15 долл. США за рецептурный препарат	0/4,90/12,65 долл. США за рецептурный препарат
Уровень 5. Особый уровень	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите 0/1,60/4,90 долл. США за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите 0/4,80/12,15 долл. США за рецептурный препарат</p>	<p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите 0/1,60/5,10 долл. США за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите 0/4,90/12,65 долл. США за рецептурный препарат</p>

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
Уровень 6. Избранные препараты	В 2025 году этот уровень отсутствует.	0 долл. США

Мы изменили категорию некоторых препаратов в нашем списке препаратов. Чтобы узнать, будут ли ваши препараты относиться к другому уровню, найдите их в списке препаратов.

Изменения вашей льготы в рамках части D программы VBID

Программа Value-Based Insurance Design (VBID, Экономически целесообразное страхование) прекращена CMS на 2026 календарный год.

	2025 год (этот год)	2026 год (следующий год)
Участие в расходах на лекарства по части D	<p>Для лиц, получающих «дополнительную помощь».</p> <p>За все препараты по части D, включенные в фармакологический справочник, и утвержденные препараты по части D, не включенные в фармакологический справочник, вы вносите доплату в размере 0 долл. США</p>	<p>Для лиц, получающих «дополнительную помощь».</p> <p>За непатентованные препараты или патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные, вы платите 0/1,60/5,10 долл. США за рецептурный препарат</p> <p>За все остальные лекарства вы платите 0/4,90/12,65 долл. США за рецептурный препарат</p>

Изменения в этапе страхового обеспечения в чрезвычайных ситуациях

Если вы достигнете уровня страхового обеспечения в чрезвычайных ситуациях, вы ничего не будете платить за лекарства, обеспеченные страхованием в рамках части D. Возможно, вам придется разделять расходы при приобретении исключенных препаратов, которые оплачиваются нашей расширенной льготой.

Более точную информацию о ваших расходах на этапе страхового обеспечения в чрезвычайных ситуациях см. в главе 6, разделе 6 вашего *Evidence of Coverage*.

РАЗДЕЛ 2 Порядок смены планов

Чтобы остаться в плане CareOregon Advantage Plus, вам не нужно предпринимать никаких действий. Если вы не зарегистрируетесь в другом плане, не перейдете в план Original Medicare до 7 декабря или не потеряете льготы программы Medicaid, вы автоматически станете участником плана Care Oregon Advantage Plus.

Если вы желаете заменить план на 2026 год, выполните следующие действия:

- **Чтобы перейти в другой план медицинского обслуживания в рамках программы Medicare,** зарегистрируйтесь в новом плане. Вы будете автоматически исключены из плана CareOregon Advantage Plus.

- **Чтобы перейти в план Original Medicare, предусматривающий оплату препаратов в рамках программы Medicare,** зарегистрируйтесь в новом плане, оплачивающем стоимость лекарств. Вы будете автоматически исключены из плана CareOregon Advantage Plus.
- **Чтобы перейти в план Original Medicare, не предусматривающий оплату лекарств,** вам необходимо отправить нам письменный запрос на исключение. За подробной информацией об этой процедуре обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279, 888-712-3258 или линии TTY 711. Или свяжитесь с сотрудниками программы **Medicare** по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227) и попросите исключить вас из плана. Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 877-486-2048. Если вы не зарегистрируетесь в плане оплаты лекарственных препаратов программы Medicare, возможно, вам придется заплатить штраф за позднюю регистрацию в рамках части D (см. раздел 4).
- **Для того чтобы получить дополнительную информацию о плане Original Medicare и различных видах планов в рамках программы Medicare,** посетите веб-сайт www.Medicare.gov, прочтите пособие *Medicare & You 2026*, позвоните в State Health Insurance Assistance Program (Программа помощи государственного медицинского страхования) (см. раздел 4) или позвоните 800-MEDICARE (800-633-4227).

Раздел 2.1. Срок замены плана

Участники программы Medicare могут вносить изменения в свое покрытие **с 15 октября по 7 декабря** каждого года.

Если вы зарегистрировались в плане Medicare Advantage с 1 января 2026 года и вам не нравится выбранный вами план, вы также можете перейти на другой план медицинского страхования Medicare (с оплатой препаратов в рамках программы Medicare или без неё) или перейти в план Original Medicare (с дополнительной оплатой препаратов в рамках программы Medicare или без неё) в период с 1 января по 31 марта 2026 года.

Раздел 2.2. Допустимо ли осуществить замену плана в другое время в течение года?

В определенных ситуациях у людей могут быть дополнительные возможности сменить страховое покрытие в течение года. Например, это люди:

- У которых есть Medicaid
- Которые получают дополнительную помощь в оплате лекарств
- Которые имеют страховое покрытие от работодателя или скоро его лишатся
- Покидающие зону обслуживания нашего плана

Поскольку вы являетесь участником плана Medicaid, вы можете выйти из нашего плана в любом месяце в течение года, выбрав один из следующих вариантов:

- Original Medicare с отдельным планом оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare;
- Original Medicare без отдельного плана оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare (если вы выберете этот вариант, Medicare может зарегистрировать вас в плане оплаты стоимости лекарств, если вы не отказались от автоматической регистрации);
- если вы соответствуете требованиям, в комплексном плане D-SNP, который обеспечивает ваши льготы и услуги по программе Medicare и большинство ваших льгот и услуг по программе Medicaid в рамках одного плана.

Если вы недавно переехали в учреждение (например, учреждение квалифицированного сестринского ухода или стационар длительного ухода) либо проживаете в нем в настоящее время, вы можете сменить план Medicare **в любое время**. Вы можете перейти на любой другой план медицинского страхования Medicare (с оплатой препаратов в рамках программы Medicare или без нее) или перейти в план Original Medicare (с отдельной оплатой препаратов в рамках программы Medicare или без нее) в любое время. Если вы недавно выписались из медицинского учреждения, у вас есть возможность сменить план или перейти на Original Medicare на два полных месяца, считая со следующего месяца после выписки.

РАЗДЕЛ 3 Получение права на помощь в оплате рецептурных препаратов

Вы можете иметь право на помощь в оплате рецептурных препаратов. Доступны различные виды помощи:

- **«Дополнительная помощь» от программы Medicare.** Люди с ограниченными доходами могут иметь право на получение дополнительной помощи для оплаты необходимых рецептурных препаратов. Если вы соответствуете требованиям, Medicare может покрыть до 75 % и более ваших расходов на лекарства, включая ежемесячные взносы за лекарственный план, годовые франшизы и совместное страхование. Кроме того, лицам, соответствующим требованиям, не придется платить штраф за позднюю регистрацию. Чтобы узнать, имеете ли вы право на участие, позвоните:
 - 800-MEDICARE (800-633-4227). Пользователи линии ТТУ могут звонить по номеру 877-486-2048 (работает круглосуточно и без выходных)
 - Представителю службы социального обеспечения можно звонить по номеру 800-772-1213 с 8 а.м. до 7 р.м. с понедельника по пятницу. Автоматизированные сообщения предлагаются 24 часа в сутки. Пользователи линии ТТУ могут звонить по номеру 800-325-0778
 - В местное отделение программы Medicaid штата.
- **Помощь в оплате рецептурных препаратов для лиц с ВИЧ/СПИДом.** AIDS Drug Assistance Program (ADAP,

Программа помощи с лекарствами больным СПИДом) помогает гарантировать доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ людям с ВИЧ/СПИДом, имеющим право на участие в программе ADAP. Чтобы иметь право на участие в программе ADAP, действующей в вашем штате, вы должны соответствовать определенным критериям, включая подтверждение проживания в штате и ВИЧ-статус, низкий доход в соответствии с определением штата и статус незастрахованного/застрахованного в недостаточном объеме. Препараты, предусмотренные частью D программы Medicare, которые также оплачиваются программой ADAP, подлежат совместной оплате стоимости в рамках программы CAREAssist (Программа медицинской помощи). Для получения информации о праве на участие, оплачиваемых препаратах, а также о том, как зарегистрироваться в программе или продлить свое участие в ней, позвоните по номеру 971-673-0144 или 800-805-2313 (звонки бесплатные). При звонке обязательно сообщите им название вашего плана Medicare по части D или номер полиса.

- **План оплаты рецептурных препаратов Medicare.** План оплаты рецептурных препаратов Medicare — это вариант оплаты в рамках вашего текущего плана покрытия лекарственных средств, помогающий вам контролировать собственные расходы на лекарства, покрываемые нашим планом, распределяя их на весь календарный год (с января по декабрь). Любой человек, у которого есть план покрытия лекарственных расходов Medicare или план медицинского

страхования Medicare с покрытием расходов на лекарства (например, план Medicare Advantage с покрытием расходов на лекарства), может воспользоваться этим вариантом оплаты. **Этот вариант оплаты может помочь вам управлять расходами, но он не сэкономит вам деньги и не снизит расходы на лекарства.**

Дополнительная помощь от Medicare и помощь по программам SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодна, чем участие в Плате оплаты рецептурных препаратов Medicare.

Все участники имеют право участвовать в Плате оплаты рецептурных препаратов Medicare, независимо от уровня дохода. За подробной информацией об этом варианте оплаты обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (линия ТТУ 711), или посетите сайт www.Medicare.gov.

РАЗДЕЛ 4 Остались вопросы?

Получите помощь от CareOregon Advantage Plus

- Позвоните в службу поддержки клиентов по телефону **503-416-4279** или **888-712-3258** (линия ТТУ 711).

Телефонные звонки принимаются с 1 октября по 31 марта без выходных с 8 а.м. до 8 р.м., а с 1 апреля по 30 сентября с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м.

- **Ознакомьтесь с 2026 *Evidence of Coverage***

В этом *Annual Notice of Change* приводится краткая информация об изменениях ваших льгот и расходов на 2026 год. Более подробную информацию см. в *2026 Evidence of Coverage* для плана CareOregon Advantage Plus. *Evidence of Coverage* — это юридическое подробное описание льгот, предусмотренных нашим планом. В нем разъясняются ваши права и правила, которым вы должны следовать, чтобы получать оплачиваемые услуги и отпускаемые по рецепту лекарства. *Evidence of Coverage* можно получить на нашем сайте careoregonadvantage.org/materials или в бумажном виде по почте через отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (линия ТТУ 711).

- **Посетите сайт careoregonadvantage.org**

На нашем веб-сайте размещена самая актуальная информация о нашей сети поставщиков медицинских услуг (*Provider Directory / Pharmacy Directory*) и наш *List*

of Covered Drugs (Список оплачиваемых лекарств),
фармакологический справочник/список препаратов.

Бесплатные консультации по вопросам, связанным с программой Medicare

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Программа помощи с медицинским страхованием штата) — это независимая государственная программа, предлагающая услуги обученных консультантов в каждом штате. В штате Орегон программа SHIP известна как Senior Health Insurance Assistance (SHIBA, программа помощи в подборе страхового обеспечения для престарелых).

Свяжитесь с сотрудниками SHIBA, чтобы получить бесплатную индивидуальную консультацию по вопросам медицинского страхования. Они могут помочь вам понять варианты ваших планов страхования Medicare и Medicaid, а также ответить на вопросы о замене плана. Свяжитесь с SHIBA по номеру 800-722-4134. Более подробную информацию о SHIBA можно найти на сайте *oregonshiba.org*.

Получите помощь от Medicare

- **Позвоните на горячую линию 800-MEDICARE (800-633-4227).**

Вы можете звонить по телефону 800-MEDICARE (800-633-4227) круглосуточно, 7 дней в неделю.

Пользователи линии ТТУ могут звонить по номеру 877-486-2048.

- **Онлайн-чат на сайте www.Medicare.gov**

Вы можете переписываться в онлайн-чате по ссылке www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Напишите Medicare**

Вы можете написать письмо программе Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Посетите веб-сайт www.Medicare.gov**

На официальном веб-сайте Medicare предлагается информация о стоимости, страховом покрытии и оценках качества в формате звезд, которая поможет вам сравнить планы медицинского страхования Medicare в вашем районе.

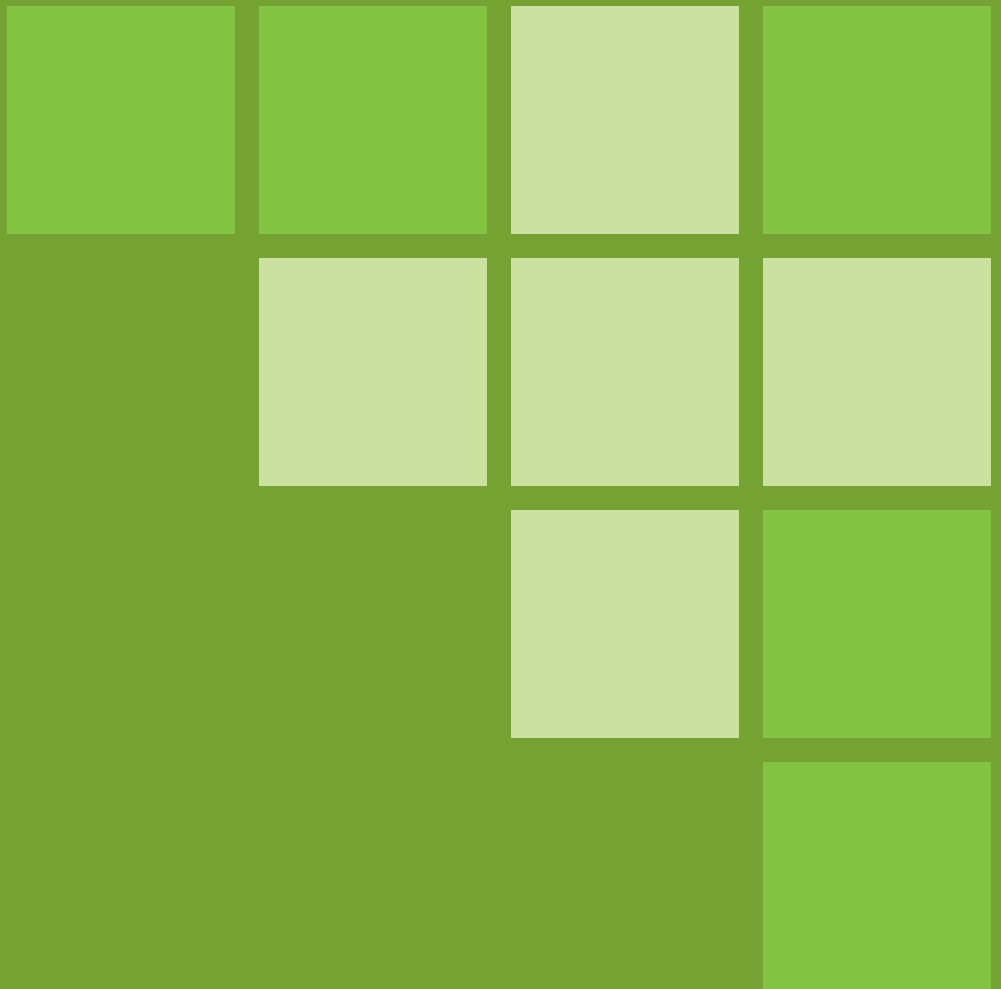
- **Ознакомьтесь с *Medicare & You 2026***

Каждую осень пособие *Medicare & You 2026* рассылается по почте участникам программы Medicare. В нем содержится краткая информация о льготах, правах и средствах защиты Medicare, а также ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о программе Medicare. Копию документа можно загрузить на сайте www.Medicare.gov или запросить, позвонив по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227). Пользователи линии ТТУ могут звонить по номеру 877-486-2048.

Получение помощи от Medicaid

Если у вас остались вопросы о регистрации в Medicaid или получении льгот, свяжитесь с Oregon Health Plan (Medicaid) по номеру 800-273-0557 (линия ТТУ 711). Если вы зарегистрированы в ССО, вы можете позвонить им по

номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты участника ССО.



Отдел по работе с клиентами плана медицинского страхования CareOregon Advantage

Звоните: 503-416-4279 или бесплатный номер 888-712-3258, телетайп для слабослышащих 711

Часы работы:

С 8:00 до 20:00 семь дней в неделю, с 1 октября по 31 марта

С 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, с 1 апреля по 30 сентября