

更多选择, 更好的关怀。这是我们的优势。

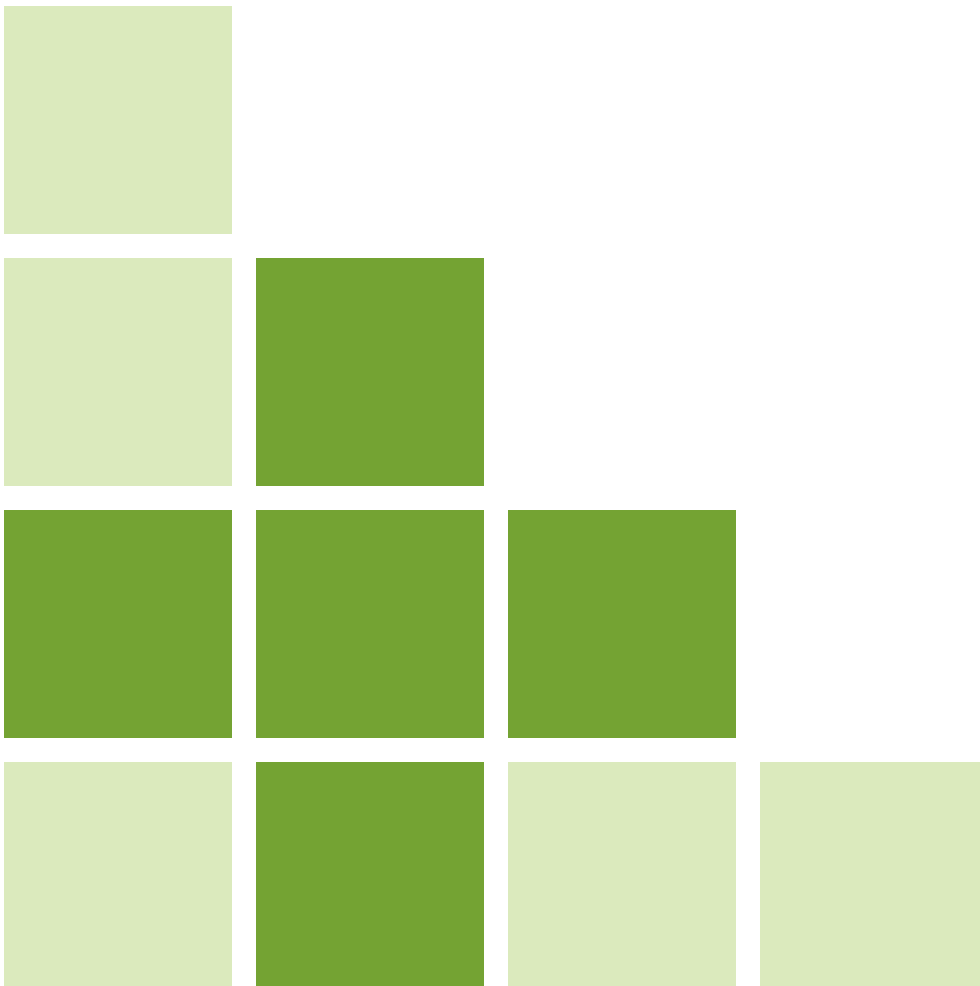
2026

年度变更通知

CareOregon Advantage
(HMO D-SNP)

针对 Oregon 的以下县: Clackamas, Columbia,
Jackson, Multnomah 和 Washington

H5859_CO2026ANOC_M



CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)

由 **Health Plan of CareOregon, Inc.** 提供

2026 年 Annual Notice of Change (年度变更通知)

您已注册成为 *CareOregon Advantage Plus* 的会员。

本材料描述的内容为明年本计划的费用和福利的变更情况。

- 您必须在 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期间更改明年的 **Medicare 承保范围**。如果您在 2025 年 12 月 7 日之前未加入其他计划，您将继续留在 *CareOregon Advantage Plus*。
- 要改为其他计划，请访问 www.Medicare.gov 或查看您的《*Medicare & You 2026*》（2026 年版 *Medicare* 与您）手册背面的列表。
- 请注意，这些内容只是变更摘要。有关费用、福利、规则详情，请参见《*Evidence of Coverage*》（承保范围说明书）。请访问 careoregonadvantage.org/materials 获取副本，或拨打 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 (TTY 711)，通过邮寄方式获取副本。

更多资源

- 本材料有俄语、简体中文、繁体中文、西班牙语和越南语版本可供免费索取。
- 请拨打 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 (TTY 711) 联系客户服务部，以获取更多信息。我们的办公时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天，上午 8 点

至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，上午 8 点至晚上 8 点。通话免费。

- 此信息有不同的格式版本，包括盲文版、大字版和音频。请拨打 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 联系客户服务部。TTY 用户请拨打 711。

CareOregon Advantage Plus 介绍

- *CareOregon Advantage Plus* 是一项与 Medicare/Medicaid 均签有合约的 HMO D-SNP 计划。投保 *CareOregon Advantage Plus* 需视合约续约情况而定。本计划还与 *Oregon Health Plan (Medicaid)* 计划签有书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 当本材料提及“我们”或“我们的”时，其是指 *Health Plan of CareOregon, Inc.*；而当提及“计划”或“本计划”时，则是指 *CareOregon Advantage Plus*。
- 如果您在 2025 年 12 月 7 日之前未执行操作，则会自动投保 *CareOregon Advantage Plus*。从 2026 年 1 月 1 日开始，您将通过 *CareOregon Advantage Plus* 获得医疗和药物承保。有关如何更改计划和截止日期的更多信息，请参阅第 3 节。

目录

2026 年重要费用摘要	4
第 1 节 明年的福利和费用变更	8
第 1.1 节 每月计划保费变更	8
第 1.2 节 您的最高自付额变更	8
第 1.3 节 服务提供者网络变更	9
第 1.4 节 药房网络变更	10
第 1.5 节 医疗服务的福利和费用变更	12
第 1.6 节 D 部分药物承保变更	15
第 1.7 节 处方药福利和费用变更	16
第 2 节 如何更改计划	23
第 2.1 节 更改计划的截止日期	24
第 2.2 节 一年中还有其他时间可以进行更改吗?	24
第 3 节 获得帮助以支付处方药费用	26
第 4 节 有疑问?	28
获取源自 CareOregon Advantage Plus 的帮助	28
获取 Medicare 免费咨询服务	29
获取源自 Medicare 的帮助	29
获取源自 Medicaid 的帮助	30

2026 年重要费用摘要

下表比较了 CareOregon Advantage Plus 在 2025 年与 2026 年于几项重要领域的费用。请注意，这些内容只是费用摘要。如果您有资格获得 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊援助，则您须支付的医疗和 D 部分免赔额、医生诊室看诊和住院病人住院的费用为 \$0。

如果您在这一年丧失加入 Oregon Health Plan (Medicaid) 的资格，您将不再获得 Medicaid 福利，您将需要支付通常由 Medicaid 承保的 Medicare 保费或费用分摊。

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月计划保费* * 您的保费可能会高于此金额。详情请参阅第 1.1 节。	\$0	\$0
免赔额	\$0	\$0
最高自付额 这是您将自行支付承保服务的 <u>最大</u> 费用。	\$9,350 您无需支付超出承保 A 部分和 B 部分服务的最高	\$9,250 您无需支付超出承保 A 部分和 B 部分服务的最高

	2025 (今年)	2026 (明年)
(详情请参阅第 1.2 节。)	自付额的任何自付费用。	自付额的任何自付费用。
初级保健 诊室就诊	每次看诊 \$0	每次看诊 \$0
专科医生 诊室就诊	每次看诊 \$0	每次看诊 \$0
住院病人住院 包括急性住院治疗、康复住院治疗、长期护理医院以及其他类型的住院医疗服务。住院护理从您遵医嘱正式入院当天开始计算。出院前一天是您最后一天住院。	\$0	\$0
D 部分药物承保免赔额	\$590 承保的胰岛素产	\$615 承保的胰岛素产品

	2025 (今年)	2026 (明年)
(详情请参阅第 1.6 节。)	品和大多数成人 D 部分疫苗除外	和大多数成人 D 部分疫苗除外
<p>D 部分药物承保范围</p> <p>(详情请参阅第 1.7 节, 包括年度免赔额阶段、初始承保阶段和重大伤病承保阶段。)</p>	<p>初始承保阶段的共付额:</p> <p>对于药物层级 1-4:</p> <p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药, 您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$4.90</p> <p>对于所有其他药物, 您需为每份处方支付 \$0/\$4.80/\$12.15</p> <p>药物层级 5</p> <p>对于补充药物或 Medicare 通常不承保的特定药物, 您需为</p>	<p>初始承保阶段的共付额:</p> <p>对于药物层级 1-5:</p> <p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药, 您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>对于所有其他药物, 您需为每份处方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p> <p>初始承保阶段的共保额:</p> <p>对于 D 部分未涵盖的药物, 您需为</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>每份处方支付 \$1.55</p> <p>重大伤病承保阶段：</p> <p>在此支付阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。</p> <p>您可以就我们的增强型福利承保的药物获得费用分摊。</p>	<p>每份处方支付 25% 共保额</p> <p>重大伤病承保阶段：</p> <p>在此支付阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。</p> <p>您可以就我们的增强型福利承保的药物获得费用分摊。</p>

第 1 节 明年的福利和费用变更

第 1.1 节 每月计划保费变更

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月计划保费 (您还必须继续支付您的 Medicare B 部分保费, 除非 Medicaid 已为您支付该费用。)	\$0	\$0

第 1.2 节 您的最高自付额变更

Medicare 要求所有健康计划限制您当年自付费用的金额。此限制称为最高自付额。支付此金额后, 您通常无需为该日历年剩余时间承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>最高自付额</p> <p>由于本计划的会员也会获得 Medicaid 的帮助，因此只有非常少的会员曾达到此自付额上限。</p> <p>您无需支付超出承保 A 部分和 B 部分服务的最高自付额的任何自付费用。</p> <p>您的承保医疗服务费用（例如共付额和免赔额）计入您的最高自付额。您的计划保费和处方药费用不计入您的最高自付额。</p>	\$9,350	<p>8,850</p> <p>一旦您为承保的 A 部分和 B 部分服务自费支付了 \$9,250，您在该日历年的剩余时间内无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。</p>

第 1.3 节 服务提供者网络变更

明年，我们的服务提供者网络将会有变化。请查阅 2026 年《*Provider Directory*》（*服务提供者名录*）(CareOregonadvantage.org/providersearch)，查看您的服务提供者（初级保健服务提供者、专科医生、医院等）是否在我

们的网络中。下面介绍如何获取更新版《*Provider Directory*》：

- 访问我们的网站 careoregonadvantage.org/providersearch
- 请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部，以获取当前服务提供者信息，或要求我们邮寄《*Provider Directory*》

我们可能会在这一年内更改本计划中的医院、医生和专科医生（服务提供者）。如果我们的服务提供者年中变更对您造成影响，请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711），联系客户服务部寻求帮助。若要详细了解网络服务提供者退出本计划时您所享有的权利，请参阅您的《*Evidence of Coverage*》第 3 章第 2.3 节。

第 1.4 节 药房网络变更

您为处方药支付的金额取决于您使用的药房。Medicare 药物计划有一个药房网络。在大多数情况下，只要在我们的网络药房之一配药，您的处方药都在承保范围内。

明年，我们的药房网络将会有变化。请查阅 2026 年《*Pharmacy Directory*》（药房名录）

(careoregonadvantage.org/pharmacy)，查看哪些药房隶属于我们的网络。下面介绍如何获取更新版《*Pharmacy Directory*》：

- 访问我们的网站 careoregonadvantage.org/pharmacy

- 请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部，获取当前药房信息，或要求我们邮寄《*Pharmacy Directory*》

我们可能会在这一年内更改本计划中的药房。如果我们的药房年中变更对您造成影响，请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711），联系客户服务部寻求帮助。

第 1.5 节 医疗服务的福利和费用变更

Annual Notice of Change 为您说明的是有关 Medicare 和 Medicaid 福利和费用的变更。

	2025 (今年)	2026 (明年)
CareOregon Advantage CareCard	您可以通过 CareOregon Advantage CareCard 每个福利年度获得 \$1,378 (每三个月 \$344.50)，用于购买健康相关的非处方 (OTC) 药品、健康食品和/或支付公用事业费用。	您每月可获得 \$15.50 (每年 \$186)，用于购买非处方药品。健康食品和公共事业费用不再可以通过 CareCard 购买或支付。

健康保健教育计划

您可以免费使用 Silver & Fit Healthy Aging and Exercise Program (Silver & Fit 健康老龄化与锻炼计划)，包括以下选择：

- 健身中心会员资格
- 每年可选择一个居家健身工具包

Silver & Fit Healthy Aging and Exercising Program 并非承保福利。

Meal Delivery Program (送餐计划)

对于 Medicaid 福利由 CareOregon 管理的会员，Meal Delivery Program 在 Medicaid 福利承保范围内。所有住院后的送餐服务均在承保范围内，最多 28 天的餐食（最多 84 餐，或每天三餐）。

对于 Medicaid 福利由 CareOregon 管理的会员，Meal Delivery Program 在 Medicaid 福利承保范围内。一次住院后的送餐服务在承保范围内，最多 14 天的餐食（最多 24 餐，或每天两餐）。

服务点

您可以选择获取网络外的服务提供者所提供的特定服务护理，每年最高可达 \$1,000。

这不是承保福利。

<p>Special Supplemental Benefits for the Chronically III (SSBCI, 慢性病患者特殊补充福利)</p>	<p>这不是承保福利。</p>	<p>符合条件的会员每月可获得\$50, 用于购买健康食品。</p> <p>上述福利归属于针对慢性病患者的特殊补充计划。会员必须被诊断为糖尿病或慢性心力衰竭, 并且符合特定标准。并非所有会员均符合条件。</p>
<p>在线诊疗</p>	<p>您可以通过 Teladoc 获得在线紧急护理诊疗, 每次看诊费用为 \$0。</p>	<p>这不是承保福利。</p>

第 1.6 节 D 部分药物承保变更

我们药物清单变更

我们的承保药物清单称为处方集或药物清单。我们的药物清单副本可以以电子方式提供。如需**完整药物清单**, 请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258 (TTY 用户请拨打

打 711) 联系客户服务部, 或访问我们的网站
[CareOregonadvantage.org/druglist](https://careoregonadvantage.org/druglist)

我们对药物清单做出了变更, 其中可能包括剔除或新增药物、更改适用于我们的承保范围的某些药物的限制条件, 或将其转换到不同的费用分摊层级。查看药物清单, 确保您的药物明年将获得承保, 并查看是否有任何限制条件, 或者您的药物是否已转换到不同的费用分摊层级。

药物清单中的大部分变更都在每年年初全新生效。但是, 我们可能会做出 Medicare 规则允许的其他变更, 这些变更将在该日历年对您造成影响。我们至少每月更新一次在线药物清单, 以提供最新的药物清单。如果我们所做的变更会影响您获取正在服用的药物, 我们将向您发送有关变更的通知。

如果您在年初或整年中受到药物承保范围的影响, 请查看《*Evidence of Coverage*》第 9 章并与处方开立者讨论应对方案, 例如要求临时供应、申请例外情况处理和/或寻找新的药物。请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258 (TTY 用户请拨打 711) 联系客户服务部, 获取详细信息。

第 1.7 节处方药福利和费用变更

您是否能够获得“额外补助”来支付药物承保费用?

如果您参加的是旨在帮助支付药物费用的计划 (“额外补助”), 则有关 D 部分药物费用的信息可能不适用于您。我们随附了一份单独的材料, 名为《*Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*》(针对获得额外补助以支付处方药费用的人员的承保范围说

说明书附加条款），其中详述了您的药物费用。如果您想获得额外补助，但该数据包并未提供相关材料，请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部，以索取《*Low Income Subsidy Rider*》（*LIS Rider*，低收入补贴附加条款）。

药物支付阶段

共有三个药物支付阶段：年度免赔额阶段、初始承保阶段和重大伤病承保阶段。D 部分福利中将不再存在承保缺口阶段和 Coverage Gap Discount Program（承保缺口折扣计划）。

- **第 1 阶段：年度免赔额**

每个日历年，您都会从这一支付阶段开始。在这个阶段，您需要支付层级 1-5 药物的全部费用，直到达到年度免赔额。

- **第 2 阶段：初始承保**

支付年度免赔额后，您将进入初始承保阶段。在此阶段，本计划会分摊您的部分药物费用，剩余部分由您支付。您通常会停留在这一阶段，直到年初至今的自付费用达到 \$2,100。

- **第 3 阶段：重大伤病承保**

这是第三个也是最后一个药物支付阶段。在此阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。在该历年内的剩余时间内，您通常都会停留在这一阶段。

Coverage Gap Discount Program 已被 Manufacturer Discount Program（制造商折扣计划）取代。根据 Manufacturer Discount Program，药品制造商在初始承保阶段和重大伤病承保阶段为承保的 D 部分品牌药物和生物制品支付该计划全部费用中的一部分。制造商根据 Manufacturer Discount Program 支付的折扣额不计入自付费用。

下表显示的是您在此阶段的每份处方费用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
年度免赔额	\$590	\$615 在此阶段，您需支付： 层级 6 药物：\$0 费用分摊，以及 层级 1-5 药物：全部费用，直到达到年度免赔额。

第 2 阶段药物费用：初始承保

下表显示的是您在网络药房以标准费用分摊方式购买一个月用量药物时的每份处方费用。

大多数成年人 D 部分疫苗均获得免费承保。若要详细了解关于疫苗费用、长期供药费用或邮购处方的相关信息，请参阅《*Evidence of Coverage*》的第 6 章。

在您为承保的 D 部分药物支付的自付费用达到 \$2,100 后，您便会进入下一个阶段（重大伤病承保阶段）。

	2025 (今年)	2026 (明年)
层级 1 - 首选仿制药:	<p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$4.90</p> <p>对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.80/\$12.15</p>	<p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p>
层级 2 - 仿制药	<p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$4.90</p> <p>对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.80/\$12.15</p>	<p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
		对于 D 部分未涵盖的药物，您需为每份处方支付总费用的 25%
层级 3 - 首选品牌药	对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$4.90 对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.80/\$12.15	对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$5.10 对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.90/\$12.65
层级 4 - 非首选品牌药 (例外)	对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$4.90	对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$5.10

	2025 (今年)	2026 (明年)
	对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.80/\$12.15	对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.90/\$12.65
层级 5 - 特效药 层级	对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$4.90 对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.80/\$12.15	对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$5.10 对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.90/\$12.65
层级 6 - 精选护理药物	2025 年未提供该层级药物	\$0

我们也变更了药物清单中部分药物的层级。如需了解您的药物是否属于不同的层级，请查阅药物清单。

您的 VBID D 部分福利变更

Value-Based Insurance Design (VBID, 基于价值的保险设计) 计划已被 CMS 终止, 自 2026 日历年开始生效。

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分药物费用分摊	<p>对于享受“额外补助”的人员</p> <p>对于处方集上的所有 D 部分药物和批准的非处方 D 部分药物，您需支付： \$0 共付额</p>	<p>对于享受“额外补助”的人员</p> <p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>对于所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p>

重大伤病承保阶段变更

如果您达到重大伤病承保阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。您可就我们的增强型福利承保的除外药物获得费用分摊。

有关重大伤病承保阶段费用的详细信息，请参阅《*Evidence of Coverage*》的第 6 章第 6 节。

第 2 节 如何更改计划

如果要继续参加 **CareOregon Advantage Plus**，您无需采取任何行动。除非您投保其他计划，或在 12 月 7 日之前更改为 Original Medicare，或是失去 Medicaid 福利，否则您会自动投保 CareOregon Advantage Plus。

如果您想在 2026 年更改计划，请按照以下步骤操作：

- 如需更改为其他 **Medicare** 健康计划，请投保新计划。您会自动从 CareOregon Advantage Plus 退保。
- 如需更改为具有 **Medicare** 药物承保的 **Original Medicare**，请投保新的 Medicare 药物计划。您会自动从 CareOregon Advantage Plus 退保。
- 如需更改为不具有药物计划的 **Original Medicare**，您可以给我们寄送书面退保申请。请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部，获取相关操作详细信息。或者拨打 800-MEDICARE (800-633-4227) 联系 **Medicare**，要求退保。TTY 用户可以拨打 877-486-2048。如果您未投保 Medicare 药物计划，则可能会支付 D 部分逾期参保的罚金（请参阅第 4 节）。
- 要了解有关 **Original Medicare** 和不同类型的 **Medicare** 计划的更多信息，请访问 www.Medicare.gov，查看《*Medicare & You 2026*》手册，致电您的 State Health Insurance Assistance Program（州健康保险援助计划）（请参阅第 4 节），或致电 800-MEDICARE (800-633-4227)。

第 2.1 节更改计划的截止日期

拥有 Medicare 的人员可以在每年 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期间更改其承保范围。

如果您投保了在 2026 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 计划，但您不喜欢您所选择的计划，则您可在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间改用其他 Medicare health plan（可包含也可不包含 Medicare 药物承保范围），或者改用 Original Medicare（可包含也可不包含单独的 Medicare 药物承保范围）。

第 2.2 节一年中还有其他时间可以进行更改吗？

在某些情况下，人们可能有其他机会在一年中更改他们的承保范围。示例包括满足以下条件的人员：

- 拥有 Medicaid
- 寻求“额外补助”支付其药物费用
- 拥有或即将退出雇主承保
- 搬离本计划服务区域

由于您拥有 Medicaid，因此您可以在一年中的任何月份选择以下 Medicare 方案之一，终止您在本计划中的会员资格。

- 有单独的 Medicare 处方药计划的 Original Medicare，
- 没有单独的 Medicare 处方药计划的 Original Medicare（如果您选择此选项，Medicare 可能会为您投保药物计划，除非您选择退出自动投保。），或者

- 如果符合条件，一项综合 D-SNP 可在一项计划中提供您的 Medicare 以及大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

如果您最近刚搬进或目前住在某机构（如专业护理机构或长期照护医院），您可**随时**更改 Medicare 承保范围。您随时可以改为任何其他 Medicare 健康计划（可包含也可不包含 Medicare 药物承保范围）或改用 Original Medicare（可包含也可不包含单独的 Medicare 药物承保范围）。如果您最近搬出机构，则有机会在搬出当月后的整整两个月内更换计划或改用 Original Medicare。

第 3 节 获得帮助以支付处方药费用

您可能有资格获得支付处方药费用方面的帮助。我们可提供不同类型的帮助：

- **来自 Medicare 的“额外补助”**。收入有限的人员可能有资格获得“额外补助”，用于支付处方药费用。如果您符合条件，那么 Medicare 可以支付 75% 或以上的药物费用，包括每月药物计划保费、年度免赔额和共同保险。此外，符合条件的人员无需支付逾期参保的罚金。要查看您是否符合条件，请致电：
 - 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用户可以致电 877-486-2048，全天候提供服务
 - 800-772-1213（周一至周五上午 8 点至晚上 7 点），联系 Social Security（社会安全局）。全天 24 小时自动回复信息。TTY 用户可以拨打 800-325-0778
 - 您的州政府 Medicaid 办公室
- **Human Immunodeficiency Virus（HIV，人类免疫缺陷病毒） / Acquired Immunodeficiency Syndrome（AIDS，艾滋病）患者的处方药费用分摊援助**。AIDS Drug Assistance Program（ADAP，艾滋病药物援助计划）可以帮助符合 ADAP 资格的 HIV/AIDS 患者获得挽救生命的 HIV 药物。要符合您所在州的 ADAP 计划的参与条件，您必须达到某些标准，包括州居住证明和 HIV 状态证明、州定义的低收入以及无保险 / 保险不足的状态。同时属于 ADAP 承保范围的 Medicare D 部分药物有资格通过 CAREAssist（关怀援助）计划获取处方药分摊费用补

助。要了解资格标准、承保药物或计划参保方式，或者如果您当前已投保，要了解如何继续获取帮助，请致电 971-673-0144 或免费电话 800-805-2313。请务必在致电时向对方提供您的 Medicare D 部分计划名称或保单号码。

- **Medicare Prescription Payment Plan。** Medicare Prescription Payment Plan 是一种支付方案，可与您当前的药物承保配合使用，通过将费用分摊到整个日历年（1 月至 12 月），帮助您管理由本计划承保的药物自付费用。所有拥有 Medicare 药物计划或包含药物承保的 Medicare 健康计划（如包含药物承保的 Medicare Advantage 计划）的人员，都可以使用此支付方案。此支付方案可能有助于您管理费用，但不会为您节省资金或降低药物费用。

对于符合条件的人来说，来自 Medicare 的“额外补助”以及来自 SPAP 和 ADAP 的帮助比参与 Medicare Prescription Payment Plan 更有利。

所有会员都有资格参加 Medicare Prescription Payment Plan，无论收入水平如何。要详细了解本支付方案，请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711）联系我们，或访问 www.Medicare.gov。

第 4 节 有疑问？

获取源自 CareOregon Advantage Plus 的帮助

- 请拨打 **503-416-4279 或 888-712-3258** 联系客户服务部。（TTY 用户请拨打 **711**。）

我们的通话服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日，每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，上午 8 点至晚上 8 点。

- 阅读您的 2026 年 *《Evidence of Coverage》*

本 *Annual Notice of Change* 旨在为您提供 2026 年福利和费用的变更摘要。欲了解详情，请参阅 CareOregon Advantage Plus 的 *《2026 Evidence of Coverage》*。

《Evidence of Coverage》 合法详细地描述了本计划的福利。它解释了您的权利以及您需遵守以获得承保服务和处方药的规则。要获取 *《Evidence of Coverage》*，请访问我们的网站 [CareOregonadvantage.org/materials](https://careoregonadvantage.org/materials)，或拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部，要求我们邮寄副本。

- 请访问 **CareOregonadvantage.org**

我们的网站会提供关于我们的服务提供者网络（*《Provider Directory》* / *《Pharmacy Directory》*）和 *《List of Covered Drugs》*（承保药物清单）（处方集 / 药物清单）的最新信息。

获取 Medicare 免费咨询服务

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 州健康保险援助计划) 是一项独立的政府计划, 每个州都有训练有素的顾问。在俄勒冈州, SHIP 称为 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, 老年人健康保险福利援助) 计划。

致电 SHIBA, 即可获得免费的个性化健康保险咨询服务。他们可以帮助您了解您的 Medicare 和 Medicaid 计划的选择, 并回答有关转换计划的相关问题。请拨打 800-722-4134 联系 SHIBA。要详细了解 SHIBA, 请访问 oregonshiba.org。

获取源自 Medicare 的帮助

- 致电 **800-MEDICARE (800-633-4227)**

您可以致电 800-MEDICARE (800-633-4227), 全天候提供服务。TTY 用户可以拨打 877-486-2048。

- 在线聊天网站: www.Medicare.gov

您可以发起在线聊天, 网站: www.Medicare.gov/talk-to-someone。

- 写信给 Medicare

您可以写信给 Medicare, 地址: PO Box1270, Lawrence, KS66044

- 请访问 www.Medicare.gov

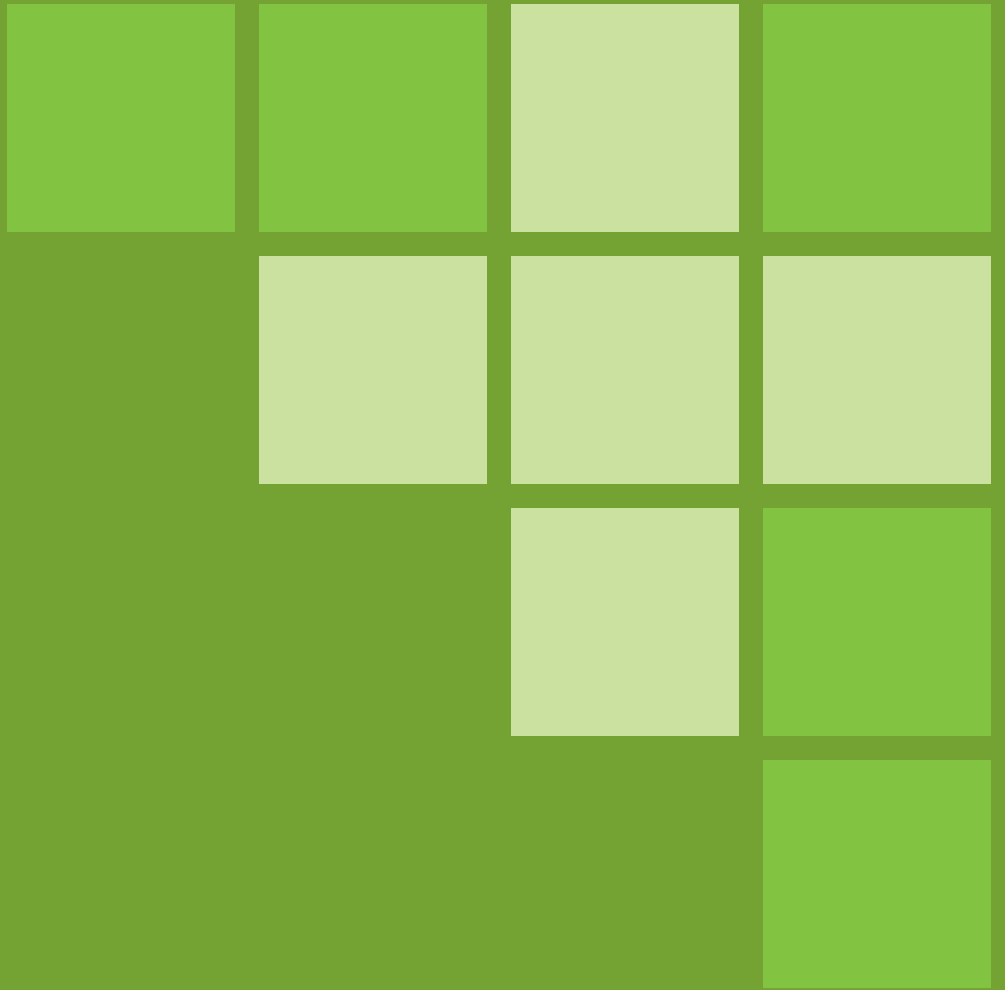
Medicare 官方网站上会提供有关费用、承保范围和品质星级评级的相关信息, 可以帮助您比较您所在区域的各个 Medicare 健康计划。

- 阅读 《*Medicare & You 2026*》

每年秋天，我们都会为加入 Medicare 的人士邮寄《*Medicare & You 2026*》手册。其中包含了关于 Medicare 的福利、权利和保障的概述，以及有关 Medicare 最常见问题的解答。请访问 www.Medicare.gov 或致电 800-MEDICARE (800-633-4227)，获取副本。TTY 用户可以拨打 877-486-2048。

获取源自 Medicaid 的帮助

请拨打 800-273-0557 (TTY 711) 联系 Oregon Health Plan (Medicaid)，寻求有关 Medicaid 投保或福利问题的相关帮助。如果您已加入协调护理组织 (CCO)，那么可以拨打 CCO 会员卡背面所列的电话号码，与他们联系。



CareOregon Advantage 客户服务

致电:503-416-4279 或免费电话 888-712-3258, TTY 711。

工作时间:

10月1日至下年3月31日早上8点到晚上8点,每周7天
早上8点到晚上8点4月1日至9月30日,周一至周五