

更多選擇，更優質的照護。這是我們的優勢。

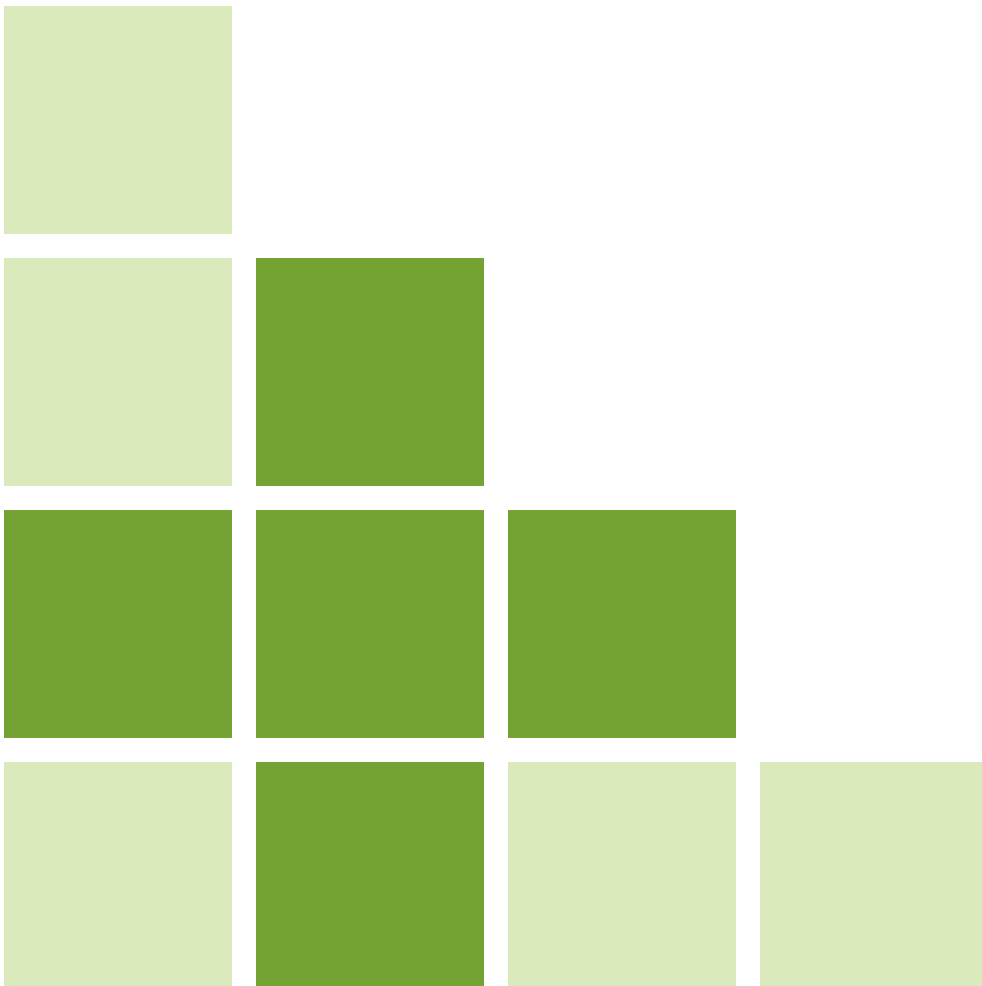
2026

年度變更通知

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

適用的俄勒岡州郡縣：Clackamas、Columbia、
Jackson、Multnomah 及 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 ТТУ 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 ይገናኙ። 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)

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

2026 年 Annual Notice of Change (年度變更通知)

您已註冊成為 *CareOregon Advantage Plus* 的會員。

本資料描述的內容為明年本計劃的費用和福利的變更情況。

- 您必須在 **10 月 15 日至 12 月 7 日期間**更改明年的 **Medicare 承保範圍**。如果您在 2025 年 12 月 7 日之前未加入其他計劃，您將繼續留在 *CareOregon Advantage Plus*。
- 若要更換為**其他計劃**，請造訪 www.Medicare.gov 或檢視您的「*Medicare & You 2026*」(2026 年版 *Medicare 與您*) 手冊背面的清單。
- 請注意，這些內容只是變更摘要。有關費用、福利、規則詳情，請參見「*Evidence of Coverage*」(承保範圍說明書)。請造訪 careoregonadvantage.org/materials 獲取副本，或撥打 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 (TTY 711)，透過郵寄方式獲取副本。

更多資源

- 本資料有俄語、簡體中文、繁體中文、西班牙語和越南語版本可供免費索取。
- 請撥打 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 (TTY 711) 聯絡客戶服務部，以獲取更多資訊。我們的辦公

時間為：10月1日至3月31日，每週7天，上午8點至晚上8點；4月1日至9月30日，週一至週五，上午8點至晚上8點。通話免費。

- 此資訊有不同的格式版本，包括盲文版、大字版和音訊。請撥打503-416-4279 或免費電話888-712-3258 聯絡客戶服務部。TTY 用戶請撥打711。

CareOregon Advantage Plus 介紹

- *CareOregon Advantage Plus* 是一項與 Medicare/Medicaid 均簽有合約的 HMO D-SNP 計劃。投保 *CareOregon Advantage Plus* 需視合約續約情況而定。本計劃還與 Oregon Health Plan (Medicaid) 計劃簽有書面協議，以協調您的 Medicaid 福利。
- 當本資料提及「我們」或「我們的」時，其是指 *Health Plan of CareOregon, Inc.*；而當提及「計劃」或「本計劃」時，則是指 *CareOregon Advantage Plus*。
- 如果您在 2025 年 12 月 7 日之前未執行操作，則會自動投保 *CareOregon Advantage Plus*。從 2026 年 1 月 1 日開始，您將透過 *CareOregon Advantage Plus* 獲得醫療和藥物承保。有關如何更改計劃和截止日期的更多資訊，請參閱第 3 節。

目錄

2026 年重要費用摘要	4
第 1 節 明年的福利和費用變更	8
第 1.1 節 每月計劃保費變更	8
第 1.2 節 您的最高自付額變更	8
第 1.3 節 服務提供方網路變更	9
第 1.4 節 藥房網路變更	10
第 1.5 節 醫療服務的福利和費用變更	12
第 1.6 節 D 部分藥物承保變更	15
第 1.7 節 處方藥福利和費用變更	16
第 2 節 如何更改計劃	23
第 2.1 節 更改計劃的截止日期	24
第 2.2 節 一年中還有其他時間可以進行更改嗎?	24
第 3 節 獲得幫助以支付處方藥費用	26
第 4 節 有疑問?	28
獲取源自 CareOregon Advantage Plus 的幫助	28
獲取 Medicare 免費諮詢服務	29
獲取源自 Medicare 的幫助	29
獲取源自 Medicaid 的幫助	30

2026 年重要費用摘要

下表比較了 CareOregon Advantage Plus 在 2025 年與 2026 年於幾項重要領域的費用。請注意，這些內容只是費用摘要。如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，則您須支付的醫療和 D 部分免賠額、醫生診室看診和住院病人住院的費用為 \$0。

如果您在這一年喪失加入 Oregon Health Plan (Medicaid) 的資格，您將不再獲得 Medicaid 福利，您將需要支付通常由 Medicaid 承保的 Medicare 保費或費用分攤。

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月計劃保費* * 您的保費可能會高於此金額。詳情請參閱第 1.1 節。	\$0	\$0
免賠額	\$0	\$0
最高自付額 這是您將自行支付承保服務的 <u>最大</u> 費用。	\$9,350 您無需支付超出承保 A 部分和 B 部分服務的最高	\$9,250 您無需支付超出承保 A 部分和 B 部分服務的最高

	2025 (今年)	2026 (明年)
(詳情請參閱第 1.2 節。)	自付額的任何自付費用。	自付額的任何自付費用。
初級保健 診室就診	每次看診 \$0	每次看診 \$0
專科醫生 診室就診	每次看診 \$0	每次看診 \$0
住院病人住院 包括急性住院治療、康復住院治療、長期護理醫院以及其他類型的住院醫療服務。住院護理從您遵醫囑正式入院當天開始計算。出院前一天是您最後一天住院。	\$0	\$0
D 部分藥物承保免賠額	\$590 承保的胰島素產	\$615 承保的胰島素產品

	2025 (今年)	2026 (明年)
(詳情請參閱第 1.6 節。)	品和大多數成人 D 部分疫苗除外	和大多數成人 D 部分疫苗除外
<p>D 部分藥物承保範圍</p> <p>(詳情請參閱第 1.7 節，包括年度免賠額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。)</p>	<p>初始承保階段的共付額：</p> <p>對於藥物層級 1-4：</p> <p>對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$4.90</p> <p>對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.80/\$12.15</p> <p>藥物層級 5</p> <p>對於補充藥物或 Medicare 通常不承保的特定藥物，您需為</p>	<p>初始承保階段的共付額：</p> <p>對於藥物層級 1-5：</p> <p>對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p> <p>初始承保階段的共保額：</p> <p>對於 D 部分未涵蓋的藥物，您需為</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
	<p>每份處方支付 \$1.55</p> <p>重大傷病承保階段：</p> <p>在此支付階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。</p> <p>您可以就我們的增強型福利承保的藥物獲得費用分攤。</p>	<p>每份處方支付 25% 共保額</p> <p>重大傷病承保階段：</p> <p>在此支付階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。</p> <p>您可以就我們的增強型福利承保的藥物獲得費用分攤。</p>

第 1 節 明年的福利和費用變更

第 1.1 節 每月計劃保費變更

	2025 (今年)	2026 (明年)
每月計劃保費 (您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費，除非 Medicaid 已為您支付該費用。)	\$0	\$0

第 1.2 節 您的最高自付額變更

Medicare 要求所有健康計劃限制您當年自付費用的金額。此限制稱為最高自付額。支付此金額後，您通常無需為該日曆年剩餘時間承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
<p>最高自付額</p> <p>由於本計劃的會員也會獲得 Medicaid 的幫助，因此只有非常少的會員曾達到此自付額上限。</p> <p>您無需支付超出承保 A 部分和 B 部分服務的最高自付額的任何自付費用。</p> <p>您的承保醫療服務費用（例如共付額和免賠額）計入您的最高自付額。您的計劃保費和處方藥費用不計入您的最高自付額。</p>	\$9,350	<p>8,850</p> <p>一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務自費支付了 \$9,250，您在該日曆年的剩餘時間內無需為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。</p>

第 1.3 節服務提供方網路變更

明年，我們的服務提供方網路將會有變化。請查閱 2026 年「*Provider Directory*」（服務提供方名錄）

([CareOregonadvantage.org/providersearch](https://careoregonadvantage.org/providersearch))，檢視您的服務提供方（初級保健服務提供方、專科醫生、醫院等）是否在我們的網路中。下面介紹如何獲取更新版「*Provider Directory*」：

- 造訪我們的網站
careoregonadvantage.org/providersearch
- 請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711）聯絡客戶服務部，以獲取當前服務提供方資訊，或要求我們郵寄「*Provider Directory*」

我們可能會在這一年內更改本計劃中的醫院、醫生和專科醫生（服務提供方）。如果我們的服務提供方年中變更對您造成影響，請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711），聯絡客戶服務部尋求幫助。若要詳細瞭解網路服務提供方退出本計劃時您所享有的權利，請參閱您的「*Evidence of Coverage*」第 3 章第 2.3 節。

第 1.4 節藥房網路變更

您為處方藥支付的金額取決於您使用的藥房。Medicare 藥物計劃有一個藥房網路。在大多數情況下，只要在我們的網路藥房之一配藥，您的處方藥都在承保範圍內。

明年，我們的藥房網路將會有變化。請查閱 2026 年「*Pharmacy Directory*」（藥房名錄）

(careoregonadvantage.org/pharmacy)，檢視哪些藥房隸屬於我們的網路。下面介紹如何獲取更新版「*Pharmacy Directory*」：

- 造訪我們的網站 careoregonadvantage.org/pharmacy
- 請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711）聯絡客戶服務部，獲取當前藥房資訊，或要求我們郵寄「*Pharmacy Directory*」

我們可能會在這一年內更改本計劃中的藥房。如果我們的藥房年中變更對您造成影響，請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711），聯絡客戶服務部尋求幫助。

第 1.5 節醫療服務的福利和費用變更

Annual Notice of Change 為您說明的是有關 Medicare 和 Medicaid 福利和費用的變更。

	2025 (今年)	2026 (明年)
CareOregon Advantage CareCard	您可以透過 CareOregon Advantage CareCard 每個福利年度獲得 \$1,378 (每三個月 \$344.50)，用於購買健康相關的非處方 (OTC) 藥品、健康食品 and/或支付公用事業費用。	您每月可獲得 \$15.50 (每年 \$186)，用於購買非處方藥品。健康食品和公共事業費用不再可以透過 CareCard 購買或支付。

健康保健教育計劃

您可以免費使用 Silver & Fit Healthy Aging and Exercise Program (Silver & Fit 健康老齡化與鍛鍊計劃)，包括以下選擇：

- 健身中心會員資格
- 每年可選擇一個居家健身工具包

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

Meal Delivery Program (送餐計劃)

對於 Medicaid 福利由 CareOregon 管理的會員，Meal Delivery Program 在 Medicaid 福利承保範圍內。所有住院後的送餐服務均在承保範圍內，最多 28 天的餐食（最多 84 餐，或每天三餐）。

對於 Medicaid 福利由 CareOregon 管理的會員，Meal Delivery Program 在 Medicaid 福利承保範圍內。一次住院後的送餐服務在承保範圍內，最多 14 天的餐食（最多 24 餐，或每天兩餐）。

服務點

您可以選擇獲取網路外的服務提供方所提供的特定服務護理，每年最高可達 \$1,000。

這不是承保福利。

<p>Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, 慢性病患者特殊補充福利)</p>	<p>這不是承保福利。</p>	<p>符合條件的會員每月可獲得 \$50, 用於購買健康食品。 上述福利歸屬於針對慢性病患者的特殊補充計劃。會員必須被診斷為糖尿病或慢性心臟衰竭, 並且符合特定標準。並非所有會員均符合條件。</p>
<p>線上診療</p>	<p>您可以透過 Teladoc 獲得線上緊急護理診療, 每次看診費用為 \$0。</p>	<p>這不是承保福利。</p>

第 1.6 節 D 部分藥物承保變更

我們的藥物清單變更

我們的承保藥物清單稱為處方集或藥物清單。
我們的藥物清單副本可以以電子方式提供。若要獲取完整藥物清單, 請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258 (TTY 使用

者請撥打 711) 聯絡客戶服務部，或造訪我們的網站
[CareOregonadvantage.org/druglist](https://careoregonadvantage.org/druglist)

我們對藥物清單做出了變更，其中可能包括剔除或新增藥物、更改適用於我們的承保範圍的某些藥物的限制條件，或將其轉換到不同的費用分攤層級。檢視藥物清單，確保您的藥物明年將獲得承保，並檢視是否有任何限制條件，或者您的藥物是否已轉換到不同的費用分攤層級。

藥物清單中的大部分變更都在每年年初全新生效。但是，我們可能會做出 Medicare 規則允許的其他變更，這些變更將在該日曆年對您造成影響。我們至少每月更新一次線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的變更會影響您獲取正在服用的藥物，我們將向您發送有關變更的通知。

如果您在年初或整年中受到藥物承保範圍的影響，請檢視「*Evidence of Coverage*」第 9 章並與處方開立者討論應對方案，例如要求臨時供應、申請例外情況處理和/或尋找新的藥物。請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258 (TTY 使用者請撥打 711) 聯絡客戶服務部，獲取詳細資訊。

第 1.7 節處方藥福利和費用變更

您是否能夠獲得「額外補助」來支付藥物承保費用？

如果您參加的是旨在幫助支付藥物費用的計劃（「額外補助」），則有關 D 部分藥物費用的資訊可能不適用於您。我們隨附了一份單獨的資料，名為「*Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*」（針對獲得額外補助以支付處方藥費用的人員的承

保範圍說明書附加條款)，其中詳述了您的藥物費用。如果您想獲得額外補助，但該資料包並未提供相關資料，請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711）聯絡客戶服務部，以索取「*Low Income Subsidy Rider*」（*LIS Rider*，低收入補貼附加條款）。

藥物支付階段

共有三個藥物支付階段：年度免賠額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。D 部分福利中將不再存在承保缺口階段和 Coverage Gap Discount Program（承保缺口折扣計劃）。

- **第 1 階段：年度免賠額**

每個日曆年，您都會從這一支付階段開始。在這個階段，您需要支付層級 1-5 藥物的全部費用，直到達到年度免賠額。

- **第 2 階段：初始承保**

支付年度免賠額後，您將進入初始承保階段。在此階段，本計劃會分攤您的部分藥物費用，剩餘部分由您支付。您通常會停留在這一階段，直到年初至今的自付費用達到 \$2,100。

- **第 3 階段：重大傷病承保**

這是第三個也是最後一個藥物支付階段。在此階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。在該日曆年的剩餘時間內，您通常都會停留在這一階段。

Coverage Gap Discount Program 已被 Manufacturer Discount Program (製造商折扣計劃) 取代。根據 Manufacturer Discount Program, 藥品製造商在初始承保階段和重大傷病承保階段為承保的 D 部分品牌藥物和生物製品支付該計劃全部費用中的一部分。製造商根據 Manufacturer Discount Program 支付的折扣額不計入自付費用。

下表顯示的是您在此階段的每份處方費用。

	2025 (今年)	2026 (明年)
年度免賠額	\$590	\$615 在此階段，您需支付： 層級 6 藥物：\$0 費用分攤，以及 層級 1-5 藥物：全部費用，直到達到年度免賠額。

第 2 階段藥物費用：初始承保

下表顯示的是您在網路藥房以標準費用分攤方式購買一個月用量藥物時的每份處方費用。

大多數成年人 D 部分疫苗均獲得免費承保。若要詳細瞭解關於疫苗費用、長期供藥費用或郵購處方的相關資訊，請參閱「*Evidence of Coverage*」的第 6 章。

在您為承保的 D 部分藥物支付的自付費用達到 \$2,100 後，您便會進入下一個階段（重大傷病承保階段）。

	2025 (今年)	2026 (明年)
層級 1 - 首選仿製藥：	<p>對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$4.90</p> <p>對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.80/\$12.15</p>	<p>對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p>
層級 2 - 仿製藥	<p>對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$4.90</p> <p>對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.80/\$12.15</p>	<p>對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p>

	2025 (今年)	2026 (明年)
		對於 D 部分未涵蓋的藥物，您需為每份處方支付總費用的 25%
層級 3 - 首選品牌藥	對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$4.90 對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.80/\$12.15	對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$5.10 對於所有其他藥物，您需為每份處方支付 \$0/\$4.90/\$12.65
層級 4 - 非首選品牌藥 (例外)	對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$4.90	對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為每份處方支付 \$0/\$1.60/\$5.10

	2025 (今年)	2026 (明年)
	對於所有其他藥物，您需為 每份處方支付 \$0/\$4.80/\$12.15	對於所有其他藥物，您需為 每份處方支付 \$0/\$4.90/\$12.65
層級 5 - 特效藥 層級	對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為 每份處方支付 \$0/\$1.60/\$4.90 對於所有其他藥物，您需為 每份處方支付 \$0/\$4.80/\$12.15	對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為 每份處方支付 \$0/\$1.60/\$5.10 對於所有其他藥物，您需為 每份處方支付 \$0/\$4.90/\$12.65
層級 6 - 精選護理藥物	2025 年未提供該層級藥物	\$0

我們也變更了藥物清單中部分藥物的層級。如需瞭解您的藥物是否屬於不同的層級，請查閱藥物清單。

您的 VBID D 部分福利變更

Value-Based Insurance Design (VBID, 基於價值的保險設計) 計劃已被 CMS 終止, 自 2026 日曆年開始生效。

	2025 (今年)	2026 (明年)
D 部分藥物費用分攤	<p>對於享受「額外補助」的人員</p> <p>對於處方集上的所有 D 部分藥物和核准的非處方 D 部分藥物，您需支付： \$0 共付額</p>	<p>對於享受「額外補助」的人員</p> <p>對於仿製藥或被視為仿製藥的品牌藥，您需為 每份處方支付 \$0/\$1.60/\$5.10</p> <p>對於所有其他藥物，您需為 每份處方支付 \$0/\$4.90/\$12.65</p>

重大傷病承保階段變更

如果您達到重大傷病承保階段，您無需為承保的 **D** 部分藥物支付任何費用。您可就我們的增強型福利承保的除外藥物獲得費用分攤。

有關重大傷病承保階段費用的詳細資訊，請參閱「*Evidence of Coverage*」的第 6 章第 6 節。

第 2 節 如何更改計劃

如果要繼續參加 **CareOregon Advantage Plus**，您無需採取任何行動。除非您投保其他計劃，或在 12 月 7 日之前更改為 **Original Medicare**，或是失去 **Medicaid** 福利，否則您會自動投保 **CareOregon Advantage Plus**。

如果您想在 2026 年更改計劃，請按照以下步驟操作：

- 如需更改為其他 **Medicare** 健康計劃，請投保新計劃。您會自動從 **CareOregon Advantage Plus** 退保。
- 如需更改為具有 **Medicare** 藥物承保的 **Original Medicare**，請投保新的 **Medicare** 藥物計劃。您會自動從 **CareOregon Advantage Plus** 退保。
- 如需更改為不具有藥物計劃的 **Original Medicare**，您可以給我們寄送書面退保申請。請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711）聯絡客戶服務部，獲取相關操作詳細資訊。或者撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退保。TTY 使用者可以撥打 877-486-2048。如果您未投保 **Medicare** 藥物計劃，則可能會支付 **D** 部分逾期參保的罰金（請參閱第 4 節）。

- 要瞭解有關 **Original Medicare** 和不同類型的 **Medicare** 計劃的更多資訊，請造訪 www.Medicare.gov，檢視「*Medicare & You 2026*」手冊，致電您的 State Health Insurance Assistance Program（州健康保險援助計劃）（請參閱第 4 節），或致電 800-MEDICARE (800-633-4227)。

第 2.1 節更改計劃的截止日期

擁有 Medicare 的人員可以在每年 **10 月 15 日至 12 月 7 日** 期間更改其承保範圍。

如果您投保了在 2026 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但您不喜歡您所選擇的計劃，則您可在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間改用其他 Medicare health plan（可包含也可不包含 Medicare 藥物承保範圍），或者改用 Original Medicare（可包含也可不包含單獨的 Medicare 藥物承保範圍）。

第 2.2 節一年中還有其他時間可以進行更改嗎？

在某些情況下，人們可能有其他機會在一年中更改他們的承保範圍。示例包括滿足以下條件的人員：

- 擁有 Medicaid
- 尋求「額外補助」支付其藥物費用
- 擁有或即將退出雇主承保
- 搬離本計劃服務區域

由於您擁有 Medicaid，因此您可以在一年中的任何月份選擇以下 Medicare 方案之一，終止您在本計劃中的會員資格。

- 有單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare，
- 沒有單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare（如果您選擇此選項，Medicare 可能會為您投保藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。），或者
- 如果符合條件，一項綜合 D-SNP 可在一項計劃中提供您的 Medicare 以及大部分或全部 Medicaid 福利和服務。

如果您最近剛搬進或目前住在某機構（如專業護理機構或長期照護醫院），您可隨時更改 Medicare 承保範圍。您隨時可以改為任何其他 Medicare 健康計劃（可包含也可不包含 Medicare 藥物承保範圍）或改用 Original Medicare（可包含也可不包含單獨的 Medicare 藥物承保範圍）。如果您最近搬出機構，則有機會在搬出當月後的整整兩個月內更換計劃或改用 Original Medicare。

第 3 節 獲得幫助以支付處方藥費用

您可能有資格獲得支付處方藥費用方面的幫助。我們可提供不同類型的幫助：

- **來自 Medicare 的「額外補助」。**收入有限的人員可能有資格獲得「額外補助」，用於支付處方藥費用。如果您符合條件，那麼 Medicare 可以支付 75% 或以上的藥物費用，包括每月藥物計劃保費、年度免賠額和共同保險。此外，符合條件的人員無需支付逾期參保的罰金。要查看您是否符合條件，請致電：
 - 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 使用者可以撥打 877-486-2048，全天候提供服務
 - 800-772-1213（週一至週五上午 8 點至晚上 7 點），聯絡 Social Security（社會安全局）。全天 24 小時自動回覆資訊。TTY 使用者可以撥打 800-325-0778
 - 您的州政府 Medicaid 辦公室
- **Human Immunodeficiency Virus（HIV，人類免疫缺陷病毒）／Acquired Immunodeficiency Syndrome（AIDS，愛滋病）** 患者的處方藥費用分攤援助。AIDS Drug Assistance Program（ADAP，愛滋病藥物援助計劃）可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲得挽救生命的 HIV 藥物。要符合您所在州的 ADAP 計劃的參與條件，您必須達到某些標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州定義的低收入以及無保險／保險不足的狀態。同時屬於 ADAP 承保範圍的 Medicare D 部分藥物有資格透

過 CAREAssist（關懷援助）計劃獲取處方藥分攤費用補助。要瞭解資格標準、承保藥物或計劃參保方式，或者如果您當前已投保，要瞭解如何繼續獲取幫助，請致電 971-673-0144 或免費電話 800-805-2313。請務必在致電時向對方提供您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單號碼。

- **Medicare Prescription Payment Plan**。Medicare Prescription Payment Plan 是一種支付方案，可與您當前的藥物承保配合使用，透過將費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月），幫助您管理由本計劃承保的藥物自付費用。所有擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃（如包含藥物承保的 Medicare Advantage 計劃）的人員，都可以使用此支付方案。此支付方案可能有助於您管理費用，但不會為您節省資金或降低藥物費用。

對於符合條件的人來說，來自 Medicare 的「額外補助」以及來自 SPAP 和 ADAP 的幫助比參與 Medicare Prescription Payment Plan 更有利。

所有會員都有資格參加 Medicare Prescription Payment Plan，無論收入水平如何。要詳細瞭解本支付方案，請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711）聯絡我們，或造訪 www.Medicare.gov。

第 4 節 有疑問？

獲取源自 CareOregon Advantage Plus 的幫助

- 請撥打 **503-416-4279** 或 **888-712-3258** 聯絡客戶服務部。（TTY 使用者請撥打 **711**。）

我們的通話服務時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

- 閱讀您的 2026 年「*Evidence of Coverage*」

本「*Annual Notice of Change*」旨在為您提供 2026 年福利和費用的變更摘要。欲瞭解詳情，請參閱 CareOregon Advantage Plus 的「*2026 Evidence of Coverage*」。「*Evidence of Coverage*」合法詳細地描述了本計劃的福利。它解釋了您的權利以及您需遵守以獲得承保服務和處方藥的規則。要獲取「*Evidence of Coverage*」，請造訪我們的網站 [CareOregonadvantage.org/materials](https://careoregonadvantage.org/materials)，或撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 使用者請撥打 711）聯絡客戶服務部，要求我們郵寄副本。

- 請造訪 **CareOregonadvantage.org**

我們的網站會提供關於我們的服務提供方網路（「*Provider Directory*」/「*Pharmacy Directory*」）和「*List of Covered Drugs*」（承保藥物清單）（處方集／藥物清單）的最新資訊。

獲取 Medicare 免費諮詢服務

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 州健康保險援助計劃) 是一項獨立的政府計劃, 每個州都有訓練有素的顧問。在俄勒岡州, SHIP 稱為 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, 老年人健康保險福利援助) 計劃。

致電 SHIBA, 即可獲得免費的個性化健康保險諮詢服務。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 和 Medicaid 計劃的選擇, 並回答有關轉換計劃的相關問題。請撥打 800-722-4134 聯絡 SHIBA。要詳細瞭解 SHIBA, 請造訪 oregonshiba.org。

獲取源自 Medicare 的幫助

- **致電 800-MEDICARE (800-633-4227)**

您可以致電 800-MEDICARE (800-633-4227), 全天候提供服務。TTY 使用者可以撥打 877-486-2048。

- **線上聊天網站: www.Medicare.gov**

您可以發起線上聊天, 網站: www.Medicare.gov/talk-to-someone。

- **寫信給 Medicare**

您可以寫信給 Medicare, 地址: PO Box1270, Lawrence, KS66044

- **請造訪 www.Medicare.gov**

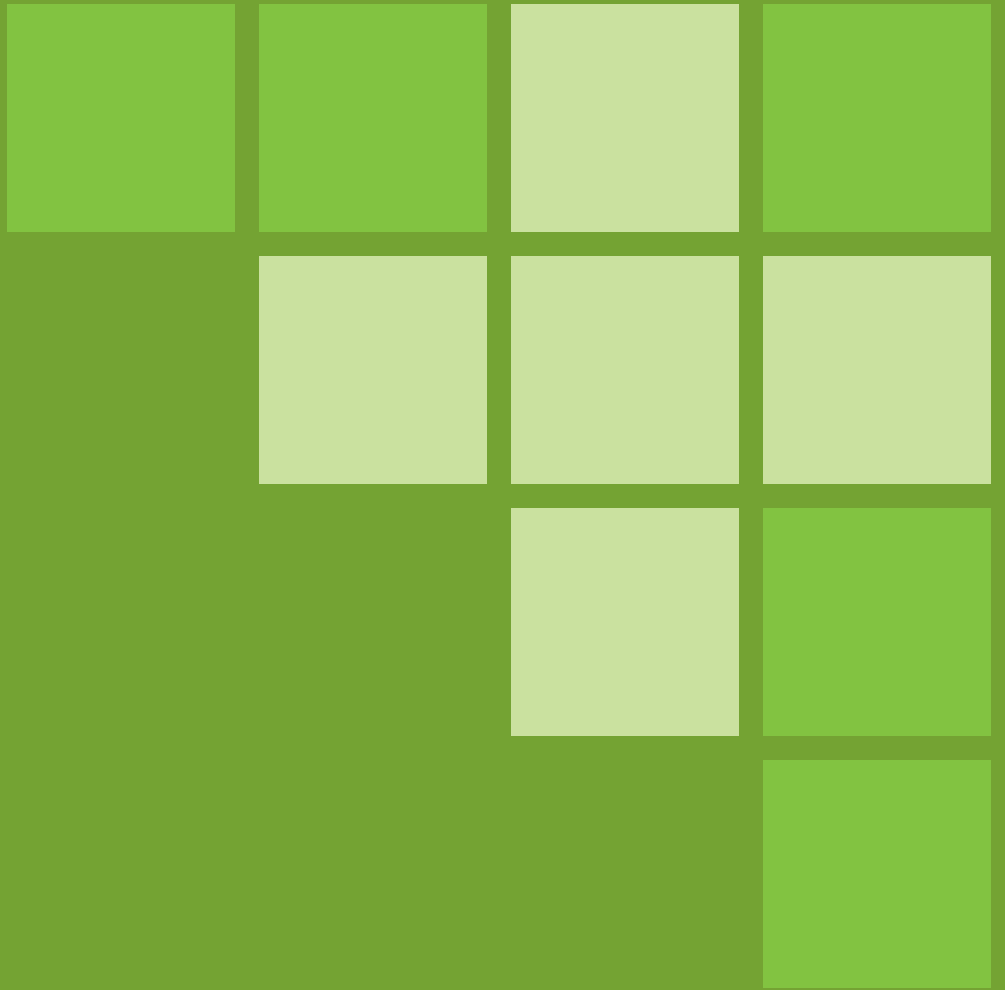
Medicare 官方網站上會提供有關費用、承保範圍和品質星級評級的相關資訊, 可以幫助您比較您所在區域的各個 Medicare 健康計劃。

- 閱讀「*Medicare & You 2026*」

每年秋天，我們都會為加入 Medicare 的人士郵寄「*Medicare & You 2026*」手冊。其中包含了關於 Medicare 的福利、權利和保障的概述，以及有關 Medicare 最常見問題的解答。請造訪 www.Medicare.gov 或致電 800-MEDICARE (800-633-4227)，獲取副本。TTY 使用者可以撥打 877-486-2048。

獲取源自 Medicaid 的幫助

請撥打 800-273-0557 (TTY 711) 聯絡 Oregon Health Plan (Medicaid)，尋求有關 Medicaid 投保或福利問題的相關幫助。如果您已加入協調護理組織 (CCO)，那麼可以撥打 CCO 會員卡背面所列的電話號碼，與他們聯絡。



CareOregon Advantage 客戶服務部

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

營業時間：

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

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