

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

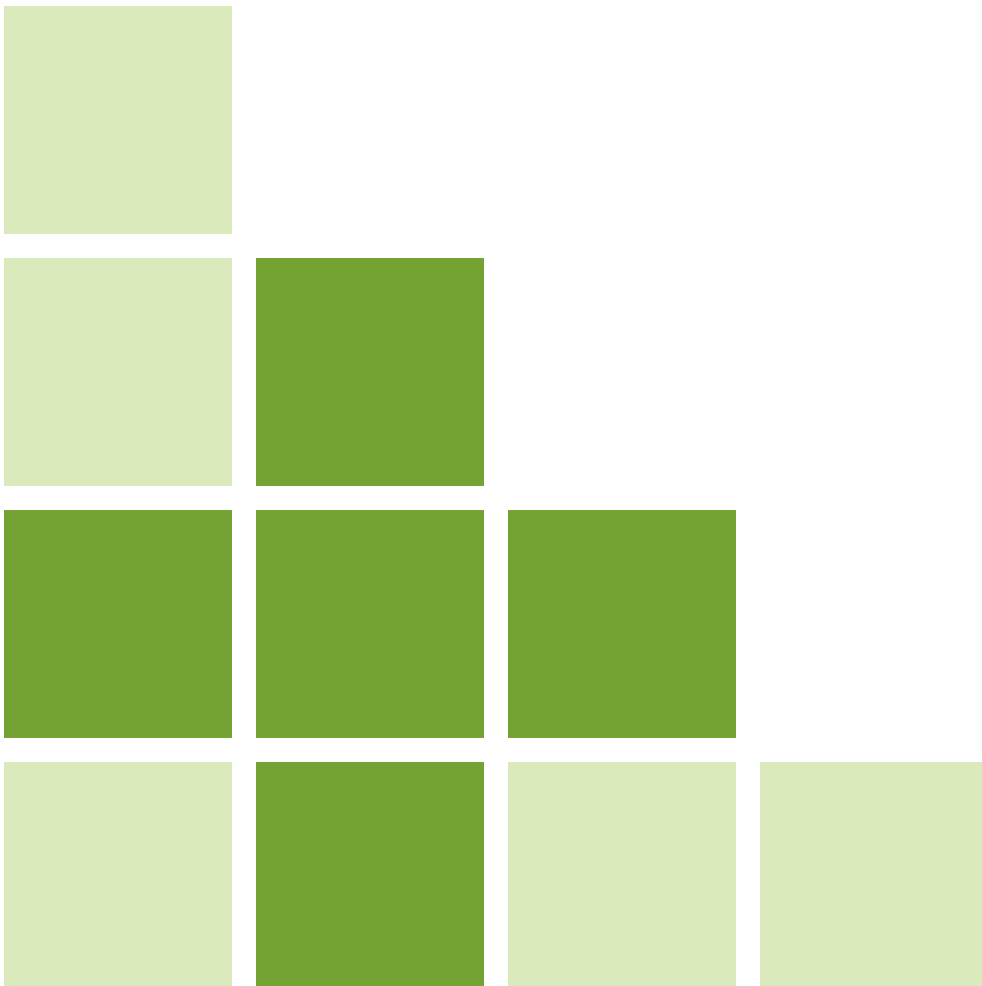
2026

Thông báo thay đổi hàng năm

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

Đối với các quận sau của tiểu bang Oregon: Clackamas,
Columbia, Jackson, Multnomah và 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 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)
được cung cấp bởi *Health Plan of CareOregon, Inc.*

Annual Notice of Change (Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm)
Năm 2026

Quý vị đã được ghi danh là thành viên của *CareOregon Advantage Plus*.

Tài liệu này mô tả những thay đổi về chi phí và quyền lợi của chương trình vào năm tới.

- **Quý vị có thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 để thực hiện thay đổi đối với phạm vi bảo hiểm Medicare của mình cho năm sau.** Nếu không tham gia chương trình khác trước ngày 7 tháng 12 năm 2025, quý vị sẽ vẫn tiếp tục tham gia *CareOregon Advantage Plus*.
- Để chuyển sang một **chương trình khác**, hãy truy cập www.Medicare.gov hoặc xem lại danh sách ở cuối sổ tay *Medicare & You 2026 (Medicare & Bạn 2026)*.
- Xin lưu ý đây chỉ là bản tóm tắt thay đổi. Để biết thêm thông tin về các khoản chi phí, quyền lợi và quy định, vui lòng tham khảo *Evidence of Coverage (Chứng Từ Bảo Hiểm)*. Nhận một bản sao tại careoregonadvantage.org/materials hoặc gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc số miễn cước 888-712-3258, TTY 711 để nhận qua đường bưu điện.

Nguồn Trợ Giúp Bổ Sung

- Tài liệu này có sẵn bằng *tiếng Nga, tiếng Trung giản thể, tiếng Trung phồn thể, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt*.
- Liên hệ bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng tại 503-416-4279 hoặc gọi số miễn cước 888-712-3258, TTY 711 để biết thêm thông tin. 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 cước 888-712-3258. Người sử dụng TTY sẽ gọi số 711.*

Giới thiệu về **CareOregon Advantage Plus**

- *CareOregon Advantage Plus là HMO D-SNP có hợp đồng Medicare/Medicaid. Việc đăng ký CareOregon Advantage Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Chương trình này cũng có một thỏa thuận bằng văn bản với Oregon Health Plan (Medicaid) để điều phối các quyền 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*.

- **Nếu không thực hiện hành động nào trước ngày 7 tháng 12 năm 2025, quý vị sẽ tự động được đăng ký vào *CareOregon Advantage Plus*. Bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2026, quý vị sẽ được bảo hiểm y tế và thuốc thông qua *CareOregon Advantage Plus*. Đi tới Mục 3 để xem thêm thông tin về cách thay đổi chương trình và thời hạn thực hiện thay đổi.**

Mục lục

Tóm tắt các chi phí quan trọng cho năm 2026	5
MỤC 1 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Năm Tới.....	10
Mục 1.1 Thay Đổi về Phí Bảo Hiểm Theo Tháng.....	10
Phần 1.2 Thay Đổi về Số Tiền Tự Chi Trả Tối Đa	10
Mục 1.3 Thay Đổi về Mạng Lưới Nhà Cung Cấp	12
Mục 1.4 Thay Đổi về Mạng Lưới Nhà Thuốc.....	12
Mục 1.5 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Dịch Vụ Y Tế....	14
Mục 1.6 Thay Đổi về Bảo Hiểm Thuốc Phần D	19
Mục 1.7 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí Thuốc Theo Toa.....	20
MỤC 2 Cách Thay Đổi Chương Trình.....	28
Mục 2.1 Thời Hạn Thay Đổi Chương Trình	29
Mục 2.2 Có những thời điểm nào khác trong năm để thay đổi không?	30
MỤC 3 Hồ Trợ Thanh Toán Chi Phí Thuốc Theo Toa	32
MỤC 4 Quý vị có câu hỏi?	35
Nhận trợ giúp từ CareOregon Advantage Plus	35
Nhận tư vấn miễn phí về Medicare	36
Nhận trợ giúp từ Medicare.....	36
Nhận trợ giúp từ Medicaid	37

Tóm tắt các chi phí quan trọng cho năm 2026

Bảng dưới đây sẽ so sánh chi phí năm 2025 và 2026 của CareOregon Advantage Plus ở một số lĩnh vực quan trọng. **Xin vui lòng lưu ý rằng đây chỉ là bản tóm tắt chi phí.** Nếu đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị sẽ không phải trả phí cho các khoản khấu trừ y tế và Phần D, chi phí khám bệnh và nằm viện.

Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) trong cả năm nay, quý vị sẽ không thể nhận các quyền lợi của Medicaid nữa và sẽ phải trả phí bảo hiểm hoặc chia sẻ chi phí của Medicare mà thường được Medicaid chi trả.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Phí bảo hiểm hàng tháng* * Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này. Đi tới Mục 1.1 để biết chi tiết.	\$0	\$0
Khấu trừ	\$0	\$0

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
<p>Số tiền tự chi trả tối đa</p> <p>Đây là số tiền <u>lớn nhất</u> quý vị phải trả cho các dịch vụ được bảo hiểm. (Xem Mục 1.2 để biết chi tiết.)</p>	<p>\$9.350</p> <p>Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán các khoản phí tự chi trả đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.</p>	<p>\$9.250</p> <p>Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán các khoản phí tự chi trả đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.</p>
<p>Các lần thăm khám tại văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính</p>	<p>\$0 mỗi lần thăm khám</p>	<p>\$0 mỗi lần thăm khám</p>
<p>Các lần thăm khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa</p>	<p>\$0 mỗi lần thăm khám</p>	<p>\$0 mỗi lần thăm khám</p>

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
<p>Nằm viện nội trú</p> <p>Bao gồm các dịch vụ cấp cứu nội trú, phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ nội trú khác. Chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo lệnh của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nằm viện cuối cùng của quý vị.</p>	\$0	\$0
<p>Khoản khấu trừ của bảo hiểm thuốc Phần D</p> <p>(Đi tới Mục 1.6 để biết chi tiết.)</p>	<p>\$590</p> <p>ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và mọi loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn</p>	<p>\$615</p> <p>ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và mọi loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn</p>

	<p>2025 (năm nay)</p>	<p>2026 (năm sau)</p>
<p>Bảo hiểm thuốc Phần D (Vui lòng tham khảo Mục 1.7 để biết thông tin chi tiết, bao gồm Khấu Trừ Hàng Năm, Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa.)</p>	<p>Khoản đồng thanh toán trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:</p> <p>Đối với các bậc thuốc 1-4:</p> <p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: \$0/\$1,6/\$4,9 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: \$0/\$4,8/\$12,15 mỗi đơn thuốc</p> <p>Bậc thuốc 5</p> <p>Đối với thuốc bổ sung hoặc một số loại thuốc không</p>	<p>Khoản đồng thanh toán trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:</p> <p>Đối với các bậc thuốc 1-5:</p> <p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: \$0/\$1,6/\$5,1 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: \$0/\$4,9/\$12,65 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đồng bảo hiểm trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:</p> <p>Đối với các loại thuốc bị loại trừ khỏi</p>

	<p>2025 (năm nay)</p>	<p>2026 (năm sau)</p>
	<p>được Medicare chi trả, quý vị phải trả:</p>	<p>Phần D, quý vị phải trả:</p>
	<p>\$1,55 mỗi đơn thuốc</p>	<p>đồng bảo hiểm 25% mỗi đơn thuốc</p>
	<p>Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa:</p>	<p>Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa:</p>
	<p>Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D.</p>	<p>Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D.</p>
	<p>Quý vị có thể được chia sẻ chi phí cho các loại thuốc được bảo hiểm theo chế độ quyền lợi nâng cao của chúng tôi.</p>	<p>Quý vị có thể được chia sẻ chi phí cho các loại thuốc được bảo hiểm theo chế độ quyền lợi nâng cao của chúng tôi.</p>

MỤC 1 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Năm Tới

Mục 1.1 Thay Đổi về Phí Bảo Hiểm Theo Tháng

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Phí bảo hiểm theo tháng (Quý vị cũng phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B trừ khi được Medicaid chi trả.)	\$0	\$0

Phần 1.2 Thay Đổi về Số Tiền Tự Chi Trả Tối Đa

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm y tế phải giới hạn số tiền quý vị tự chi trả trong năm. Giới hạn này được gọi là số tiền tự chi trả tối đa. Sau khi thanh toán số tiền này, quý vị thường không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B trong suốt thời gian còn lại của năm dương lịch.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
<p>Số tiền tự chi trả tối đa</p> <p>Vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Medicaid nên rất ít thành viên đạt đến mức chi phí tối đa này. Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán các khoản phí tự chi trả đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.</p> <p>Chi phí cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm (như đồng thanh toán và khấu trừ) sẽ được tính vào số tiền tối đa quý vị phải chi trả. Phí bảo hiểm theo chương trình và chi phí thuốc theo toa của quý vị không được tính vào số tiền tối đa quý vị phải chi trả.</p>	<p>\$9.350</p>	<p>8.850</p> <p>Sau khi quý vị đã tự trả \$9.250 cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B trong suốt thời gian còn lại của năm dương lịch.</p>

Mục 1.3 Thay Đổi về Mạng Lưới Nhà Cung Cấp

Mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi đã thay đổi cho năm tới. Xem *Provider Directory (Danh Bạ Nhà Cung Cấp)* năm 2026 ([CareOregonadvantage.org/providersearch](https://careoregonadvantage.org/providersearch)) để xem nhà cung cấp của quý vị (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Sau đây là cách để nhận được *Provider Directory* mới nhất:

- Truy cập trang web của chúng tôi careoregonadvantage.org/providersearch
- Liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để biết thông tin nhà cung cấp hiện tại hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Provider Directory*

Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi về bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp dịch vụ) nằm trong chương trình của chúng tôi trong suốt năm chương trình. Nếu việc thay đổi nhà cung cấp vào giữa năm ảnh hưởng đến quý vị, hãy liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để được trợ giúp. Để biết thêm thông tin về quyền lợi của quý vị khi nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi, vui lòng xem Chương 3, Mục 2.3 trong phần *Evidence of Coverage*.

Mục 1.4 Thay Đổi về Mạng Lưới 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 mọi 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.

Mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi sẽ thay đổi cho năm tới. Xem *Pharmacy Directory (Danh Mục Nhà Thuốc)* năm 2026 tại careoregonadvantage.org/pharmacy để biết những nhà thuốc nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Sau đây là cách để nhận được *Pharmacy Directory* mới nhất:

- Truy cập trang web của chúng tôi careoregonadvantage.org/pharmacy
- Liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để biết thông tin nhà cung cấp hiện tại hoặc yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị *Pharmacy Directory*

Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi về nhà thuốc nằm trong chương trình của chúng tôi trong suốt năm chương trình. Nếu việc thay đổi nhà thuốc vào giữa năm ảnh hưởng đến quý vị, hãy liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để được trợ giúp.

Mục 1.5 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Dịch Vụ Y Tế

Annual Notice of Change sẽ cho quý vị biết về những thay đổi đối với quyền lợi và chi phí Medicare và Medicaid của quý vị.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
CareOregon Advantage CareCard	<p>Quý vị nhận được \$1.378 mỗi năm quyền lợi (\$344,5/ba tháng) trong Thẻ CareOregon Advantage CareCard để mua các sản phẩm không kê đơn (OTC) liên quan đến sức khỏe, thực phẩm lành mạnh và/hoặc tiện ích.</p>	<p>Quý vị nhận được \$15,5 mỗi tháng (\$186 mỗi năm) cho các sản phẩm không kê đơn.</p> <p>Không còn có thể mua thực phẩm lành mạnh và tiện ích thông qua CareCard nữa.</p>

**Chương Trình Giáo
Dục Sức Khỏe Thể
Chất và Tinh Thần**

Quý vị được tham gia Silver & Fit Healthy Aging and Exercise Program (Chương Trình Lão Hóa Khỏe Mạnh và Rèn Luyện Thể Chất Silver & Fit) với các lựa chọn sau mà không mất phí:

- Thẻ hội viên phòng tập thể dục
- Lựa chọn một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm

Chương trình Silver & Fit Healthy Aging and Exercising Program không phải là quyền lợi được bảo hiểm.

Meal Delivery Program (Chương Trình Giao Bữa Ăn)

Meal Delivery Program được chi trả theo chế độ quyền lợi Medicaid dành cho các thành viên có chế độ quyền lợi Medicaid do CareOregon quản lý.

Hỗ trợ giao bữa ăn sau khi nằm viện, tối đa 28 ngày ăn (tương đương 84 bữa ăn hoặc ba bữa ăn mỗi ngày).

Meal Delivery Program được chi trả theo chế độ quyền lợi Medicaid dành cho các thành viên có chế độ quyền lợi Medicaid do CareOregon quản lý.

Dịch vụ giao bữa ăn sau một lần nằm viện nội trú được chi trả, tối đa 14 ngày (tương đương 24 bữa ăn hoặc hai bữa mỗi ngày).

Điểm Cung Cấp Dịch Vụ

Quý vị có thể lựa chọn nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho những dịch vụ được chọn với mức phí tối đa là \$1.000 mỗi năm.

Đây không phải là quyền lợi được bảo hiểm.

Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Dành Cho Người Bệnh Mãn Tính)

Đây không phải là quyền lợi được bảo hiểm.

Các thành viên đủ điều kiện sẽ nhận được \$50 mỗi tháng để mua thực phẩm lành mạnh.

Những quyền lợi được đề cập là một phần của chương trình quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người bệnh mãn tính.

Các thành viên phải được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường hoặc suy tim mạn tính và đáp ứng một số tiêu chí nhất định.

Không phải tất cả thành viên đều đủ điều kiện tham gia.

**Thăm Khám Trực
Tuyến**

Quý vị có thể
được khám cấp
cứu trực tuyến
qua Teladoc với
chi phí \$0 mỗi lần
thăm khám.

**Đây không phải
là quyền lợi
được bảo hiểm.**

Mục 1.6 Thay Đổi về Bảo Hiểm Thuốc Phần D**Thay Đổi về Danh Sách Thuốc**

Danh sách thuốc được bảo hiểm được gọi là danh mục thuốc hoặc Danh Sách Thuốc.

Quý vị có thể tìm thấy bản sao Danh Sách Thuốc của chúng tôi ở định dạng điện tử. **Quý vị có thể nhận được Danh Sách Thuốc đầy đủ** bằng cách gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) hoặc truy cập trang web của chúng tôi [CareOregonadvantage.org/druglist](https://careoregonadvantage.org/druglist)

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Danh Sách Thuốc, 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 có bất kỳ hạn chế nào hoặc thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không.**

Hầu hết mọi thay đổi trong Danh Sách Thuốc đều mới vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác được phép theo quy định của Medicare và sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm dương lịch. 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 ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận loại thuốc mà quý vị đang dùng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về thay đổi đó.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi trong phạm vi bảo hiểm thuốc vào đầu năm hoặc trong năm, hãy xem lại Chương 9 của *Evidence of Coverage* và trao đổi với người kê đơn để tìm hiểu các lựa chọn khác, chẳng hạn như yêu cầu cung cấp thuốc tạm thời, nộp đơn xin ngoại lệ và/hoặc tìm loại thuốc mới. Liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để biết thêm thông tin.

Mục 1.7 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí Thuốc Theo Toa

Quý vị có được Trợ Cấp Thêm để chi trả chi phí bảo hiểm thuốc không?

Nếu quý vị tham gia chương trình hỗ trợ chi trả tiền thuốc (Trợ Cấp Thêm), **thông tin về chi phí thuốc Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã đính kèm một tài liệu riêng, gọi là *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Phụ lục chứng từ về quyền lợi dành cho người nhận trợ cấp thêm trong việc chi trả thuốc theo toa)*, trong đó giải thích về chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị nhận được Trợ Cấp Thêm nhưng không nhận được tài liệu này

trong gói, hãy gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) và yêu cầu *Low-Income Subsidy Rider (LIS Rider, Phụ Lục Hỗ Trợ Thu Nhập Thấp)*.

Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc

Có ba **giai đoạn thanh toán tiền thuốc**: Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm, Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Tham Họa. Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm và Coverage Gap Discount Program (Chương Trình Giảm Giá Khoảng Trống Bảo Hiểm) không còn tồn tại trong quyền lợi Phần D nữa.

- ***Giai đoạn 1: Khấu Trừ Hàng Năm***

Quý vị sẽ bắt đầu giai đoạn thanh toán này vào mỗi năm dương lịch. Trong giai đoạn này, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc Bậc 1-5 cho đến khi đạt đến mức khấu trừ hàng năm.

- ***Giai đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu***

Sau khi thanh toán khoản khấu trừ hàng năm, quý vị sẽ chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu. Ở giai đoạn này, chương trình sẽ chi trả phần của chúng tôi cho chi phí thuốc của quý vị và quý vị sẽ trả phần chi phí của mình. Quý vị thường sẽ duy trì giai đoạn này cho đến khi tổng chi phí cá nhân trong năm đạt \$2.100.

- ***Giai đoạn 3: Bảo Hiểm Tham Họa***

Đây là giai đoạn thanh toán tiền thuốc thứ ba và cũng là giai đoạn cuối cùng. Ở giai đoạn này, quý vị không phải trả

bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D. Quý vị thường sẽ ở giai đoạn này trong suốt phần còn lại của năm dương lịch.

Coverage Gap Discount Program đã được thay thế bằng Manufacturer Discount Program (Chương Trình Giảm Giá của Nhà Sản Xuất). Theo Manufacturer Discount Program, các nhà sản xuất thuốc sẽ trả một phần chi phí đầy đủ của chương trình cho các loại thuốc biệt dược gốc và thuốc sinh học được bảo hiểm theo Phần D trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa. Các khoản chiết khấu do nhà sản xuất chi trả theo Manufacturer Discount Program sẽ không được tính vào chi phí quý vị tự trả.

Bảng này hiển thị chi phí cho mỗi đơn thuốc trong giai đoạn này.	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Khấu Trừ Hàng Năm	\$590	<p>\$615</p> <p>Trong giai đoạn này, quý vị phải trả:</p> <p>\$0 khoản chia sẻ chi phí cho thuốc Bạc 6 và</p> <p>Toàn bộ chi phí cho thuốc Bạc 1-5, cho đến khi quý vị đạt mức khấu trừ hàng năm.</p>

Chi Phí Thuốc ở Giai Đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu

Bảng này hiển thị chi phí cho mỗi đơn thuốc đủ dùng trong một tháng tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn.

Hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn đều được bao trả miễn phí cho quý vị. Để biết thêm thông tin về chi phí vắc-xin hoặc thông tin về chi phí cho nguồn cung cấp dài hạn hoặc đơn thuốc đặt mua qua bưu điện, hãy xem Chương 6 của *Evidence of Coverage*.

Sau khi quý vị đã tự trả \$2.100 cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa).

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Bậc 1 – Thuốc generic ưu tiên:	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$1,6/\$4,9 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p>	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$1,6/\$5,1 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p>

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	\$0/\$4,8/\$12,15 mỗi đơn thuốc	\$0/\$4,9/\$12,65 mỗi đơn thuốc
Bậc 2 - Thuốc generic	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$1,6/\$4,9 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$4,8/\$12,15 mỗi đơn thuốc</p>	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$1,6/\$5,1 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$4,9/\$12,65 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với các loại thuốc bị loại trừ khỏi Phần D, quý vị phải trả:</p> <p>25% tổng chi phí mỗi đơn thuốc</p>

	<p style="text-align: center;">2025 (năm nay)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (năm sau)</p>
<p>Bậc 3 – Thuốc biệt dược gốc ưu tiên</p>	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p style="text-align: center;">\$0/\$1,6/\$4,9 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p> <p style="text-align: center;">\$0/\$4,8/\$12,15 mỗi đơn thuốc</p>	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p style="text-align: center;">\$0/\$1,6/\$5,1 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p> <p style="text-align: center;">\$0/\$4,9/\$12,65 mỗi đơn thuốc</p>
<p>Bậc 4 – Thuốc biệt dược gốc không ưu tiên (Trường hợp ngoại lệ)</p>	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p style="text-align: center;">\$0/\$1,6/\$4,9 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p>	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p style="text-align: center;">\$0/\$1,6/\$5,1 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p>

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
	\$0/\$4,8/\$12,15 mỗi đơn thuốc	\$0/\$4,9/\$12,65 mỗi đơn thuốc
Bậc 5 – Bậc thuốc đặc trị	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$1,6/\$4,9 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$4,8/\$12,15 mỗi đơn thuốc</p>	<p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$1,6/\$5,1 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:</p> <p>\$0/\$4,9/\$12,65 mỗi đơn thuốc</p>
Bậc 6 – Thuốc thuộc danh mục chăm sóc đặc biệt	Bậc này không được cung cấp trong năm 2025	\$0

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 trong Danh Sách Thuốc.

Các Thay Đổi về Quyền Lợi VBID Phần D

Chương trình Value-Based Insurance Design (VBID, Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị) đã bị CMS ngừng triển khai cho năm dương lịch 2026.

	2025 (năm nay)	2026 (năm sau)
Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Phần D	<p>Với những người có “Trợ Cấp Thêm”</p> <p>Đối với 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, quý vị phải trả: đồng thanh toán \$0</p>	<p>Với những người có “Trợ Cấp Thêm”</p> <p>Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: \$0/\$1,6/\$5,1 mỗi đơn thuốc</p> <p>Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: \$0/\$4,9/\$12,65 mỗi đơn thuốc</p>

Thay Đổi về Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa

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 quyền 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, Mục 6, trong *Evidence of Coverage*.

MỤC 2 Cách Thay Đổi Chương Trình

Để tiếp tục tham gia chương trình CareOregon Advantage Plus, quý vị không cần làm gì cả. Trừ khi quý vị đăng ký một chương trình khác, chuyển sang Original Medicare trước ngày 7 tháng 12 hoặc mất quyền lợi Medicaid, quý vị sẽ tự động được đăng ký vào CareOregon Advantage Plus.

Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2026, hãy làm theo các bước sau:

- **Để chuyển sang một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác,** hãy đăng ký chương trình bảo hiểm mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi CareOregon Advantage Plus.
- **Để chuyển sang Original Medicare có bảo hiểm thuốc Medicare,** hãy đăng ký chương trình thuốc Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi CareOregon Advantage Plus.
- **Để chuyển sang Original Medicare mà không có chương trình thuốc,** quý vị có thể gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn

bản để hủy đăng ký. Liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để biết thêm thông tin về cách thực hiện. Hoặc gọi đến **Medicare** theo số 800-MEDICARE (800-633-4227) và yêu cầu hủy đăng ký. Người dùng TTY có thể gọi số 877-486-2048. Nếu không đăng ký chương trình thuốc Medicare, quý vị có thể phải trả tiền phạt đăng ký muộn theo Phần D (xem Mục 4).

- **Để tìm hiểu thêm về Original Medicare và các nhiều loại chương trình Medicare**, hãy truy cập www.Medicare.gov, kiểm tra sổ tay *Medicare & You 2026*, gọi đến State Health Insurance Assistance Program (Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang) (đi đến Mục 4) hoặc gọi 800-MEDICARE (800-633-4227).

Mục 2.1 Thời Hạn Thay Đổi Chương Trình

Người tham gia Medicare có thể thay đổi phạm vi bảo hiểm của mình từ **ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12** hàng năm.

Nếu đã đăng ký chương trình Medicare Advantage vào ngày 1 tháng 1 năm 2026 và không thích lựa chọn chương trình của mình, quý vị có thể chuyển sang một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 năm 2026.

Mục 2.2 Có những thời điểm nào khác trong năm để thay đổi không?

Trong một số trường hợp, mọi người có thể có những cơ hội khác để thay đổi phạm vi bảo hiểm của mình trong năm. Ví dụ bao gồm những người:

- Có Medicaid
- Nhận Trợ Cấp Thêm để thanh toán tiền thuốc
- Hiện có hoặc đang chấm dứt bảo hiểm qua chủ lao động
- Di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình

Vì quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình bằng cách chọn một trong các tùy chọn Medicare sau đây vào bất kỳ tháng nào trong năm:

- 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 đăng ký quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không đăng ký tự động) hoặc
- Nếu đủ điều kiện, một chương trình D-SNP tích hợp sẽ cung cấp cả Medicare và hầu hết hoặc mọi quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong cùng một chương trình.

Nếu quý vị mới chuyển đến hoặc hiện đang sống tại một cơ sở (như trung tâm điều dưỡng có chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể thay đổi phạm vi bảo hiểm Medicare của mình **bất kỳ lúc nào**. Quý vị có thể thay đổi sang

bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) 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.

MỤC 3 Hỗ Trợ Thanh Toán Chi Phí Thuốc Theo Toa

Quý vị có thể hội đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán tiền thuốc theo toa. Có nhiều loại trợ giúp khác nhau:

- **Trợ cấp thêm từ Medicare.** Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Thêm để chi trả chi phí thuốc theo toa. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể chi trả tới 75% hoặc nhiều hơn chi phí thuốc của quý vị, bao gồm phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình bảo hiểm thuốc, khoản khấu trừ hàng năm và khoản đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không phải chịu hình phạt đăng ký trễ. Để xem quý vị có đủ điều kiện hay không, hãy gọi:
 - 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 877-486-2048, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần
 - Phòng An Sinh Xã Hội theo số 800-772-1213 từ 8:00 sáng đến 7:00 tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu để gặp người đại diện. Tin nhắn tự động hoạt động 24 giờ một ngày. Người dùng TTY có thể gọi số 800-325-0778
 - Văn phòng Medicaid Tiểu Bang
- **Trợ Cấp Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Theo Toa Cho Người Bị Nhiễm Human Immunodeficiency Virus (HIV, Virus gây suy giảm miễn dịch ở người)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS, Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải).** AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS) 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. Để đủ điều kiện tham gia ADAP hoạt động tại tiểu bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng những 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 chi trả thấp. Các loại thuốc của Medicare Phần D cũng được ADAP chi trả sẽ đủ điều kiện nhận trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua chương trình CAREAssist (Hỗ Trợ Chăm Sóc). Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được chi trả, cách ghi danh vào chương trình hoặc cách tiếp tục nhận được trợ giúp nếu quý vị hiện đã ghi danh, vui lòng gọi số 971-673-0144 hoặc số 800-805-2313 miễn cước. Khi gọi điện, hãy đảm bảo thông báo cho họ tên chương trình Medicare Phần D hoặc số hợp đồng bảo hiểm của quý vị.

- **Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare.** Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare là một tùy chọn thanh toán phù hợp với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự chi trả cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả bằng cách phân bổ chúng trong suốt năm dương lịch (tháng 1 – tháng 12). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare có bảo hiểm thuốc (như chương trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc) đều có thể sử dụng tùy chọn thanh toán này. **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc.**

Trợ Cấp Thêm từ Medicare và trợ giúp từ SPAP và ADAP, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc tham gia Medicare Prescription Payment Plan.

Tất cả thành viên đều đủ điều kiện tham gia Medicare Prescription Payment Plan, bất kể mức thu nhập. Để tìm hiểu thêm về tùy chọn thanh toán này, hãy gọi cho chúng tôi theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) hoặc truy cập www.Medicare.gov.

MỤC 4 Quý vị có câu hỏi?

Nhận trợ giúp từ CareOregon Advantage Plus

- **Liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258. (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 8:00 sáng đến 8:00 tối và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối.

- **Hãy đọc *Evidence of Coverage 2026***

Annual Notice of Change này sẽ cung cấp cho quý vị bản tóm tắt những thay đổi về quyền lợi và chi phí của quý vị cho năm 2026. Để biết chi tiết, đi tới phần *Evidence of Coverage 2026* dành cho CareOregon Advantage Plus.

Evidence of Coverage là bản mô tả pháp lý, chi tiết về các quyền lợi trong chương trình. Tài liệu này giải thích các quyền hạn của quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận được dịch vụ và thuốc theo toa được bao trả.

Tham khảo *Evidence of Coverage* trên trang web của chúng tôi tại [CareOregonadvantage.org/materials](https://careoregonadvantage.org/materials) hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao qua đường bưu điện.

- **Truy cập [CareOregonadvantage.org](https://careoregonadvantage.org)**

Trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật mới nhất về mạng lưới các nhà cung cấp (*Provider Directory/Pharmacy*

Directory) và *List of Covered Drugs (Danh Sách Thuốc Được Bao Trữ)* (danh mục thuốc/Danh Sách Thuốc).

Nhận Tư Vấn Miễn Phí về Medicare

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Chương Trình Trợ Cấp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang) là một chương trình độc lập của chính phủ với các tư vấn viên được đào tạo ở mọi tiểu bang. Tại Oregon, chương trình SHIP được gọi là Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Trợ Cấp Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế cho Người Cao Niên).

Liên hệ SHIBA để được tư vấn bảo hiểm sức khỏe cá nhân miễn phí. Họ có thể giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare và Medicaid của quý vị và trả lời câu hỏi về việc chuyển đổi các chương trình bảo hiểm. Gọi đến SHIBA theo số 800-722-4134. Tìm hiểu thêm về SHIBA bằng cách truy cập oregonshiba.org.

Nhận trợ giúp từ Medicare

- **Gọi tới 800-MEDICARE (800-633-4227)**

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

- **Trò chuyện trực tuyến với www.Medicare.gov**

Quý vị có thể trò chuyện trực tuyến tại www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Gửi thư cho Medicare**

Quý vị có thể gửi thư cho Medicare tới PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Truy cập www.Medicare.gov**

Trang web chính thức của Medicare 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 quý vị.

- **Hãy đọc *Medicare & You 2026***

Mỗi mùa thu, tài liệu *Medicare & You 2026* sẽ được gửi bưu điện đến những người có Medicare. Tài liệu này có phần tóm tắt về các quyền lợi, quyền và biện pháp bảo vệ của Medicare, đồng thời trả lời các câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Nhận một bản sao tại www.Medicare.gov hoặc gọi tới 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 877-486-2048.

Nhận trợ giúp từ Medicaid

Gọi đến Oregon Health Plan (Medicaid) theo số 800-273-0557 (TTY 711) để được trợ giúp về đăng ký Medicaid hoặc giải đáp câu hỏi về quyền lợi của chương trình. Nếu quý vị đã đăng ký vào một tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO), quý vị có thể gọi cho họ theo số điện thoại được liệt kê ở mặt sau Thẻ ID CCO của quý vị.



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