Больше выбор, лучшее обслуживание. **В этом наше преимущество.**

2027

Ежегодное уведомление об изменениях

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

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

CareOregon® Advantage

English
You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. You 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 infórmeselo 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 بخطٍ كبير أو بطريقة برايل أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمَد 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 صحی 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, шрифтом Брайля или в другом предпочитаемом формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. 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 xaq 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)

您可以获得以其他语言、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 надаються безкоштовно. Зателефонуйте за номером 888-712-3258 TTY711 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 888-712-3258 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 ይንገሩ። 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 អក្សរស្ទាប ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។
អ្នកក៏មានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផងដែរ។
អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផ្នែកថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ 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.

План медицинского страхования CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP), предлагаемый компанией Health Plan of CareOregon, Inc.

Annual Notice of Change (Ежегодное уведомление об изменениях) на 2027 год

Вы зарегистрированы в качестве участника плана страхования CareOregon Advantage Plus.

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

- **С 15 октября по 7 декабря вам предоставляется время для внесения изменений в своё страховое обеспечение по программе Medicare на следующий год.** Если вы не зарегистрируетесь в качестве участника в другом плане страхования до 7 декабря 2026 года, вы останетесь членом плана CareOregon Advantage Plus.
- Для замены **плана на другой** посетите сайт *Medicare.gov* или ознакомьтесь с перечнем, приведённым в конце справочника *Medicare & You 2027* («Medicare и вы», 2027 г.).
- Имейте в виду, что здесь предлагается только краткий обзор изменений. Дополнительную информацию о расходах, льготах и правилах можно найти в разделе «Свидетельство о страховом обеспечении». Экземпляр

Номер утверждения Административно-бюджетного управления (Office of Management and Budget, OMB): 0938-1051 (срок действия истекает: 31 августа 2026 года)

документа можно получить на сайте *careoregonadvantage.org/materials* или заказать по почте, позвонив в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 либо по бесплатному номеру 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY).

Дополнительные источники информации

- Данный материал предоставляется бесплатно на русском, упрощенном китайском, традиционном китайском, испанском и вьетнамском языках.
- Для получения дополнительной информации звоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 либо по бесплатному номеру 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY). Часы работы: с 1 октября по 31 марта, 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00, и с 1 апреля по 30 сентября, с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный.
- Данная информация предоставляется также в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258. Пользователи телетайпом (TTY) должны звонить по номеру 711.

О плане CareOregon Advantage Plus

- План CareOregon Advantage Plus — это план HMO D-SNP, действующий на основании договоров с программами

Medicare и Medicaid. Регистрация для участия в плане CareOregon Advantage Plus зависит от продления срока действия 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 CareOregon Advantage Plus.
- **Если вы не предпримете никаких действий до 7 декабря 2026 года, ваше членство в плане CareOregon Advantage Plus будет автоматически продлено.** С 1 января 2027 года медицинская помощь и рецептурные лекарственные препараты будут обеспечиваться вашим страхованием в рамках плана CareOregon Advantage Plus. Дополнительную информацию о порядке замены одного плана другим и сроках такой замены см. в Разделе 2.

Содержание

Краткий обзор важных расходов на 2027 год 6

РАЗДЕЛ 1. Изменения в льготах и расходах на следующий год 13

Раздел 1.1. Изменения в сумме ежемесячного страхового взноса по плану 13

Раздел 1.2. Изменения, касающиеся максимальной суммы ваших расходов из собственных средств 13

Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков медицинских услуг 16

Раздел 1.4. Изменения в сети аптек 18

Раздел 1.5. Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги 19

Раздел 1.6. Изменения в страховом обеспечении лекарственных препаратов Части D 23

Раздел 1.7. Изменения в льготах и расходах на рецептурные препараты 25

РАЗДЕЛ 2. Порядок замены одного плана другим 38

Раздел 2.1. Сроки замены одного плана другим 40

Раздел 2.2. Предусмотрены ли другие периоды года для замены одного плана другим? 40

РАЗДЕЛ 3. Получение помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов 42

РАЗДЕЛ 4. Остались вопросы? 46

Получите помощь от плана CareOregon Advantage Plus..... 46

Бесплатные консультации по вопросам, связанным с программой Medicare..... 48

Получите помощь от программы Medicare .. 48

Получите помощь от программы Medicaid... 50

Краткий обзор важных расходов на 2027 год

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос по плану* * Сумма вашего страхового взноса может превышать указанную ниже. Подробности см. в Разделе 1.1.	$0	**$0**
Страховая франшиза	$0	**$0**
Максимальная сумма ваших расходов из собственных средств Это наибольшая сумма, которую вы заплатите из собственных	$9250 Вы не несёте ответственности за оплату каких-либо расходов из собственных средств, учитываемых при расчёте	**$9850 Вы не несёте ответственности за оплату каких-либо расходов из собственных средств, учитываемых при расчёте**

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
средств за услуги, обеспечиваемые страхованием. (Подробности см. в Разделе 1.2.)	максимальной суммы расходов из собственных средств, за услуги по Частям A и B, обеспечиваемые страхованием.	**максимальной суммы расходов из собственных средств, за услуги по Частям A и B, обеспечиваемые страхованием.**
Посещения врача для получения первичной медицинской помощи	$0 за посещение	**$0 за посещение**
Приём у специалиста	$0 за посещение	**$0 за посещение**
Пребывание в стационаре Включает различные виды пребывания в стационаре, такие	$0	**$0**

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
как лечение острых состояний, реабилитация и долгосрочный уход. Пребывание в стационаре начинается в день, когда по решению врача вас официально оформляют на стационарное лечение, и заканчивается за день до выписки.		
Страховое обеспечение рецептурных лекарственных препаратов Части D (Подробную информацию, в том числе об этапах	Страховая франшиза по страховому обеспечению рецептурных лекарственных препаратов Части D $615	**Страховая франшиза по страховому обеспечению рецептурных лекарственных препаратов Части D** **$700**

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
ежегодной страховой франшизы, начального страхового обеспечения и страхового обеспечения после достижения предельной суммы расходов из собственных средств, см. в Разделе 1.)	за исключением обеспечиваемых страхованием препаратов инсулина и большинства вакцин Части D для взрослых Доплата на этапе начального страхового обеспечения: За препараты уровней 1–5, вы платите $0/$1.60/$5.10 за рецептурный препарат За непатентованные	**за исключением обеспечиваемых страхованием препаратов инсулина и большинства вакцин Части D для взрослых** **Франшиза не распространяется на препараты 1-го и 6-го уровней** **Доплата на этапе начального страхового обеспечения:** **За препараты уровня 1:** **Вы платите $0** **За препараты уровней 2–5, вы платите $0/$1.65/$5.80 за**

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
	препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным	**рецептурный препарат За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным**
	За все остальные лекарственные препараты, вы платите $0/$4.90/$12.65 за рецептурный препарат	**За все остальные лекарственные препараты, вы платите $0/$5.00/$14.40 за рецептурный препарат** **За препараты уровня 6, Вы платите $0**
	Сострахование на этапе начального	**Сострахование на этапе начального**

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
	страхового обеспечения: За лекарственные препараты, исключённые из страхового обеспечения по Части D, вы платите Оплата 25 % стоимости препарата в порядке сострахования за рецептурный препарат	**страхового обеспечения:** **За лекарственные препараты, исключённые из страхового обеспечения по Части D, вы платите Оплата 25 % стоимости препарата в порядке сострахования за рецептурный препарат**
	Этап страхового обеспечения при чрезвычайно высоких расходах: На этом этапе оплаты вы ничего	**Этап страхового обеспечения при чрезвычайно высоких расходах:** **На этом этапе оплаты вы ничего**

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
	не будете платить за лекарственные препараты, обеспечиваемые страхованием в рамках Части D. Возможно, вам придётся участвовать в оплате стоимости препаратов, обеспечиваемых страхованием в рамках нашей расширенной льготы.	**не будете платить за лекарственные препараты, обеспечиваемые страхованием в рамках Части D.** **Возможно, вам придётся участвовать в оплате стоимости препаратов, обеспечиваемых страхованием в рамках нашей расширенной льготы.**

РАЗДЕЛ 1 Изменения в льготах и расходах на следующий год

Раздел 1.1. Изменения в сумме ежемесячного страхового взноса по плану

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Ежемесячный страховой взнос по плану (Вы также должны продолжать оплачивать страховой взнос по Части B программы Medicare, за исключением случая, когда он оплачивается программой Medicaid.)	$0	**$0**

Раздел 1.2. Изменения, касающиеся максимальной суммы ваших расходов из собственных средств

Согласно требованиям программы Medicare, все планы медицинского страхования должны ограничивать сумму ваших расходов из собственных средств за год.

Этот предел называется максимальной суммой ваших расходов из собственных средств. Как только общая сумма ваших выплат достигнет этого предела, вы, как правило, больше ничего не платите за услуги в рамках Частей A и B, обеспечиваемые страхованием, до конца календарного года.

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
Максимальная сумма ваших расходов из собственных средств Совместная оплата, произведённая бенефициаром (программой Medicaid) и другими программами дополнительного страхования, засчитывается в эту максимальную сумму расходов из собственных средств. Поскольку большую часть сумм совместной оплаты за членов	$9250	**$9850** **После того как общая сумма, уплаченная вами из собственных средств за услуги в рамках Частей A и B, обеспечиваемые страхованием, достигнет $9850, вы ничего не будете платить за такие услуги до конца календарного года.**

нашего плана вносит программа Medicaid, лишь очень немногие из них достигают максимальной суммы расходов из собственных средств. Вы не несёте ответственности за оплату каких-либо расходов из собственных средств, учитываемых при расчёте максимальной суммы расходов из собственных средств, за услуги по Частям A и B, обеспечиваемые страхованием. Ваши расходы на медицинские услуги, обеспечиваемые страхованием (например, доплаты и страховые франшизы), **учитываются** при расчёте максимальной суммы ваших		

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
расходов из собственных средств. Ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты **не учитываются** при расчёте максимальной суммы ваших расходов из собственных средств.		

Раздел 1.3. Изменения в сети поставщиков медицинских услуг

В нашей сети поставщиков медицинских услуг на следующий год произошли изменения. Ознакомьтесь с *Provider Directory* (Каталогом поставщиков медицинских услуг) на 2027 год (*careoregonadvantage.org/providersearch*), чтобы узнать, входят ли ваши поставщики медицинских услуг (поставщик первичной медицинской помощи, специалисты, больницы и т. д.) в нашу сеть обслуживания. Вы можете получить обновленный «*Каталог поставщиков медицинских услуг*» следующими способами:

- Посетите наш веб-сайт *careoregonadvantage.org/providersearch*
- Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 (TTY)), чтобы получить актуальную информацию о поставщиках медицинских услуг или попросить нас отправить вам *Каталог поставщиков медицинских услуг* по почте.

В течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и специалистов (поставщиков медицинских услуг), входящих в сеть обслуживания нашего плана. Если изменение в перечне наших поставщиков медицинских услуг, внесённое в середине года, коснётся вас, обратитесь за помощью, позвонив в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 (TTY)). Если ваш поставщик медицинских услуг выйдет из сети обслуживания плана, вам может быть предоставлен специальный период регистрации. Дополнительную информацию о ваших правах в случае выхода поставщика медицинских услуг из сети нашего плана см. в Главе 3, Разделе 2.3 вашего документа *Evidence of Coverage* («Свидетельство о страховом обеспечении»).

Раздел 1.4. Изменения в сети аптек

Суммы, которые вы платите за рецептурные препараты, могут зависеть от того, услугами какой аптеки вы пользуетесь. Планы страхования рецептурных лекарственных препаратов программы Medicare имеют сеть аптек. В большинстве случаев ваши рецептурные лекарственные препараты обеспечиваются страхованием *только* в том случае, если они отпускаются в одной из аптек нашей сети.

В нашей сети аптек на следующий год произошли изменения. Ознакомьтесь с *Pharmacy Directory* («Каталогом аптек») на 2027 год на сайте *careoregonadvantage.org/pharmacy*, чтобы узнать, какие аптеки входят в нашу сеть. Вы можете получить обновленный *Каталог аптек* следующими способами:

- Посетите наш веб-сайт по адресу *careoregonadvantage.org/pharmacy*
- Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY), чтобы получить актуальную информацию об аптеках или попросить нас отправить вам по почте *Каталог аптек*.

В течение года мы можем внести изменения в список аптек, которые входят в наш план страхования. Если изменения в перечне наших аптек в середине года коснутся вас, обратитесь за помощью, позвонив в

отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY).

Раздел 1.5. Изменения в льготах и расходах на медицинские услуги

В документе Ежегодное уведомление об изменениях сообщается об изменениях в ваших льготах и расходах по программе Medicare.

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
CareOregon Advantage CareCard	Вы получаете $15.50 в месяц ($186 в год) на приобретение товаров, отпускаемых без рецепта.	**Вы получаете $70 раз в три месяца ($280 за год предоставления льготы) на приобретение безрецептурных товаров.**

Образовательные программы по вопросам здоровья и оздоровления	Участие в программе Silver&Fit Healthy Aging and Exercising Program не относится к льготам, обеспечиваемым страхованием.	**Вы получаете бесплатный доступ к программе Silver & Fit Healthy Aging and Exercise Program («Программа здорового старения и физических упражнений Silver & Fit») в одном из следующих вариантов:** • **Абонемент в фитнес-центр** • **Возможность выбрать один набор для занятий фитнесом дома за год предоставления льготы**

Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, Специальные дополнительные льготы для хронически больных)	Члены плана, соответствующие установленным требованиям, получают $50 в месяц на приобретение продуктов питания, полезных для здоровья. Указанные льготы являются частью специальной дополнительной программы для хронически больных. Члены плана должны иметь диагноз сахарного диабета или хронической сердечной недостаточности и соответствовать определённым	**Члены плана, имеющие право на эту льготу, получают $225 раз в три месяца ($900 в год) на приобретение продуктов питания, полезных для здоровья.** **Эта льгота является частью специальной программы предоставления льгот под названием «Специальные дополнительные льготы для лиц с хроническими заболеваниями» (SSBCI). Право на эту льготу могут иметь члены плана с подтверждённым диагнозом сахарного диабета,**

	критериям. Не все члены плана имеют на это право.	**хронической сердечной недостаточности, сердечно-сосудистого заболевания, хронического заболевания лёгких, неврологического расстройства или другого заболевания, дающего право на получение этой льготы. Право на эту льготу определяется не только наличием этих заболеваний. До предоставления этой льготы должно быть подтверждено соответствие всем требованиям для её получения. Для получения**

		дополнительной информации ознакомьтесь с документом «Свидетельство о страховом обеспечении на 2027 год» (Evidence of Coverage, EOC) или позвоните в отдел обслуживания клиентов.

Раздел 1.6. Изменения в страховом обеспечении лекарственных препаратов Части D

Изменения в нашем перечне лекарственных препаратов

Наш перечень лекарственных препаратов, обеспечиваемых страхованием, называется лекарственным формуляром, или Перечнем лекарственных препаратов. Копия нашего Перечня лекарственных препаратов размещена на сайте *careoregonadvantage.org/druglist*

Вы можете получить полный Перечень лекарственных препаратов, позвонив в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY) или посетив наш веб-сайт по адресу *careoregonadvantage.org/druglist*

Внесённые нами изменения в наш Перечень лекарственных препаратов могут включать исключение или добавление препаратов, изменение ограничений, применяемых к страховому обеспечению определённых препаратов, или их перевод на другой уровень участия в расходах. **Изучите Перечень лекарственных препаратов, чтобы убедиться в том, что ваши препараты будут обеспечиваться страхованием в следующем году, и узнать, будут ли в отношении них действовать какие-либо ограничения или был ли ваш препарат переведён на другой уровень участия в расходах.**

Большинство изменений в Перечне лекарственных препаратов вступают в силу с начала каждого года. Однако мы можем внести и другие изменения, разрешённые правилами программы Medicare, которые затронут вас в течение календарного года. Мы обновляем наш Перечень лекарственных препаратов онлайн не реже одного раза в месяц, чтобы поддерживать его в максимально актуальном состоянии. Если мы внесём изменение, которое

повлияет на ваш доступ к принимаемому вами препарату, мы отправим вам уведомление об этом изменении.

Если вас затронет изменение в страховом обеспечении лекарственных препаратов в начале года или в течение года, просмотрите Главу 9 вашего документа «Свидетельство о страховом обеспечении» и поговорите со специалистом, выписавшим вам рецепт, чтобы узнать о доступных вам вариантах, например о запросе временного запаса препарата, подаче заявления с просьбой сделать исключение из правил и/или совместном поиске другого лекарственного препарата. Для получения дополнительной информации звоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY).

Раздел 1.7. Изменения в льготах и расходах на рецептурные препараты

Получаете ли вы дополнительную помощь (Extra Help) в оплате расходов по страховому обеспечению рецептурных лекарственных препаратов?

Если вы участвуете в программе, которая помогает оплачивать ваши лекарственные препараты (Extra Help), **информация о расходах на препараты Части D может не относиться к вам**. Мы включили отдельный материал под названием *Evidence of Coverage Rider for*

People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (*«Дополнение к документу „*Свидетельство о страховом обеспечении *для лиц, получающих дополнительную помощь (Extra Help) в оплате рецептурных лекарственных препаратов»*), в котором описываются ваши расходы на лекарственные препараты. Если вы получаете дополнительную помощь (Extra Help) и не получили этот материал в данном пакете документов, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY) и попросите предоставить Приложение о субсидии для лиц с низким уровнем дохода (LIS Rider).

Этапы оплаты лекарственных препаратов

Существует три этапа **оплаты лекарственных препаратов:** этап ежегодной страховой франшизы, этап начального страхового обеспечения и этап страхового обеспечения при чрезвычайно высоких расходах.

- ***Этап 1: Ежегодная страховая франшиза***

  В начале каждого календарного года вы находитесь на этом этапе оплаты. На этом этапе вы оплачиваете полную стоимость препаратов уровней 2–5, пока не выплатите сумму ежегодной страховой франшизы.

- ***Этап 2: Начальное страховое обеспечение***

  После оплаты ежегодной страховой франшизы вы переходите на этап начального страхового обеспечения. На этом этапе наш план оплачивает свою часть стоимости ваших лекарств, а вы — свою часть стоимости. Обычно вы остаётесь на этом этапе до тех пор, пока сумма ваших расходов из собственных средств с начала года не достигнет $2400.

- ***Этап 3: Страховое обеспечение при чрезвычайно высоких расходах***

  Это третий и последний этап оплаты лекарственных препаратов. На этом этапе вы ничего не платите за лекарственные препараты, обеспечиваемые страхованием в рамках Части D. Возможно, вам придётся участвовать в оплате стоимости препаратов, исключённых из страхового обеспечения по Части D, но обеспечиваемых страхованием в рамках нашей расширенной льготы. Обычно вы остаётесь на этом этапе до конца календарного года.

Расходы на лекарственные препараты на этапе 1: Ежегодная страховая франшиза

В таблице указана сумма, которую вы платите по каждому рецепту на этом этапе.

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Ежегодная страховая франшиза	$615 На этом этапе вы платите: Участие в расходах за препараты уровня 6 — $0 и за препараты уровней 1–5 — полная стоимость до выплаты суммы ежегодной страховой франшизы.	**$700** **На этом этапе вы платите: свою долю расходов за препараты уровней 1 и 6, составляющую $0, а за препараты уровней 2–5 вы оплачиваете полную стоимость препаратов до тех пор, пока не выплатите сумму ежегодной страховой франшизы.**

Расходы на лекарственные препараты на этапе 2: Начальное страховое обеспечение

В таблице указана сумма ваших расходов по одному рецепту на месячный запас лекарственного препарата при его получении в аптеке нашей сети, где применяются стандартные условия участия в расходах.

Большинство вакцин Части D для взрослых обеспечивается страхованием без каких-либо расходов с вашей стороны. Дополнительную информацию о стоимости вакцин, а также информацию о стоимости долгосрочных запасов или рецептурных препаратов, заказываемых с доставкой по почте, можно найти в Главе 6 вашего документа «Свидетельство о страховом обеспечении» (Evidence of Coverage).

После того как вы заплатите $2400 из собственных средств за лекарственные препараты Части D, обеспечиваемые страхованием, вы перейдёте к следующему этапу — этапу страхового обеспечения при чрезвычайно высоких расходах.

	2026 год (этот год)	**2027 год (следующий год)**
Уровень 1 — предпочтительные непатентованные препараты: Мы изменили уровень некоторых препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Для того, чтобы узнать, будут ли ваши препараты переведены на другой уровень, найдите их в Перечне лекарственных препаратов.	За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите: $0/$1.60/$5.10 за рецептурный препарат За все остальные лекарственные препараты вы платите: $0/$4.90/$12.65 за рецептурный препарат	**$0 за каждый рецепт**

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Уровень 2 — непатентованные препараты и препараты, исключённые из страхового обеспечения по Части D Мы изменили уровень некоторых препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Для того, чтобы узнать, будут ли ваши препараты переведены на другой уровень, найдите их в Перечне лекарственных препаратов.	За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите: $0/$1.60/$5.10 за рецептурный препарат За все остальные лекарственные препараты вы платите: $0/$4.90/$12.65 за рецептурный препарат	**За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите:** **$0/$1.65/$5.80 за рецептурный препарат** **За все остальные лекарственные препараты вы платите:** **$0/$5.00/$14.40 за рецептурный препарат** **За лекарственные препараты, исключённые из страхового**

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
		обеспечения по Части D, вы платите: 25 % всей суммы за рецептурный препарат

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Уровень 3 — предпочтительные препараты под торговым наименованием Мы изменили уровень некоторых препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Для того, чтобы узнать, будут ли ваши препараты переведены на другой уровень, найдите их в Перечне лекарственных препаратов.	За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите: $0/$1.60/$5.10 за рецептурный препарат За все остальные лекарственные препараты вы платите: $0/$4.90/$12.65 за рецептурный препарат	**За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите:** **$0/$1.65/$5.80 за рецептурный препарат** **За все остальные лекарственные препараты вы платите:** **$0/$5.00/$14.40 за рецептурный препарат** **За лекарственные препараты, исключённые из страхового**

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
		обеспечения по Части D, вы платите: 25 % всей суммы за рецептурный препарат

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Уровень 4 — непредпочтительные лекарственные препараты (исключения из лекарственного формуляра) Мы изменили уровень некоторых препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Для того, чтобы узнать, будут ли ваши препараты переведены на другой уровень, найдите их в Перечне лекарственных препаратов.	За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите: $0/$1.60/$5.10 за рецептурный препарат За все остальные лекарственные препараты вы платите: $0/$4.90/$12.65 за рецептурный препарат	**За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите:** **$0/$1.65/$5.80 за рецептурный препарат** **За все остальные лекарственные препараты вы платите:** **$0/$5.00/$14.40 за рецептурный препарат**

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Уровень 5 — специализированные лекарственные препараты Мы изменили уровень некоторых препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Для того, чтобы узнать, будут ли ваши препараты переведены на другой уровень, найдите их в Перечне лекарственных препаратов.	За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите: $0/$1.60/$5.10 за рецептурный препарат За все остальные лекарственные препараты вы платите: $0/$4.90/$12.65 за рецептурный препарат	**За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите:** **$0/$1.65/$5.80 за рецептурный препарат** **За все остальные лекарственные препараты вы платите:** **$0/$5.00/$14.40 за рецептурный препарат**

	2026 год (этот год)	2027 год (следующий год)
Уровень 6 — препараты категории Select Care Мы изменили уровень некоторых препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Для того, чтобы узнать, будут ли ваши препараты переведены на другой уровень, найдите их в Перечне лекарственных препаратов.	За непатентованные препараты или препараты под торговым наименованием, приравненные к непатентованным, вы платите: $0/$1.60/$5.10 за рецептурный препарат За все остальные лекарственные препараты вы платите: $0/$4.90/$12.65 за рецептурный препарат	**$0 за каждый рецепт**

Мы изменили уровень некоторых препаратов из нашего Перечня лекарственных препаратов. Для того, чтобы узнать, будут ли ваши препараты переведены на

другой уровень, найдите их в Перечне лекарственных препаратов.

РАЗДЕЛ 2 Порядок замены одного плана другим

Для того чтобы остаться членом плана CareOregon Advantage Plus, вам не нужно предпринимать никаких действий. Если до 7 декабря вы не зарегистрируетесь в другом плане медицинского страхования программы Medicare или не перейдёте на традиционную программу Medicare (Original Medicare), ваше членство в плане CareOregon Advantage Plus будет автоматически продлено.

Если вы желаете на 2027 год заменить свой план другим, выполните следующие действия:

- **Для перехода в другой план медицинского страхования программы Medicare** зарегистрируйтесь в новом плане. Вы будете автоматически исключены из числа членов плана CareOregon Advantage Plus. Помните: не все планы медицинского страхования программы Medicare обеспечивают страхованием рецептурные лекарственные препараты. Кроме того, имейте в виду, что по условиям многих планов вы не можете стать членом плана медицинского страхования программы Medicare и одновременно приобрести план страхования рецептурных лекарственных препаратов.

- **Для перехода на традиционную программу Medicare (Original Medicare) с отдельным страховым обеспечением рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare** вы можете зарегистрироваться в плане Части D, после чего ваше членство в плане CareOregon Advantage Plus будет автоматически прекращено.
- **Для перехода на традиционную программу Medicare (Original Medicare) без отдельного плана страхования рецептурных лекарственных препаратов** вы можете отправить нам письменный запрос на прекращение членства в плане. Для получения дополнительной информации о том, как это сделать, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY). Или позвоните в администрацию программы **Medicare** по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227) и попросите прекратить ваше членство в плане. Лица с нарушениями слуха, пользующиеся телетайпом, могут звонить по номеру 877-486-2048.
- **Для получения дополнительной информации о традиционной программе Medicare (Original Medicare) и различных видах планов программы Medicare** посетите веб-сайт *Medicare.gov*, ознакомьтесь со справочником *Medicare & You 2027*

(«Medicare и вы», 2027 г.), позвоните в Программу своего штата по оказанию помощи в вопросах медицинского страхования (см. Раздел 4) или позвоните по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227).

Раздел 2.1. Сроки замены одного плана другим

Участники программы Medicare могут вносить изменения в своё страховое обеспечение с **15 октября по 7 декабря** каждого года.

Если вы зарегистрировались в плане Medicare Advantage с 1 января 2027 года и вам не нравится выбранный вами план, вы можете перейти на другой план медицинского страхования программы Medicare (со страховым обеспечением рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) либо перейти на традиционную программу Medicare (Original Medicare) (с отдельным страховым обеспечением рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) в период с 1 января по 31 марта 2027 года.

Раздел 2.2. Предусмотрены ли другие периоды года для замены одного плана другим?

В определённых ситуациях у людей могут быть дополнительные возможности изменить своё страховое обеспечение в течение года. Примеры включают лиц, которые:

- являются участниками программы Medicaid;
- получают дополнительную помощь (Extra Help) в оплате своих лекарственных препаратов;
- имеют страховое обеспечение, предоставляемое работодателем, или перестают получать такое страховое обеспечение;
- выезжают за пределы зоны обслуживания нашего плана;

Поскольку вы являетесь участником программы Medicaid, вы можете прекратить своё членство в нашем плане в любом месяце в течение года, выбрав один из следующих вариантов программы Medicare:

  - традиционную программу Medicare (Original Medicare) *с* отдельным планом страхования рецептурных лекарственных препаратов программы Medicare;
  - традиционную программу Medicare (Original Medicare) *без* отдельного плана страхования рецептурных препаратов программы Medicare (Если вы выберете этот вариант, программа Medicare может зарегистрировать вас в плане оплаты стоимости лекарств, если вы не отказались от автоматической регистрации), или
  - Если вы имеете на это право, интегрированный план D-SNP,

предоставляющий в рамках одного плана ваши льготы и услуги по программе Medicare, а также большинство или все льготы и услуги по программе Medicaid.

Если вы недавно переехали в учреждение (например, в учреждение квалифицированного сестринского ухода или больницу для длительного лечения) или проживаете там в настоящее время, вы можете изменить своё страховое обеспечение по программе Medicare в любое время. Вы можете перейти на любой другой план медицинского страхования программы Medicare (со страховым обеспечением рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) либо перейти на традиционную программу Medicare (Original Medicare) (с отдельным страховым обеспечением рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare или без него) в любое время. Если вы недавно выехали из учреждения, у вас есть возможность заменить один план другим или перейти на традиционную программу Medicare (Original Medicare) в течение двух полных месяцев, следующих за месяцем вашего выезда.

РАЗДЕЛ 3 Получение помощи в оплате рецептурных лекарственных препаратов

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

- **«Дополнительная помощь» (Extra Help), предоставляемая программой Medicare.** Лица с ограниченным доходом могут иметь право на получение «Дополнительной помощи» (Extra Help) в оплате своих расходов на рецептурные лекарственные препараты. Если вы имеете право на эту помощь, программа Medicare может оплачивать до 75 % ваших расходов на лекарственные препараты, а в некоторых случаях и более, включая ежемесячные страховые взносы по плану страхования рецептурных лекарственных препаратов, ежегодные страховые франшизы и сострахование. Кроме того, лицам, имеющим право на эту помощь, не придётся платить штраф за позднюю регистрацию. Для того чтобы узнать, имеете ли вы право на эту помощь, позвоните:
    - 800-MEDICARE (800-633-4227). Лица с нарушениями слуха могут звонить по номеру 877-486-2048 круглосуточно, семь дней в неделю.
    - С представителем службы социального обеспечения можно связаться по номеру 800-772-1213 с 8:00 до 19:00 с понедельника по пятницу. Автоматические сообщения доступны круглосуточно. Лица с нарушениями слуха могут звонить по номеру 800-325-0778
    - В управление программы Medicaid вашего штата.

- **Помощь лицам с ВИЧ/СПИДом в оплате их доли расходов на рецептурные препараты.** Программа помощи в приобретении лекарственных препаратов больным СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает гарантировать доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ лицам с ВИЧ/СПИДом, имеющим право на участие в программе ADAP. Для получения права на участие в программе ADAP, действующей в вашем штате, вы должны соответствовать определённым критериям, включая подтверждение проживания в штате и ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода согласно установленным штатом критериям, а также отсутствие страхования или недостаточный объём страхового обеспечения. При приобретении препаратов Части D программы Medicare, которые также обеспечиваются страхованием по программе ADAP, можно получить помощь в оплате доли расходов в рамках программы CAREAssist. Для получения информации о критериях предоставления права на участие, обеспечиваемых страхованием лекарственных препаратах, порядке регистрации для участия в программе или, если вы уже участвуете в ней, порядке дальнейшего получения помощи позвоните по телефону 971-673-0144 или по бесплатному номеру 800-805-2313. Во время звонка обязательно сообщите название своего плана Части D программы Medicare или номер своего страхового полиса.

- **План оплаты рецептурных препаратов программы Medicare.** План оплаты рецептурных препаратов программы Medicare — это вариант оплаты, действующий в сочетании с имеющимся у вас страховым обеспечением лекарственных препаратов и помогающий контролировать личные расходы на препараты, обеспечиваемые страхованием по нашему плану, путём распределения этих расходов на весь календарный год (с января по декабрь). Любое лицо, у которого есть план лекарственного страхового обеспечения программы Medicare или план медицинского страхования программы Medicare, предусматривающий лекарственное страховое обеспечение (например, план Medicare Advantage с лекарственным страховым обеспечением), может воспользоваться этим вариантом оплаты. Если вы участвуете в Плане оплаты рецептурных препаратов программы Medicare и остаётесь членом того же плана Части D программы Medicare, ваше участие будет автоматически продлено на 2027 год. Для продолжения участия в 2027 году вам не нужно подавать новое заявление о выборе этого варианта оплаты. **Этот вариант оплаты может помочь вам распоряжаться своими расходами, но он не сэкономит вам деньги и не снизит расходы на лекарства.**

Для лиц, имеющих на это право, дополнительная помощь (Extra Help) программы Medicare и помощь по программам SPAP и ADAP более выгодны, чем участие в Плане оплаты рецептурных препаратов программы Medicare. Для получения дополнительной информации об этом варианте оплаты позвоните нам по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY) либо посетите сайт *Medicare.gov*

РАЗДЕЛ 4 Остались вопросы?

Получите помощь от плана CareOregon Advantage Plus

- **Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258. (Для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY).**

  Телефонные звонки принимаются с 1 октября по 31 марта семь дней в неделю с 08:00 до 20:00, а с 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00.

- **Ознакомьтесь со своим документом *Свидетельство о страховом обеспечении* на 2027 год.**

  В документе *Ежегодное уведомление об изменениях* приводится краткий обзор изменений в ваших льготах и расходах на 2027 год. Более подробная информация содержится в документе *2027 Evidence*

of Coverage («Свидетельство о страховом обеспечении на 2027 год») плана CareOregon Advantage Plus. Документ *Свидетельство о страховом обеспечении* является юридическим документом, содержащим подробное описание льгот, предусмотренных нашим планом. В нём разъясняются ваши права и правила, которые вам необходимо соблюдать для получения обеспечиваемых страхованием услуг и рецептурных препаратов. Получите документ *Evidence of Coverage* («Свидетельство о страховом обеспечении») на нашем веб-сайте ***careoregonadvantage.org/materials*** или позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY) и попросите отправить вам экземпляр документа по почте.

- **Посетите сайт *careoregonadvantage.org***

  На нашем веб-сайте размещена самая актуальная информация о нашей сети поставщиков медицинских услуг (*«Каталог поставщиков медицинских услуг» / «Каталог аптек»*) и о нашем *Перечне лекарственных препаратов, обеспечиваемых страхованием* (формуляр/Перечень лекарственных препаратов).

Бесплатные консультации по вопросам, связанным с программой Medicare.

Программа помощи в области медицинского страхования (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это независимая государственная программа, в рамках которой в каждом штате работают квалифицированные консультанты. В штате Орегон программа SHIP называется Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, «Помощь пожилым лицам по вопросам льгот медицинского страхования»).

Позвоните сотрудникам программы SHIBA и получите бесплатную индивидуальную консультацию по вопросам медицинского страхования. Они могут помочь вам разобраться в том, какие планы программ Medicare и Medicaid вы можете выбрать, а также ответить на вопросы о замене одного плана другим. Позвоните сотрудникам программы SHIBA по номеру 800-722-4134. Ознакомьтесь с дополнительной информацией о программе SHIBA на сайте *oregonshiba.org*

Получите помощь от программы Medicare

- **Позвоните по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227)**

  Вы можете звонить по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227) круглосуточно, семь дней в неделю. Лица с нарушениями слуха, пользующиеся телетайпом, могут звонить по номеру 877-486-2048.

- **Чат в реальном времени на сайте *Medicare.gov***

  Вы можете переписываться в онлайн-чате на сайте *Medicare.gov/talk-to-someone*

- **Написать в администрацию программы Medicare**

  Вы можете написать письмо в администрацию программы Medicare на адрес: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Посетите сайт *Medicare.gov***

  На официальном веб-сайте программы Medicare представлена информация о стоимости, страховом обеспечении и рейтингах качества, выраженных в звёздах, которая поможет вам сравнить планы медицинского страхования программы Medicare, доступные в вашем районе.

- **Ознакомьтесь с руководством *Medicare & You 2027* («Medicare и вы» за 2027 год)**

  Каждую осень руководство *Medicare & You 2027* («Medicare и вы» за 2027 год) рассылается по почте участникам программы Medicare. В нём представлена краткая информация о льготах, правах и мерах защиты в рамках программы Medicare, а также ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о Medicare. Экземпляр документа можно получить на сайте *Medicare.gov* или запросить, позвонив по номеру 800-MEDICARE

(800-633-4227). Лица с нарушениями слуха, пользующиеся телетайпом (TTY), могут звонить по номеру 877-486-2048.

Получите помощь от программы Medicaid

Для получения помощи при регистрации в программе Medicaid или ответов на вопросы о льготах позвоните сотрудникам программы Oregon Health Plan (Medicaid) по номеру 800-273-0557 (для лиц с нарушениями слуха — 711 TTY). Если вы являетесь членом организации по координации обслуживания (CCO), вы можете позвонить в эту организацию по номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, участник CCO.

Отдел по работе с клиентами CareOregon Advantage

Звоните по номеру 503-416-4279 или 888-712-3258 (бесплатно), телетайп: 711

Часы работы:

С 8 a.m. до 8 p.m. без выходных, с 1 октября по 31 марта
С 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу, с 1 апреля по 30 сентября

H5859_CO2027ANOC_M

careoregonadvantage.org

CareOregon® Advantage

COA-261213200-RU-0901