更多选择, 更佳护理。**这就是我们的 Advantage (优势)。**

2027

年度变更通知

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

针对俄勒冈州以下县：Clackamas、 Columbia、 Jackson、 Multnomah 和 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.

CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)，由 Health Plan of CareOregon, Inc. 提供

2027 Annual Notice of Change（2027 年年度变更通知）

您是 CareOregon Advantage Plus 计划的注册会员。

这份资料说明了明年我们计划的费用和福利的变更。

- **您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间对您明年的 Medicare 承保做出变更。**如果您未在 2026 年 12 月 7 日截止前加入其他计划，您将继续留在 CareOregon Advantage Plus 中。
- 如要换成**其他计划**，请访问 *Medicare.gov* 或查看您 *Medicare & You 2027*（《Medicare 与您 2027 年版》）手册背面的列表。
- 请注意，这仅是变更的摘要。在 Evidence of Coverage (《承保证明》）中有关于费用、福利及规则的更多信息。请造访 *careoregonadvantage.org/materials* 网页获取副本，或拨打 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 (TTY 听障语障者专线用户请拨 *711*）来获取邮寄副本。

更多资源

- 本材料有俄语、简体中文、繁体中文、西班牙语和越南语版本可供免费索取。
- 请致电客户服务部，电话号码是 503-416-4279 或 888-712-3258 免费电话（TTY 听障语障者专线用户请拨 711），索取更多信息。我们的办公时间为：10 月 1 日至来年 3 月 31 日，每周 7 天，早上 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，早上 8 点至晚上 8 点。通话免费。
- 本信息有其他格式（包括盲文版、大字版、音频版 ）可供索取。请拨打 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 联系客户服务部。TTY 听障语障者专线用户请拨 711。

关于 CareOregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus 是有 Medicare/Medicaid 合约的 HMO D-SNP 计划。投保 CareOregon Advantage Plus 取决于合约续签。本计划还与 Oregon Health Plan (Medicaid) 计划有书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 当本材料提及“我们”或“我们的”时，是指 Health Plan of CareOregon, Inc.；而当提及“该计划”或“本计划”时，则是指 CareOregon Advantage Plus。

- **如果您在 2026 年 12 月 7 日之前什么都不做，则您会被自动加入 CareOregon Advantage Plus 计划。**从 2027 年 1 月 1 日开始，您将通过 CareOregon Advantage Plus 获得医疗和药物承保。有关如何换计划和换计划的截止日期的更多信息，请参阅第 2 节。

目录

2027 年重要费用摘要 6

第 1 节 明年的福利和费用变更 10

第 1.1 节每月计划保费变更 10

第 1.2 节您的自付费用上限变更 11

第 1.3 节服务提供者网络变更 12

第 1.4 节药房网络变更 13

第 1.5 节医疗服务的福利和费用变更 15

第 1.6 节 D 部分药物承保变更 17

第 1.7 节处方药福利和费用变更 19

第 2 节 如何换计划 27

第 2.1 节换计划的截止日期 29

第 2.2 节一年中还有其他时间可以进行更改吗？ 29

第 3 节 获得帮助以支付处方药费用 31

第 4 节 有疑问？ 33

获取 CareOregon Advantage Plus 提供的帮助 . 33

获取关于 Medicare 的免费咨询服务 35

获取 Medicare 提供的帮助 35
获取 Medicaid 提供的帮助..... 37

2027 年重要费用摘要

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
每月计划保费* * 您的保费可能会高于此金额。详情请参阅第 1.1 节。	$0	**$0**
免赔额（又称自付额）	$0	**$0**
自付费用上限 这是您将为承保服务自行支付的最高限额。 （详情请参阅第 1.2 节。）	$9,250 您无需负责为属于承保范围内的 A 部分和 B 部分服务支付任何可计入自付费用上限的自付费用。	**$9,850** **您无需负责为属于承保范围内的 A 部分和 B 部分服务支付任何可计入自付费用上限的自付费用。**
初级保健诊室就诊	每次看诊 $0	**每次看诊 $0**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
专科医生诊室就诊	每次看诊 $0	**每次看诊 $0**
住院 包括各种住院治疗，如急诊、复健和长期护理。住院护理从您凭医生医嘱正式入院当天开始计算，到您出院前一天为止。	$0	**$0**
D 部分药物承保 （详情请参阅第 1 节，包括年度免赔额阶段、初始承保阶段和重大伤病承保阶段。）	D 部分药物承保免赔额 $615 承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗除外	**D 部分药物承保免赔额** **$700** **承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗除外**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
		这个免赔额不适用层级 1-6 的药物
	初始承保阶段的共付额： 药物等级 1-5 您将为每份处方 $0/$1.60/$5.10 通用名药物(又称学名药或仿制药)或被视为通用名药物的名牌药支付 您将为所有其他药物支付 每份处方 $0/$4.90/$12.65	**初始承保阶段的共付额：** **药物层级 1 您付 $0** **药物层级 2-5 您将为通用名药物 $0/$1.65/$5.80 每份处方（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付** **您将为所有其他药物支付 $0/$5.00/$14.40**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
		药物层级 6 您付 $0
	初始承保阶段的共同保险： 您需为 D 部分不承保的药物支付： 每份处方 支付 25% 的共同保险	**初始承保阶段的共同保险：** **您需为 D 部分不承保的药物支付：** **每份处方 支付 25% 的共同保险**
	重大伤病承保阶段： 在此支付阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。	**重大伤病承保阶段：** **在此支付阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
	如果是我们的增强型福利承保的药物，您可能会有费用分摊。	**如果是我们的增强型福利承保的药物，您可能会有费用分摊。**

第 1 节 明年的福利和费用变更

第 1.1 节每月计划保费变更

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
每月计划保费 （您还必须继续支付您的 Medicare B 部分保费，除非 Medicaid 已为您支付该费用。）	$0	**$0**

第 1.2 节您的自付费用上限变更

Medicare 要求所有健康计划对您当年自付费用的金额设限。此限制称为自付费用上限。支付此金额后，您通常即无需为该日历年剩余时间承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

	2026 年（今年）	2027 年（明年）
自付费用上限 由受益人、Medicaid 或其他补充保险支付的费用分担都计入这个自付费用上限。由于本计划会员大部分费用分担是由 Medicaid 支付的，因此只有非常少的会员会达到此自付费用上限。 您无需负责为属于承保范围内的 A 部分和 B 部分服务支付任何可计入	$9,250	**$9,850** **一旦您为承保的 A 部分和 B 部分服务自费支付了 $9,850，您在该日历年的剩余时间内即无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。**

	2026 年（今年）	2027 年（明年）
自付费用上限的自付费用。 您的承保医疗服务费用（例如共付额和免赔额）**计入**您的自付费用上限。 您的计划保费和处方药费用**不计入**您的自付费用上限。		

第 1.3 节服务提供者网络变更

明年，我们的提供者网络将会有变化。请查阅 2027 *Provider Directory*（《2027 年提供者名录》，*careoregonadvantage.org/providersearch*），查看您的提供者（初级保健服务提供商、专科医生、医院等）是否在我们的网络中。您可以用以下这些方式获取最新版的 *Provider Directory*（《提供者名录》）：

- 访问我们的网站 *careoregonadvantage.org/providersearch*
- 请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 听障语障者专线用户请拨打 711）致电客户服务部，以获取当前的提供者信息，或要求我们寄一份 *Provider Directory*（《提供者名录》）给您。

我们可能会在年中更改本计划中的医院、医生和专科医生（服务提供者）。如果我们的服务提供者年中所做变更对您造成影响，请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258，联系客户服务部寻求帮助（TTY 听障语障者专线用户请拨打 711）。如果您的提供者退出本计划的提供者网络，您可能可以获得一个特殊登记投保期。若要详细了解您在医疗网中的提供者退出本计划时您所享有的权利，请参阅您的 *Evidence of Coverage*（《承保证明》）第 3 章第 2.3 节。

第 1.4 节药房网络变更

您为处方药支付的金额取决于您用哪个药房。Medicare 药物计划有一个药房网络。在大多数情况下，*只有*您在我们的网络内药房之一配药，您的处方药才会获得承保。

明年，我们的药房网络将会有变化。请在 *careoregonadvantage.org/pharmacy* 网页查阅 *2027 Pharmacy Directory*（《2027 年药房名录》），查看哪些药房隶属于我们的网络。您可以用以下这些方式获取最新版的 *Pharmacy Directory*（《药房名录》）：

- 访问我们的网站 *careoregonadvantage.org/pharmacy*
- 请拨打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 听障语障者专线用户请拨打 711）致电客户服务部，以获取当前的药房信息，或要求我们寄一份 *Pharmacy Directory*（《药房名录》）给您。

我们可能会在年中更改本计划中的药房。如果我们对药房在年中所做变更对您造成影响，请拨打 503-416-4279 或 888 712-3258，联系客户服务部寻求帮助（TTY 听障语障者专线用户请拨打 711）。

第 1.5 节医疗服务的福利和费用变更

Annual Notice of Change（《年度变更通知》） 为您说明的是有关 Medicare 福利和费用的变更。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
CareOregon Advantage CareCard	您每月可获得 $15.50（每年 $186），用于购买非处方物品。	**您每三个月可获得 $70（每个福利年度 $280），用于购买非处方物品。**
健康和身心康泰教育计划	Silver&Fit Healthy Aging and Exercising Program (Silver&Fit 健康乐龄与锻炼计划）并非一项承保福利。	**您可以免费使用 Silver&Fit Healthy Aging and Exercise Program，包括以下这些选项：** • **健身中心会员资格** • **每年可选择一个居家健身装备包**

Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill（给慢性病患者的特别补充福利，英文简称 SSBCI）	符合条件的会员每月可获得 $50 购买健康食品。 上述福利是给慢性病患者的特殊补充计划的一部分。会员必须被诊断为患有糖尿病或慢性心力衰竭并符合某些特定标准。并非所有会员都符合资格。	**符合资格的会员每三个月可获得 $225（每年 $900），用于购买健康食品。** **这项福利是一个叫做 Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill（给慢性病患者的特别补充福利，英文简称 SSBCI）的特殊福利计划的一部分。确诊有糖尿病、慢性心力衰竭、心血管疾病、慢性肺病、神经系统疾病及其他适用病症的会员可能有资格享用这项福利。计划资格并不完全只取决于**

		这些病情。在提供此项福利前，会员必须满足所有资格要求。如需更多信息，请参阅 2027 Evidence of Coverage（《2027 年承保证明》，英文简称 EOC）或请致电客户服务部。

第 1.6 节 D 部分药物承保变更

我们的“药物清单”变更

我们的承保药物清单称为处方集或药物清单。我们的药物清单副本在线张贴在 *careoregonadvantage.org/druglist* 网页。

您可以获得*完整的*药物清单，方法是拨打 503-416-4279 或 888-712-3258 （TTY 听障语障者专线用户请拨打 711） 或造访我们的网站：*careoregonadvantage.org/druglist*

我们对药物清单做出了变更，其中可能包括剔除或新增药物、更改适用于我们的承保范围的某些药物的限制条件，或将其移到不同的费用分摊层级。**请查看药物清单以便确认您的药物在明年将属于承保范围，并确认是否会有任何限制，或者您的药物是否已被移到不同的分摊费用层级。**

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

如果您受到在年初或年中药物承保变更的影响，请查看 *Evidence of Coverage* （《承保证明》）第 9 章并与开处方者讨论应对方案，例如：要求暂时供药、申请例外情况处理和/或寻找新的药物。请致电客户服务部，电话号码是 503-416-4279 或 888-712-3258 （TTY 听障语障者专线用户请拨 711），索取更多信息。

第 1.7 节处方药福利和费用变更

您是否获得 Extra Help（额外援助）来支付药物承保费用?

如果您参加的是一个旨在帮助支付药物费用的计划（Extra Help，额外援助），则**有关 D 部分药物费用的信息可能不适用于您。**我们随附一份单独的材料，名为 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*（《针对获得额外援助支付处方药费用者的承保证明附加条款》），其中会详述您的药物费用。如果您获得 Extra Help（额外援助），但本资料包中没有随附这份材料，请致电客户服务部，电话号码是 503-416-4279 或 888-712-3258 （TTY 听障语障者专线用户请拨 711），索取 *LIS Rider*（低收入补贴附加条款）。

药物支付阶段

共有三个**药物支付阶段**：年度免赔额阶段、初始承保阶段和重大伤病承保阶段。

- ***第 1 阶段：年度免赔额***

每个日历年，您都会从这一支付阶段开始。在这个阶段，您需要支付层级 2-5 药物的全部费用，直到付足年度免赔额。

- ***第 2 阶段：初始承保***

  支付年度自付额后，您将进入初始承保阶段。在此阶段，本计划会支付您药物费用中它的那部分，而您则支付您那部分的费用。您通常会停留在这一阶段，直到年初至今的自付费用达到 $2,400。

- ***第 3 阶段：重大伤病承保***

  这是第三个也是最后一个药物支付阶段。在此阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。您可能需为属于本计划加强型福利承保的除外药物支付分摊费用。在该日历年的剩余时间内，您通常都会停留在这一阶段。

第 1 阶段药物费用：年度免赔额

下表显示的是您在此阶段为每份处方支付的费用。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
年度免赔额	$615 在此阶段，您为层级 6 药物支付 $0 费用分摊，以及为层级 1-5 药物支付全部费用，直到付足年度免赔额。	**$700** **在此阶段，您为层级 1 和 6 药物支付 $0 费用分摊，以及为层级 2-5 药物支付全部费用，直到付足年度免赔额。**

第 2 阶段药物费用：初始承保

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

大多数成年人 D 部分疫苗均获得免费承保。若要详细了解疫苗费用、长期供药或邮购处方费用，请参阅 *Evidence of Coverage*（《承保证明》）第 6 章。

在您为承保的 D 部分药物支付的自付费用达到 $2,400 后，您便会进入下一个阶段（重大伤病承保阶段）。

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
层级 1 - 首选通用名药物（又称学名药或仿制药）： 我们变更了药物清单中部分药物的层级。 如需了解您的药物是否会在一个不同的层级，请查阅药物清单。	您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付： 每份处方 $0/$1.60/$5.10 您将为所有其他药物支付： 每份处方 $0/$4.90/$12.65	**每份处方支付 $0**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
层级 2 - 通用名药物及 D 部分除外药物 我们变更了药物清单中部分药物的层级。 如需了解您的药物是否会在一个不同的层级，请查阅药物清单。	您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付： 每份处方 $0/$1.60/$5.10 您将为所有其他药物支付： 每份处方 $0/$4.90/$12.65	**您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付：** **每份处方** **$0/$1.65/$5.80** **您将为所有其他药物支付：** **每份处方** **$0/$5.00/$14.40** **您需为 D 部分不承保的药物支付：** **每份处方** **总费用的 25%**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
层级 3 - 首选品牌药 我们变更了药物清单中部分药物的层级。 如需了解您的药物是否会在一个不同的层级，请查阅药物清单。	您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付： 每份处方 $0/$1.60/$5.10 您将为所有其他药物支付： 每份处方 $0/$4.90/$12.65	**您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付：** **每份处方** **$0/$1.65/$5.80** **您将为所有其他药物支付：** **每份处方** **$0/$5.00/$14.40** **您需为 D 部分不承保的药物支付：** **每份处方 总费用的 25%**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
第 4 层级 - - 非首选药物（被药物清单除外的药物) 我们变更了药物清单中部分药物的层级。 如需了解您的药物是否会在一个不同的层级，请查阅药物清单。	您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付： 每份处方 $0/$1.60/$5.10 您将为所有其他药物支付： 每份处方 $0/$4.90/$12.65	**您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付：** **每份处方 $0/$1.65/$5.80** **您将为所有其他药物支付：** **每份处方 $0/$5.00/$14.40**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
层级 5 - 特殊药物层级 我们变更了药物清单中部分药物的层级。 如需了解您的药物是否会在一个不同的层级，请查阅药物清单。	您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付： 每份处方 $0/$1.60/$5.10 您将为所有其他药物支付： 每份处方 $0/$4.90/$12.65	**您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付：** **每份处方** **$0/$1.65/$5.80** **您将为所有其他药物支付：** **每份处方** **$0/$5.00/$14.40**
层级 6 - 精选护理药物 我们变更了药物清单中部分药物的层级。 如需了	您将为通用名药物（又称学名药或仿制药）或被视为通用名药物的名牌药支付： 每份处方 $0/$1.60/$5.10	**每份处方支付 $0**

	2026 年 (今年)	2027 年 (明年)
解您的药物是否会在一个不同的层级，请查阅药物清单。	您将为所有其他药物支付： 每份处方 $0/$4.90/$12.65	

我们变更了药物清单中部分药物的层级。如需了解您的药物是否会在一个不同的层级，请查阅药物清单。

第 2 节 如何换计划

如果要继续参加 CareOregon Advantage Plus，您无需采取任何行动。除非您投保其他 Medicare 计划，或在 12 月 7 日截止前换到 Original Medicare，否则您会自动投保 CareOregon Advantage Plus 计划。

如果您想在 2027 年换计划，请按照以下步骤操作：

- **如需换成其他 Medicare 健康计划**，请加入新计划。您会被自动从 CareOregon Advantage Plus 退保。请记住，并非所有 Medicare 健康计划都承保处方药。还有

请注意，许多计划不会让您加入一个 Medicare 健康计划，再同时购买一个处方药计划。

- **如要换成附带单独的 Medicare 药物承保的 Original Medicare**，您可以加入一个 Part D（D 部分）计划，您就会被自动从 CareOregon Advantage Plus 退保。
- **如需更改为不带药物计划的 Original Medicare**，您可以给我们寄送书面退保申请。请致电客户服务部，电话号码是 503-416-4279 或 888-712-3258 免费电话（TTY 听障语障者专线用户请拨 711），了解要怎样做到这一点。或拨打 800-MEDICARE (800-633-4227) 致电 **Medicare**，要求退保。TTY 听障语障者专线用户可以拨打 877-486-2048.
- **如要了解有关 Original Medicare 和不同类型的 Medicare 计划的更多信息，**请造访 Medicare.gov 网站、查看 *Medicare & You 2027* （《Medicare 和您 2027 年版 》）手册、致电您的 State Health Insurance Assistance Program（州健康保险援助计划）（请参阅第 4 节），或致电 800-MEDICARE (800 633-4227）。

第 2.1 节换计划的截止日期

有 Medicare 者可以在每年 **10 月 15 日至 12 月 7 日**期间更改其承保。

如果您投保了在 2027 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 计划，但您不喜欢您所选择的计划，则您可在 2027 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间改用其他 Medicare 健康计划（可包含也可不包含 Medicare 药物承保），或者改用 Original Medicare（可包含也可不包含单独的 Medicare 药物承保）。

第 2.2 节一年中还有其他时间可以进行更改吗?

在某些特定情况下，人们在一年中可能有其他机会换保险。示例包括满足以下条件者：

- 有 Medicaid
- 获得 Extra Help （额外援助）支付其药物费用
- 拥有或即将退出雇主提供的保险
- 搬离我们计划的服务地区

由于您有 Medicaid，因此您可以在一年中的任何月份通过选择以下 Medicare 方案之一来终止您在本计划中的会员身份。

- *附带*有单独的 Medicare 处方药计划的 Original Medicare，
- *不附带*单独的 Medicare 处方药计划的 Original Medicare（如果您选择此选项，Medicare 可能会为您投保一个药物计划，除非您选择退出自动投保。），或者
- 如果符合条件，一项综合 D-SNP 计划，可在同一计划中提供您的 Medicare 以及大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

如果您最近刚搬进或住在某护理机构（如专业护理机构或长期照护医院），您可**随时**更改 Medicare 承保。您随时可以改用任何其他 Medicare 健康计划（可包含也可不包含 Medicare 药物承保）或改用 Original Medicare（可包含也可不包含单独的 Medicare 药物承保）。如果您最近搬出护理机构，您有机会在搬出机构那个月后的整整两个月内换计划或改用 Original Medicare。

第 3 节 获得帮助以支付处方药费用

您可能有资格获得支付处方药费用方面的帮助。您可获得的不同类型的帮助：

- **Medicare 提供的“额外援助”。**收入有限者可能有资格获得 Extra Help（额外援助），用于支付处方药费用。如果您符合条件，那么 Medicare 可能会支付最多 75% 或以上的药物费用，包括每月药物计划保费、年度免赔额和共同保险。此外，符合条件者无需支付逾期参保的罚金。如要查看您是否符合条件，请致电：
    - 800-MEDICARE (800-633-4227) 。TTY 听障语障者专线用户可以拨打 877-486-2048，一周 7 天，一天 24 小时全天候提供服务。
    - Social Security（社会安全局），电话号码是 800 772-1213（周一至周五早上 8 点至晚上 7 点），致电 Social Security 代表。自动语音消息可每天 24 小时全天候使用。TTY 听障语障者专线用户可以拨打 800-325-0778.
    - 您的州政府 Medicaid 办公室

- **针对有 HIV（人类免疫缺乏病毒）/AIDS（艾滋病）患者的处方药分摊费用援助。**AIDS Drug Assistance Program（ADAP，艾滋病药物援助计划）帮助符合 ADAP 资格的 HIV/AIDS 患者获得挽救生命的 HIV 药物。如要符合您所在州的 ADAP 计划的参与条件，您必须达到某些标准，包括在该州居住和 HIV 病情状态、由州定义的低收入以及属于无保险/保险不足状态的证明。同时属于 ADAP 承保范围的 Medicare D 部分药物有资格通过 CAREAssist（关怀援助）计划获取处方药分摊费用援助。如要了解资格标准、承保药物或计划参保方式，或者如果您当前已投保而您要了解如何继续获得援助，请拨 971-673-0144 或免费电话 800-805-2313. 请务必在致电时向对方提供您的 Medicare D 部分计划名称或保单号码。
- **Medicare 处方药支付计划。**Medicare 处方药支付计划是一种付费方案，可配合您当前的药物承保使用，通过将费用分摊到整个日历年（1 月至 12 月）来帮助您管理由本计划承保的药物自付费用。凡有 Medicare 药物计划或含药物承保的 Medicare 健康计划（如： 包含药物承保的 Medicare Advantage 计划）者都可以用此付费方案。如果您参加这个 Medicare Prescription

Payment Plan（Medicare 处方药支付计划）并留在同一个 D 部分计划中，您将自动在 2027 年被续约。您无需提交一份新的选择申请即可在 2027 年继续参加该计划。**此付费方案可能有助于您管理费用，但不会为您省钱或降低药物费用。**

对于符合条件的人来说，由 Medicare 提供的 Extra Help（额外援助）以及由 SPAP 和 ADAP 提供的援助会比参与 Medicare 处方药付费计划更有利。如要进一步了解这个付费方案，请打电话给我们，电话号码是 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 听障语障者专线用户请拨 711），或您可造访 *Medicare.gov* 网站。

第 4 节 有疑问?

获取 CareOregon Advantage Plus 提供的帮助

- **请拨 503-416-4279 或 888-712-3258 致电客户服务部。（TTY 听障语障者专线用户请拨 711。）**

我们接电话的时间为：10 月 1 日至来年 3 月 31 日，每周 7 天，早上 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，早上 8 点至晚上 8 点。

- **请看您的 2027 *Evidence of Coverage*（《2027 年承保证明》）**

  本 *Annual Notice of Change*（《年度变更通知》）旨在为您提供 2027 年福利和费用的变更摘要。欲了解详情，请参阅 CareOregon Advantage Plus 的 2027 *Evidence of Coverage* （《2027 年承保证明》）。*Evidence of Coverage*（《承保证明》）是对我们计划福利的法定详细描述。这份文件说明了您的权利以及您在取得承保服务和处方药时必须遵守的规定。如要获取 *Evidence of Coverage*（《承保证明》），请造访我们的网站 *careoregonadvantage.org/materials*，或拨打 503-416-4279 或 888-712-3258 联络客户服务部（TTY 使用者请拨打 711），并要求我们寄给您一份副本。
- **请访问 *careoregonadvantage.org***

  我们的网站会提供关于我们的提供者网络（*Provider Directory*（《提供者名录》）/*Pharmacy Directory*（《药房名录》）和我们的 *List of Covered Drugs*（《承保药物清单》，又称处方集/药物列表）的最新信息。

获取关于 Medicare 的免费咨询服务

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一项独立的政府计划，每个州都有训练有素的顾问。在俄勒冈州，State Health Insurance Assistance Program 称为 Senior Health Insurance Benefits Assistance（SHIBA，长者健康保险福利援助）。
请致电 SHIBA，以便获取免费的个性化健康保险咨询服务。他们可以帮助您了解您的 Medicare 和 Medicaid 计划的选择，并回答有关换计划的问题。请拨打 800-722-4134 联系 SHIBA。如要详细了解 SHIBA，请访问 *oregonshiba.org* 网站。

获取 Medicare 提供的帮助

- **致电 800-MEDICARE (800-633-4227)**

  您可以致电 800-MEDICARE（800-633-4227）（每周 7 天、每天 24 小时）。TTY 听障语障者专线用户可以拨打 877-486-2048。

- **和 *Medicare.gov* 实时在线聊天**

您可以在 *Medicare.gov/talk-to-someone* 网页实时在线聊天。

- **写信给 Medicare**

  您可以写信给 Medicare，地址是：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **造访 *Medicare.gov***

  Medicare 官网上会提供有关费用、承保和品质星级评级的信息，可帮助您比较您所在地区的各个 Medicare 健康计划。

- 请看 ***Medicare & You 2027*（《Medicare 和您 2027 年版》）**

  每年秋天，我们会为加入 Medicare 的人士邮寄 *Medicare & You* （《Medicare 和您》）手册。该手册概述了 Medicare 的福利、权利及保障，并回答了与 Medicare 有关的最常见问题。请访问 *Medicare.gov* 或致电 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取副本。TTY 听障语障者专线用户可以拨打 877-486-2048.

获取 Medicaid 提供的帮助

请拨打 800-273-0557 (TTY 听障语障者专线 711) 致电 Oregon Health Plan (Medicaid)，*寻求有关 Medicaid 投保或福利问题的帮助*。如果您已加入一个 Coordinated Care Organization（CCO，协调护理组织），那么您可以拨打您的 CCO 会员卡背面所列的电话号码与他们联系。

CareOregon Advantage 客户服务

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

工作时间：

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

H5859_CO2027ANOC_M

careoregonadvantage.org

COA-261213200-SC -0901

CareOregon® Advantage