Más opciones, mejor atención. **Esa es nuestra Ventaja.**

2027

Aviso anual de cambios

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

Para los siguientes condados de Oregon: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, y 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) ofrecido por Health Plan of CareOregon, Inc.

Annual Notice of Change (Aviso Anual de Cambios) para 2027

Usted está inscrito como afiliado de CareOregon Advantage Plus.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en CareOregon Advantage Plus.
- Para cambiarse a un **plan diferente** visite *Medicare.gov* o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2027 (*Medicare & You 2027).
- Esto es solo un resumen de los cambios. Puede obtener más información sobre los costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage). Obtenga una copia en *careoregonadvantage.org/materials* o llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener una copia por correo.

Recursos Adicionales

- Este material está disponible de forma gratuita en ruso, chino simplificado, chino tradicional, español y vietnamita.
- Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en formatos diferentes, incluyendo braille, letra grande y audio. Por favor, llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Aprobación de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto)
0938-1051 (Caduca el 31 de agosto de 2026)

Acerca de CareOregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus es una Health Maintenance Organization Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP, Organización para el Mantenimiento de la Salud y un Plan para Necesidades Especiales para Personas con Elegibilidad Dual) con un contrato de Medicare/Medicaid. Es necesario renovar el contrato para inscribirse en CareOregon Advantage Plus. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Oregon Health Plan (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Health Plan of CareOregon, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a CareOregon Advantage Plus.
- **Si no realiza ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en CareOregon Advantage Plus.** A partir del 1.° de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de CareOregon Advantage Plus. Consulte la sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar el cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7
Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan 7
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo 7
Sección 1.3 Cambios a la red de proveedores 8
Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias 8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos 9
Sección 1.6 Cobertura de medicamentos de la Parte D 10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados 11

SECCIÓN 2. Cómo cambiar de plan 17
Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan 18
Sección 2.2 ¿Hay otros momentos en el año en los que puede hacer un cambio? 18

SECCIÓN 3. Recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados 19

SECCIÓN 4. ¿Preguntas? 20
Obtenga ayuda de CareOregon Advantage Plus 20
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 21
Obtenga ayuda de Medicare 21
Obtenga ayuda de Medicaid 22

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	$0	**$0**
Deducible	$0	**$0**
Monto máximo de gastos de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles.)	$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se aplique al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.	**$9,850** **Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se aplique al monto máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.**
Consultas de atención primaria	$0 por consulta	**$0 por consulta**
Consultas médicas con especialistas	$0 por consulta	**$0 por consulta**
Hospitalizaciones Incluye diferentes tipos de hospitalizaciones, como atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el	$0	**$0**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
día en que usted ingresa formalmente al hospital por orden de un médico y termina el día antes de que le den de alta.		
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más detalles, incluidas las etapas de Deducible Anual, Cobertura Inicial y Cobertura Catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D $615 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago durante la etapa de cobertura inicial: Para medicamentos de Niveles 1-5, usted paga $0/$1.60/$5.10 por receta para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos Para todos los demás medicamentos, usted paga $0/$4.90/$12.65 por receta	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$700** **excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. El deducible no aplica para los medicamentos en los Niveles 1 y 6** **Copago durante la etapa de cobertura inicial:** **Para medicamentos de Nivel 1, usted paga $0** **Para medicamentos de Niveles 2-5, usted paga $0/$1.65/$5.80 por receta para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos** **Para todos los demás medicamentos, usted paga $0/$5.00/$14.40 por receta** **Para medicamentos de Nivel 6, usted paga $0**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
	Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos excluidos de la Parte D, usted paga el 25% de coseguro por receta Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	**Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Para los medicamentos excluidos de la Parte D, usted paga el 25% de coseguro por receta** **Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.** **Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague).	$0	**$0**

Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo de gastos de su bolsillo. Una vez que pague este monto, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de gastos de su bolsillo Los costos compartidos pagados por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuyen a alcanzar este monto máximo de gastos de su bolsillo. Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este máximo de gastos bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se aplique al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.	$9,250	**$9,850** **Una vez que haya pagado $9,850 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año calendario.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) **cuentan** para alcanzar su monto máximo de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados **no cuentan** para alcanzar su monto máximo de gastos de bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios a la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores* de 2027 (*careoregonadvantage.org/providersearch*) para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en *careoregonadvantage.org/providersearch*
- Llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores.*

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si le afecta un cambio de nuestros proveedores a mitad de año, llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda. Usted puede tener un periodo de afiliación especial si su proveedor se retira de la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. El plan de medicamentos de Medicare tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Farmacias* de 2027 en *careoregonadvantage.org/pharmacy* para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en *careoregonadvantage.org/pharmacy*
- Llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si le afecta un cambio de nuestras farmacias a mitad de año, llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos

El Aviso Anual de Cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
CareOregon Advantage CareCard	Usted recibe $15.50 al mes ($186 al año) para artículos de venta libre.	**Usted recibe $70 cada tres meses ($280 por año de beneficios) para artículos de venta libre.**
Programas educativos sobre salud y bienestar	El Silver & Fit Healthy Aging and Exercising Program (Programa de ejercicio y envejecimiento saludable Silver & Fit) no es un beneficio cubierto.	**Usted recibe acceso al programa Silver & Fit Healthy Aging and Exercise Program con las siguientes opciones sin costo alguno para usted:** • **Membresía en el gimnasio** • **Elección de un kit de ejercicios para el hogar por año de beneficios**

Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas)	Los afiliados que cumplen con los requisitos reciben $50 al mes para comprar alimentos saludables. Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Los afiliados deben ser diagnosticados con diabetes mellitus o insuficiencia cardíaca crónica y cumplir ciertos criterios. No todos los afiliados cumplen con los requisitos.	**Los afiliados que cumplen con los requisitos reciben $225 cada tres meses ($900 al año) para comprar alimentos saludables.** **Este beneficio es parte de un programa de beneficios especiales denominado Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI). Los afiliados que tengan un diagnóstico confirmado de diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, trastornos neurológicos y otras afecciones aplicables podrían ser elegibles para este beneficio. La elegibilidad no se basa únicamente en estas afecciones. Deben cumplirse todos los requisitos de elegibilidad antes de que se otorgue este beneficio. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura de 2027 (EOC, Evidence of Coverage) o llame al Servicio al Cliente.**

Sección 1.6 Cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se denomina “formulario” o “Lista de Medicamentos”. Encuentre una copia de nuestra Lista de Medicamentos en línea en *careoregonadvantage.org/druglist*

Puede obtener la Lista de Medicamentos *completa* llamando a Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestra página web en *careoregonadvantage.org/druglist*

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones o si su medicamento ha sido cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos según las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su prescriptor para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o pedir asistencia para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está dentro de un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Extra Help), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no aplique en su caso.** Hemos incluido material adicional, llamado *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados*, donde se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe ayuda adicional y no recibió este material con este paquete, llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *LIS Rider (*cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos).

Etapas de pago de medicamentos

Existen tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible Anual***

  Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2 a 5 hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial***

  Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanecerá en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo acumulados en lo que va del año alcancen los $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura Catastrófica***

  Esta es la tercera y última etapa del pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Deducible Anual	$615 Durante esta etapa, usted paga: $0 de costo compartido para medicamentos del Nivel 6 y el costo total de los medicamentos de los Niveles 1 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	**$700** **Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido para medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 y el costo total de los medicamentos de los Niveles 2 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.**

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

La tabla muestra el costo por receta para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura.*

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	**$0 por receta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 2 – Medicamentos genéricos y medicamentos excluidos de la Parte D Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	**Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga:** **$0/$1.65/$5.80 por receta** **Para todos los demás medicamentos, usted paga:** **$0/$5.00/$14.40 por receta** **Para los medicamentos excluidos de la Parte D, usted paga:** **el 25% del costo total por receta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	**Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga:** **$0/$1.65/$5.80 por receta** **Para todos los demás medicamentos, usted paga:** **$0/$5.00/$14.40 por receta** **Para los medicamentos excluidos de la Parte D, usted paga:** **el 25% del costo total por receta**

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Nivel 4 - Medicamentos no preferidos (excepciones al formulario) Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	**Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga:** **$0/$1.65/$5.80 por receta** **Para todos los demás medicamentos, usted paga:** **$0/$5.00/$14.40 por receta**
Nivel 5 – Nivel de especialidad Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	**Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga:** **$0/$1.65/$5.80 por receta** **Para todos los demás medicamentos, usted paga:** **$0/$5.00/$14.40 por receta**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 6 – Medicamentos de atención médica selecta Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	**$0 por receta**

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en CareOregon Advantage Plus, usted no necesita hacer nada.
A menos que se inscriba en un plan diferente de Medicare o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en CareOregon Advantage Plus.

Si desea cambiar de planes para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de CareOregon Advantage Plus. Recuerde, no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tome en cuenta que, con muchos planes, usted no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo adquirir un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare por separado**, puede inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente se le dará de baja de CareOregon Advantage Plus.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al

888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a **Medicare** al 800-MEDICARE (800-633-4227) y solicite darse de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048.

- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite *Medicare.gov*, lea el manual de *Medicare y Usted 2027*, llame a su State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia con los Seguros Médicos) (consulte la Sección 4) o llame al 800-MEDICARE (800-633-4227).

Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura del **15 de octubre y al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.° de enero de 2027 y no le gusta el plan elegido, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1.° de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 ¿Hay otros momentos en el año en los que puede hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Extra Help para pagar sus medicamentos
- Tienen o dejarán de tener cobertura del empleador
- Salen del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía de nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare,
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o

- (Si es elegible), un plan D-SNP integrado que le proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan,

Si se mudó recientemente o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializado o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si acaba de mudarse de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se mude.

Sección 3 Recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Extra Help de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir Extra Help para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplen los requisitos no tendrán que pagar una multa de inscripción tardía. Para saber si es elegible, llame a:
  - 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - Seguro Social al 800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 800-325-0778.
  - Su oficina estatal de Medicaid.

- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el programa ADAP de su estado, debe cumplir con ciertos requisitos, incluidos la prueba de residencia en el Estado y también el estatus del VIH, los ingresos bajos según lo define el Estado y el comprobante de que no tiene un seguro o tiene un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir ayuda de costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa CAREAssist (asistencia CARE). Para obtener información sobre los criterios de

elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 971-673-0144 o sin costo al 800-805-2313. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan Medicare Parte D o su número de póliza.

- **El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos que cubre nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si está participando en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación será renovada automáticamente para el 2027, no debe enviar una solicitud de elección nueva para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.**

  La Extra Help de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite *Medicare.gov*

SECCIÓN 4 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de CareOregon Advantage Plus

- **Llame al Servicio al Cliente al 503-416-4279 o 888-712-3258. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Estamos disponibles para llamadas telefónicas del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* 2027**

  Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2027 para CareOregon Advantage Plus. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados que están cubiertos. Obtenga la *Evidence of Coverage* en nuestro sitio web en *careoregonadvantage.org/materials* o llame al Servicio al Cliente al

503-416-4279 o al 888-712-3258 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite careoregonadvantage.org**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario/Lista de Medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Oregon, el programa SHIP se denomina Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores).

Llame a SHIBA para recibir asesoramiento sobre los seguros de salud de forma personalizada y gratuita. Le pueden ayudar a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Comuníquese con SHIBA al 800-722-4134. Para obtener más información sobre SHIBA, visite *oregonshiba.org*.

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227)**

  Puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048.

- **Chatee en vivo con *Medicare.gov***

  Puede chatear en vivo en *Medicare.gov/talk-to-someone*

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribir a Medicare a la PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite *Medicare.gov***

  El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted* 2027**

  El manual *Medicare y Usted* 2027 se envía por correo cada otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en ***Medicare.gov*** o llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a Oregon Health Plan (Medicaid) al 800-273-0557 (TTY 711) *para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o si tiene preguntas sobre los beneficios.* Si está inscrito en una coordinated care organization (CCO, organización de atención coordinada), puede llamar al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de la CCO.

Departamento de Atención al Cliente de CareOregon Advantage

Llame: 503-416-4279 o gratis al 888-712-3258, TTY 711

Horario de atención:

de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana,
del 1.° de octubre al 31 de marzo

de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes,
del 1.º de abril al 30 de septiembre

H5859_CO2027ANOC_M

CareOregon® Advantage

careoregonadvantage.org

COA-261213200-SP-0901