更多選擇, 更佳護理。**這就是我們的 Advantage (優勢)。**

2027

年度變更通知

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

適用的俄勒岡州郡縣：Clackamas、Columbia、Jackson、Multnomah 及 Washington

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 年年度變更通知）

您是 CareOregon Advantage Plus 的註冊會員。

這份資料說明了是明年本計劃的費用和福利變更。

- **您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間更改明年的 Medicare 承保**。如果您未在 2026 年 12 月 7 日截止前加入其他計劃，您將繼續留在 CareOregon Advantage Plus 計劃中。
- 如要換到一個**不同的計劃**，請造訪 *Medicare.gov* 或查看您的 *Medicare & You 2027* （《2027 年版 Medicare 與您》）手冊背面的列表。
- 請注意，這裡的內容只是變更摘要。在 *Evidence of Coverage（《承保證明》）中有關於費用、福利及規則的更多資訊*。請造訪 *careoregonadvantage.org/materials* 網頁獲取副本，或撥打 503-416-4279 或免費電話 888-712-

3258（TTY聽障語障者專線用戶請撥 *711*）來獲取郵寄副本。

更多資源

- 本材料有俄文版、簡體中文版、繁體中文版、西班牙文版及越南文版可供免費索取。
- 請致電客戶服務部，電話號碼是 503-416-4279 或 888 712 3258 免費電話（TTY 聽障語障者專線用戶請撥 711），索取更多資訊。我們的辦公時間為：10 月 1 日至隔年 3 月 31 日，每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。通話免費。
- 本資訊有其他格式（包括盲文版、大字版、音訊版）可供索取。請撥 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 致電客戶服務部。TTY 聽障語障者專線用戶請撥 711。

關於 CareOregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus 是一個有 Medicare/Medicaid 合約的 HMO D-SNP 計劃。登記投保 CareOregon Advantage Plus 取決於合約是否續約。本計劃還與 Oregon

Health Plan (Medicaid) 計劃有書面協議，以協調管理您的 Medicaid 福利。

- 當本材料提及「我們」或「我們的」時，其是指 Health Plan of CareOregon, Inc.；而當提及「該計劃」或「本計劃」時，則是指 CareOregon Advantage Plus.
- **如果您在 2026 年 12 月 7 日之前什麼都不做，則您會被自動加入 CareOregon Advantage Plus 計劃**。從 2027 年 1 月 1 日開始，您將透過 CareOregon Advantage Plus 獲得醫療和藥物承保。有關如何換計劃和換計劃的截止日期的更多資訊，請參閱第 2 節。

目錄

2027 年重要費用摘要 6

第 1 節 明年的福利和費用變更 11

第 1.1 節 每月計劃保費變更 11

第 1.2 節 您的自付費用上限變更 11

第 1.3 節 提供者網絡變更 13

第 1.4 節 藥房網絡變更 14

第 1.5 節 醫療服務的福利和費用變更 15

第 1.6 節 D 部分藥物承保變更 18

第 1.7 節 處方藥福利和費用變更 20

第 2 節 如何換計劃 28

第 2.1 節 換計劃的截止日期 30

第 2.2 節 年中還有其他時間可進行更改嗎？ 30

第 3 節 獲得幫助以支付處方藥費用 32

第 4 節 有疑問？ 35

獲取 CareOregon Advantage Plus 提供的援助 35

獲取關於 Medicare 的免費諮詢服務 36
獲取 Medicare 提供的幫助 37
獲取 Medicaid 提供的幫助 38

2027 年重要費用摘要

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
計劃的每月保費* * 您的保費可能會高於此金額。詳情請參閱第 1.1 節。	$0	**$0**
免賠額（又稱自付額）	$0	**$0**
自付費用上限 這是您將爲承保服務自行支付的最高限額。（詳情請參閱第 1.2 節。）	$9,250 您無需負責為屬於承保範圍內的 A 部分和 B 部分服務支付任何可計入自付費用上限的自付費用。	**$9,850** **您無需負責為屬於承保範圍內的 A 部分和 B 部分服務支付任何可計入自付費用上限的自付費用。**

	2026 年（今年）	2027 年（明年）
初級保健診室就診	每次看診 $0	**每次看診 $0**
專科醫生診所就診	每次看診 $0	**每次看診 $0**
住院 包括各種住院治療，如急診、復健和長期照護。住院護理從您憑醫生醫囑正式入院當天開始計算，到您出院前一天爲止。	$0	**$0**
D 部分藥物承保 （詳情請參閱第 1 節，包括年度免賠額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。）	D 部分藥物承保免賠額 $615	**D 部分藥物承保免賠額** **$700** **承保的胰島素產品和大多數成人 D 部**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
	承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外 初始承保階段的共付額： 藥物層級 1-5 您將爲 每份處方 $0/$1.60/$5.10 通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通用名藥物的名牌藥支付	**分疫苗除外 這個免賠額不適用層級 1 和 6 的藥物** **初始承保階段的共付額：** **藥物層級 1 您付 $0** **藥物層級 2-5 您將爲 每份處方 $0/$1.65/$5.80 通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通用名藥物的名牌藥支付**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
	您將爲所有其他藥物支付 每份處方 $0/$4.90/$12.65 初始承保階段的共同保險： 您需為 D 部分不承保的藥物支付 每份處方支付 25% 的共同保險 重大傷病承保階段： 在此支付階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。	**您將爲所有其他藥物支付 $0/$5.00/$14.40** **藥物層級 6 您付 $0** **初始承保階段的共同保險：** **您需為 D 部分不承保的藥物支付** **每份處方支付 25% 的共同保險** **重大傷病承保階段：** **在此支付階段，您無需為承保的**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
	如果是我們的增強型福利承保的藥物，您可能會有費用分攤。	**D 部分藥物支付任何費用。** **如果是我們的增強型福利承保的藥物，您會有費用分攤。**

第 1 節 明年的福利和費用變更

第 1.1 節 每月計劃保費變更

	2026 年（今年）	2027 年（明年）
每月計劃保費（您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費，除非 Medicaid 已為您支付該費用。）	$0	**$0**

第 1.2 節 您的自付費用上限變更

Medicare 要求所有健康計劃對您當年自付費用的金額設限。此限額稱為自付費用上限。支付此金額後，您通常即無需為該日曆年剩餘時間承保的 A 部分和 B 部分服務再支付任何費用。

	2026 年（今年）	2027 年（明年）
自付費用上限 由受益人、Medicaid或其他補充保險支付的費用分擔都計入這個自付費用上限。由於本計劃會員大部分費用分擔是由Medicaid支付的，因此只有非常少的會員會達到此自付費用上限。 您無需負責為屬於承保範圍內的 A 部分和 B部分服務支付任何可計入自付費用上限的自付費用。	$9,250	**$9,850** **一旦您為承保的 A 部分和 B 部分服務自費支付了 $9,850，您在該日曆年的剩餘時間內即無需再為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何費用。**

	2026 年（今年）	**2027 年（明年）**
您的承保醫療服務費用（例如共付額和免賠額）**計入**您的自付費用上限。 您的處方藥費用**不計入**您的自付費用上限。		

第 1.3 節 提供者網絡變更

我們明年的提供者網絡會有變化。請查閱 *2027 Provider Directory*（《2027 年提供者名錄》，*careoregonadvantage.org/providersearch*），查看您的提供者（初級保健服務提供者、專科醫生、 醫院 等）是否在我們的網絡中。您可以用以下這些方式獲取最新版的 *Provider Directory*（《提供者名錄》）：

- 造訪我們的網站 *careoregonadvantage.org/providersearch*

- 請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 聽障語障者專線使用者請撥打 711）致電客戶服務部，以獲取當前的提供者資訊，或要求我們寄一份 *Provider Directory*（《提供者名錄》）給您。

我們可能會在年中更改本計劃的醫院、醫生和專科醫生（提供者）。如果我們的提供者年中所做變更對您造成影響，請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 聽障語障者專線用戶請撥打 711）致電客戶服務部尋求幫助。如果您的提供者退出本計劃的提供者網絡，您可能可以獲得一個特殊登記投保期。若要詳細瞭解您在醫療網中的提供者退出本計劃時所享有的權利，請參閱您的*Evidence of Coverage*（《承保證明》）第 3 章第 2.3 節。

第 1.4 節藥房網絡變更

您為處方藥支付的金額取決於您用哪個藥房。Medicare藥物計劃有一個藥房網絡。在大多數情況下，*只有*您在我們的網絡內藥房之一配藥，您的處方藥才會獲得承保。

我們明年的藥房網絡會有變化。請在 *careoregonadvantage.org/pharmacy* 網頁查閱 2027

Pharmacy Directory（《2027年藥房名錄》），查看哪些藥房隸屬於我們的網絡。您可以用以下這些方式獲取最新版的 *Pharmacy Directory*（《藥房名錄》）：

- 造訪我們的網站 *careoregonadvantage.org/pharmacy*
- 請撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 聽障語障者專線使用者請撥打 711）致電客戶服務部，以獲取當前的藥房資訊，或要求我們寄一份 *Pharmacy Directory*（《藥房名錄》）給您。

我們可能會在年中更改本計劃中的藥房。如果我們對藥房在年中所做變更對您造成影響，請撥打 503-416-4279 或 888 712-3258（TTY 聽障語障者專線用戶請撥打 711）致電客戶服務部尋求幫助。

第 1.5 節醫療服務的福利和費用變更

Annual Notice of Change（《年度變更通知》） 為您說明的是有關 Medicare 福利和費用的變更。

	2026 年（今年）	**2027 年（明年）**

CareOregon Advantage CareCard	您每月可獲得 $15.50（每年 $186），用於購買非處方物品。	**您每三個月可獲得 $70（每個福利年度 $280），用於購買非處方物品。**
健康及身心康泰教育計劃	Silver&Fit Healthy Aging and Exercising Program（Silver&Fit 健康樂齡與鍛鍊計劃）並非一項承保福利。	**您可以免費使用 Silver&Fit Healthy Aging and Exercise Program，包括以下這些選項：** • **健身中心會員資格** • **每年可選擇一個居家健身裝備包**

Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill（給慢性病患者的特別補充福利，英文簡稱 SSBCI）	符合條件的會員每月可獲得 $50 購買健康食品。 上述福利是給慢性病患者的特殊補充計劃的一部分。會員必須被診斷為患有糖尿病或慢性心力衰竭，並符合某些特定標準。並非所有會員都符合資格。	**符合資格的會員每三個月可獲得 $225（每年 $900），用於購買健康食品。** **這項福利是一個叫做 Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill（給慢性病患者的特別補充福利，英文簡稱 SSBCI）的特殊福利計劃的一部分。確診有糖尿病、慢性心力衰竭、心血管疾病、慢性肺病、神經系統疾病及其他適用病症的會員有可能有資格享用這項福利。計劃資格並不完全只取決於**

		這些病情。在提供此項福利前，會員必須滿足所有資格要求。如需更多資訊，請參閱 2027 Evidence of Coverage（《2027 年承保證明》，英文簡稱 EOC）或請致電客戶服務部。

第 1.6 節 D 部分藥物承保變更

我們的「藥物清單」變更

我們的承保藥物清單稱為處方集或藥物清單。我們的藥物清單副本在線上張貼在 *careoregonadvantage.org/druglist* 網頁。

您可以獲得*完整的*藥物清單，方法是撥打 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 聽障語障者專線使用者請撥打 711）或造訪我們的網站：*careoregonadvantage.org/druglist*

我們對藥物清單做出了變更，其中可能包括剔除或新增藥物、變更適用於某些藥物的承保限制，或將其移到不同的費用分攤層級。**請檢視藥物清單以確認您的藥物在明年將屬於承保範圍，並確認是否會有任何限制，或者您的藥物是否已被移到不同的分攤費用層級。**

藥物清單中的大多數變更都會在每年的年初時更新。但是，我們可能會做出 Medicare 規則允許的其他變更，這些變更將在該日曆年度對您造成影響。我們至少每月更新一次線上藥物清單，以提供最新的藥物清單。如果我們所做的變更會妨礙您獲得正在服用的藥物，我們將向您發送有關變更的通知。

如果您受到在年初或年中藥物承保變更的影響，請查看 *Evidence of Coverage*（《承保證明》）第 9 章並與處方開立者討論應對方案，例如：請求暫時供藥、申請例外情況處理和/或尋找新的藥物。請致電客戶服務部，電話號碼是 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 聽障語障者專線用戶請撥 711），索取更多資訊。

第 1.7 節處方藥福利和費用變更

您是否獲得 Extra Help（「額外援助」）來支付藥物承保費用？

如果您參加的是一個旨在幫助支付藥物費用的計劃（Extra Help，額外援助），則**有關 D 部分藥物費用的資訊可能不適用於您**。我們隨附一份單獨的材料，名為 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*（《針對獲得額外援助支付處方藥費用者的承保證明附加條款》），其中會詳述您的藥物費用。如果您想獲得 Extra Help（額外援助）但未在本資料包中找到相關材料，請致電客戶服務部，電話號碼是 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 聽障語障者專線用戶請撥 711），索取 *LIS Rider*（低收入補貼附加條款）。

藥物支付階段

共有三個**藥物支付階段**：年度免賠額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。

- ***第 1 階段：年度免賠額***

每個日曆年，您都會從這一支付階段開始。在這個階段，您需要支付層級 2-5 藥物的全部費用，直到付足年度免賠額。

- ***第 2 階段：初始承保***

  支付年度自付額後，您將進入初始承保階段。在此階段，本計劃會支付您藥物費用中它的那部分，而您則支付您那部分的費用。您通常會停留在這一階段，直到年初至今的自付費用達到 $2,400.

- ***第 3 階段：重大傷病承保***

  這是第三個也是最後一個藥物支付階段。在此階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。您可能需為屬於本計劃加強型福利承保的除外藥物支付分攤費用。在該日曆年的剩餘時間內，您通常都會停留在這一階段。

第 1 階段藥物費用：年度免賠額

下表顯示的是您在此階段爲每份處方支付的費用。

	2026 年 **（今年）**	**2027 年** **（明年）**
年度免賠額	$615 在此階段，您爲層級 6 藥物支付 $0 費用分攤，以及爲層級 1-5 藥物支付全部費用，直到付足年度免賠額。	**$700** **在此階段，您爲層級 1 和 6 的藥物支付 $0 費用分攤，以及爲層級 2-5 藥物支付全部費用，直到付足年度免賠額。**

第 2 階段藥物費用：初始承保

下表顯示的是您在網路藥房以標準費用分攤方式購買一個月用量藥物時爲每份處方支付的費用。

大多數成人 D 部分疫苗屬承保範圍，您無需付費。若要詳細瞭解疫苗費用、長期供藥或郵購處方費用，請參閱 *Evidence of Coverage*（《承保證明》）第 6 章。

在您為承保的 D 部分藥物支付的自付費用達到 $2,400 後，您便會進入下一個階段（重大傷病承保階段）。

	2026 年（今年）	**2027 年（明年）**
層級 1 - 首選通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）： 我們變更了藥物清單中部分藥物的層級。如欲確認您的藥物是否將會被移到不同層級，請在藥物	您將爲通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通用名藥物的名牌藥支付: 每份處方 $0/$1.60/$5.10 您將爲所有其他藥物支付:	**每份處方 $0**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
清單中查看您的藥物。	每份處方支付 $0/$4.90/$12.65	
層級 2 - 通用名藥物及 D 部分除外藥物 我們變更了藥物清單中部分藥物的層級。 如欲確認您的藥物是否將會被移到不同層級，請在藥物清單中查看您的藥物。	您將爲通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通用名藥物的名牌藥支付： 每份處方 $0/$1.60/$5.10 您將爲所有其他藥物支付: 每份處方支付 $0/$4.90/$12.65	**您將爲通用名藥物或被視為通用名藥物的名牌藥支付:** **每份處方** **$0/$1.65/$5.80** **您將爲所有其他藥物支付:** **$0/$5.00/$14.40** **您需為 D 部分不承保的藥物支付：** **每份處方支付 總費用的 25%**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
層級 3 - 首選品牌藥 我們變更了藥物清單中部分藥物的層級。 如欲確認您的藥物是否將會被移到不同層級，請在藥物清單中查看您的藥物。	您將爲通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通用名藥物的名牌藥支付： 每份處方 $0/$1.60/$5.10 您將爲所有其他藥物支付: : 每份處方支付 $0/$4.90/$12.65	**您將爲通用名藥物或被視為通用名藥物的名牌藥支付:** **每份處方 $0/$1.65/$5.80** **您將爲所有其他藥物支付:** **每份處方 $0/$5.00/$14.40** **您需為 D 部分不承保的藥物支付：** **每份處方 總費用的 25%**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
第 4 層級 - - 非首選藥（被藥物清單除外的藥物） 我們變更了藥物清單中部分藥物的層級。如欲確認您的藥物是否將會被移到不同層級，請在藥物清單中查看您的藥物。	您將爲通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通用名藥物的名牌藥支付： 每份處方 $0/$1.60/$5.10 您將爲所有其他藥物支付: : 每份處方 $0/$4.90/$12.65	**您將爲通用名藥物或被視為通用名藥物的名牌藥支付:** **每份處方** **$0/$1.65/$5.80** **您將爲所有其他藥物支付:** **每份處方** **$0/$5.00/$14.40**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
層級 5 - 特殊藥物層級 我們變更了藥物清單中部分藥物的層級。如欲確認您的藥物是否將會被移到不同層級，請在藥物清單中查看您的藥物。	您將爲通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通用名藥物的名牌藥支付： 每份處方 $0/$1.60/$5.10 您將爲所有其他藥物支付： 每份處方 $0/$4.90/$12.65	**您將爲通用名藥物或被視為通用名藥物的名牌藥支付:** **每份處方 $0/$1.65/$5.80** **您將爲所有其他藥物支付:** **每份處方 $0/$5.00/$14.40**
第 6 層級 - - 精選護理藥 我們變更了藥物清單中部分藥物	您將爲通用名藥物（又稱學名藥或仿製藥）或被視為通	**每份處方 $0**

	2026 年 （今年）	2027 年 （明年）
的層級。如欲確認您的藥物是否將會被移到不同層級，請在藥物清單中查看您的藥物。	用名藥物的名牌藥支付： 每份處方 $0/$1.60/$5.10 您將爲所有其他藥物支付： 每份處方 $0/$4.90/$12.65	

我們變更了藥物清單中部分藥物的層級。如欲確認您的藥物是否將會被移到不同層級，請在藥物清單中查看您的藥物。

第 2 節　　如何換計劃

如果要繼續參加 CareOregon Advantage Plus，您無需採取任何行動。除非您投保其他 Medicare 計劃，或在 12 月 7 日截止前換到 Original Medicare，否則您會自動投保 CareOregon Advantage Plus 計劃。

如果您想在 2027 年換計劃，請按照以下步驟操作：

- **如欲換成其他 Medicare 健康計劃**，請投保新計劃。您會被自動從 CareOregon Advantage Plus 退保。請記住，並非所有 Medicare 健康計劃都承保處方藥。還有請注意，許多計劃不會讓您加入一個 Medicare 健康計劃，再同時購買一個處方藥計劃。
- **如要換成帶單獨的 Medicare 藥物承保的 Original Medicare**，您可以加入一個 Part D（D 部分）計劃，您就會被自動從 CareOregon Advantage Plus 退保。
- **如要換成不帶藥物計劃的 Original Medicare**，您可以給我們寄送書面退保申請。請致電客戶服務部，電話號碼是 503-416-4279 或 888-712-3258 免費電話（TTY 聽障語障者專線用戶請撥 711），瞭解要怎樣做到這一點。或撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) 致電 **Medicare**，要求退保。TTY 聽障語障者專線用戶可以撥打 877-486-2048。
- **如要瞭解有關 Original Medicare 和不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊**，請造訪 *Medicare.gov* 網站、查看 *Medicare & You 2027*（《Medicare 和您

2027 年版》）手冊、致電您的 State Health Insurance Assistance Program（州健康保險援助計劃）（請參閱第 4 節），或致電 800-MEDICARE (800 633-4227）。

第 2.1 節換計劃的截止日期

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

如果您投保了在 2027 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃，但您不喜歡您所選擇的計劃，則您可在 2027 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間改用其他 Medicare 健康計劃（可包含也可不包含 Medicare 藥物承保），或者改用 Original Medicare（可包含也可不包含單獨的 Medicare 藥物承保）。

第 2.2 節一年中還有其他時間可進行更改嗎？

在某些特定情況下，人們在一年中可能有其他機會更改保險。示例包括滿足以下條件的人士：

- 有 Medicaid

- 獲得 Extra Help（「額外援助」）幫助支付其藥物費用
- 擁有或即將退出雇主提供的保險
- 搬離我們計劃的服務區域

由於您有 Medicaid，因此您可以在一年中的任何月份透過選擇以下 Medicare 方案之一來終止您在本計劃中的會員身份。

  - *附有*單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
  - *沒有*單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare（如果您選擇此選項，Medicare 可能會將您入保某個藥物計劃，除非您選擇退出自動入保。），或者
  - 如果符合條件，一項綜合 D-SNP 計劃，可在同一計劃中提供您的 Medicare 以及大部分或全部 Medicaid 福利和服務。

如果您最近剛搬進或目前住在某護理機構（如專業護理機構或長期照護醫院），則您可**隨時**換 Medicare 保險。您隨時可以改用任何其他 Medicare 健康計劃（可包含也可不包含

Medicare 藥物承保）或改用 Original Medicare（可包含也可不包含單獨的 Medicare 藥物承保）。如果您最近搬出護理機構，您有機會在搬出機構當月之後的整整兩個月內換計劃或改用 Original Medicare。

第 3 節　　獲得幫助以支付處方藥費用

您可能有資格獲得支付處方藥費用的援助。您可獲得的不同類型的援助：

- **Medicare 提供的 Extra Help（「額外援助」）**。收入有限者可能有資格獲得 Extra Help（「額外援助」），用於支付處方藥費用。如果您符合條件，那麼 Medicare 可以支付最多 75% 或以上的藥物費用，包括每月藥物計劃保費、年度免賠額和共同保險。此外，符合條件者無需支付逾期參保的罰金。要查看您是否符合條件，請撥打：
    - 800-MEDICARE (800-633-4227).TTY 聽障語障者專線使用者可以撥打 877-486-2048，一週 7 天，一天 24 小時全天候提供服務。

- Social Security（社會安全局），電話號碼是 800 772-1213（週一至週五早上 8 點至晚上 7 點），致電 Social Security 代表。自動語音訊息可每天 24 小時全天候使用。TTY 聽障語障者專線使用者可以撥打 800-325-0778.
- 您的州政府 Medicaid 辦公室。

- **針對有HIV（人類免疫缺乏病毒）/AIDS（愛滋病）患者的處方藥分攤費用援助**。AIDS Drug Assistance Program（ADAP，愛滋病藥物援助計劃）幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲得挽救生命的 HIV 藥物。如要符合您所在州的 ADAP 計劃的參與條件，您必須達到某些標準，包括在該州居住和 HIV 病情狀態、由州定義的低收入以及屬於無保險/保險不足狀態的證明。同時屬於 ADAP 承保範圍的 Medicare D 部分藥物有資格透過 CAREAssist（關懷援助）計劃獲取處方藥分攤費用援助。如要瞭解資格標準、承保藥物或計劃參保方式，或者如果您當前已投保而您要瞭解如何繼續獲得援助，請撥 971-673-0144 或免費電話 800-805-2313。請

務必在致電時向對方提供您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單號碼。

- **Medicare Prescription Payment Plan（Medicare 處方藥支付計劃）。**
  Medicare Prescription Payment Plan（Medicare 處方藥支付計劃）是一種付費方案，可配合您當前的藥物保險使用，透過將費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月），幫助您管理由本計劃承保的藥物自付費用。凡有 Medicare 藥物計劃或含藥物承保的 Medicare 健康計劃（如： 包含藥物承保的Medicare Advantage 計劃）者都可以用此付費方案。如果您參加這個 Medicare Prescription Payment Plan（Medicare 處方藥支付計劃）並留在同一個 D 部分計劃中，您將自動在 2027 年被續約。您無需提交一份新的選擇申請即可在 2027 年繼續參加該計劃。**此付費方案可能有助於您管理費用，但不會為您省錢或降低藥物費用。**

對於符合條件的人來說，由 Medicare 提供的 Extra Help（「額外援助」）以及由 SPAP 和 ADAP 提供的援助會比參加 Medicare 處方藥付費計劃更有利。如要

進一步瞭解這個付費方案，請打電話給我們，電話號碼是 503-416-4279 或 888-712-3258（TTY 聽障語障者專線用戶請撥 711），或您可造訪 *Medicare.gov* 網站。

第 4 節　　有疑問？

獲取CareOregon Advantage Plus 提供的援助

- **請撥 503-416-4279 或 888-712-3258 致電客戶服務部。（TTY 聽障語障者專線用戶請撥 711。）**

  我們接電話的時間為：10 月 1 日至隔年 3 月 31 日，每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

- **請看您的 2027 *Evidence of Coverage*（《2027 年承保證明》）**

  本*Annual Notice of Change*（《年度變更通知》）旨在為您提供 2027 年福利和費用的變更摘要。欲瞭解詳情，請參閱 CareOregon Advantage Plus 的 2027 *Evidence of Coverage*（《2027 年承保證明》）。*Evidence of Coverage*（《承保證明》）是對我們計劃

福利的法定詳細描述。這份文件說明了您的權利以及您在取得承保服務和處方藥時必須遵守的規定。如要獲取 *Evidence of Coverage*（《承保證明》），請造訪我們的網站 *careoregonadvantage.org/materials*，或撥打 503-416-4279 或 888-712-3258 聯絡客戶服務部（TTY 使用者請撥打 711），並要求我們寄給您一份副本。

- **請造訪 *careoregonadvantage.org***

  我們的網站會提供關於我們的提供者網絡（*Provider Directory*（《提供者名錄》）/*Pharmacy Directory*（《藥房名錄》）和我們的 *List of Covered Drugs*（《承保藥物清單》，又稱處方集/藥物清單）的最新資訊。

獲取關於 Medicare 的免費諮詢服務

State Health Insurance Assistance Program（SHIP，州政府健康保險協助計劃）是一項獨立的政府計劃，在每州都有受過訓練的諮詢人員。在俄勒岡州，SHIP 稱為 Senior Health Insurance Benefits Assistance（SHIBA，長者健康保險福利協助）。

請致電 SHIBA，以便獲取免費的個性化健康保險諮詢服務。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 和 Medicaid 計劃的選擇，並回答有關換計劃的問題。請撥打 800-722-4134 聯絡 SHIBA。如要進一步瞭解 SHIBA，請造訪 *oregonshiba.org* 網站。

獲取 Medicare 提供的幫助

- **請撥 800-MEDICARE (800-633-4227)**

  您可以每週 7 天、每天 24 小時撥打 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 聽障語障者專線用戶可以撥打 877-486-2048。

- **與 *Medicare.gov* 實時聊天**

  您可以在 *Medicare.gov/talk-to-someone* 網頁實時線上聊天。

- **寫信給 Medicare**

  您可以寫信給 Medicare，地址是：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **造訪 *Medicare.gov* 網站**

Medicare官網上會提供有關費用、承保和品質星級評級的資訊，可幫助您比較您所在區域的各個 Medicare 健康計劃。

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

  每年秋天，我們會為加入 Medicare 的人士郵寄 *Medicare & You 2027*（《Medicare 和您 2027 年版》）手冊。該手冊概述了 Medicare 的福利、權利及保障，並回答了與 Medicare 有關的最常見問題。請在*Medicare.gov* 網站或撥打 800-MEDICARE (800-633-4227) 索取副本。TTY 聽障語障者專線使用者可以撥打 877-486-2048。

獲取 Medicaid 提供的幫助

請撥打 800-273-0557 (TTY 聽障語障者專線 711) 聯絡 Oregon Health Plan (Medicaid)，*尋求有關 Medicaid 投保或福利問題的幫助*。如果您已加入一個 Coordinated Care Organization（CCO，協調護理組織），那麼您可以撥打您的 CCO 會員卡背面所列的電話號碼與他們聯絡。

COA-261213200-TC-LP-0903

CareOregon Advantage 客戶服務部

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

營業時間：

從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，服務時間為每週七天，
上午 8 點至晚上 8 點
從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，服務時間為週一至週五，
上午 8 點至晚上 8 點

H5859_CO2027ANOC_M

careoregonadvantage.org

COA-261213200-CC-0901