Nhiều sự lựa chọn hơn, chăm sóc tốt hơn. **Đó là Advantage của chúng tôi.**

2027

Thông báo thay đổi hàng năm

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

Đối với các quận sau của tiểu bang Oregon: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah và Washington

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) được cung cấp bởi Health Plan of CareOregon, Inc.

Annual Notice of Change (Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm) Năm 2027

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

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

- **Quý vị có thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 để thực hiện thay đổi đối với phạm vi bảo hiểm Medicare của mình cho năm sau.** Nếu không tham gia chương trình khác trước ngày 7 tháng 12 năm 2026, quý vị sẽ vẫn tiếp tục tham gia CareOregon Advantage Plus.
- Để chuyển sang **gói bảo hiểm khác**, hãy truy cập Medicare.gov hoặc xem danh sách ở phần cuối cuốn *cẩm nang Medicare & You 2027* của quý vị.
- Xin lưu ý đây chỉ là bản tóm tắt thay đổi. Thông tin thêm về chi phí, quyền lợi và các quy định có trong tài liệu Bằng chứng về Phạm vi Bảo hiểm (Evidence of Coverage). Hãy nhận bản sao tại *careoregonadvantage.org/materials* hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258 (người dùng TTY gọi số 711) để nhận bản sao qua đường bưu điện.

Nguồn Trợ Giúp Bổ Sung

- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Nga, tiếng Trung Giản thể, tiếng Trung Phồn thể, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt.
- Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258 (người dùng TTY gọi số 711) để biết thêm thông tin. Giờ làm việc là từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi này được miễn phí.
- Thông tin này được cung cấp ở định dạng khác, bao gồm chữ nổi braille, chữ in khổ lớn và định dạng âm thanh. Vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc số miễn cước 888-712-3258. Người sử dụng TTY sẽ gọi số 711.

Biết Về CareOregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus là HMO D-SNP có hợp đồng Medicare/Medicaid. Việc ghi danh vào CareOregon Advantage Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp

đồng. Chương trình này cũng có một thỏa thuận bằng văn bản với Oregon Health Plan (Medicaid) để điều phối các quyền lợi Medicaid của quý vị.

- Trong tài liệu này, “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” đề cập đến Health Plan of CareOregon, Inc. “Chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” đề cập đến CareOregon Advantage Plus.
- **Nếu quý vị không thực hiện bất kỳ hành động nào trước ngày 7 tháng 12 năm 2026, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào chương trình CareOregon Advantage Plus.** Bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2027, quý vị sẽ được bảo hiểm y tế và thuốc thông qua CareOregon Advantage Plus. Đi tới Mục 2 để xem thêm thông tin về cách thay đổi chương trình và thời hạn thực hiện thay đổi.

Mục lục

Tóm tắt các chi phí quan trọng cho năm 2027 4

MỤC 1 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Năm Tới 7
Mục 1.1 Thay Đổi về Phí Bảo Hiểm Theo Tháng 7
Mục 1.2 Thay Đổi về Số Tiền Tự Chi Trả Tối Đa 7
Mục 1.3 Thay Đổi về Mạng Lưới Nhà Cung Cấp 8
Mục 1.4 Thay Đổi về Mạng Lưới Nhà Thuốc 8
Mục 1.5 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí cho Dịch Vụ Y Tế 9
Mục 1.6 Thay Đổi về Bảo Hiểm Thuốc Phần D 11
Mục 1.7 Thay Đổi về Quyền Lợi và Chi Phí Thuốc Theo Toa 11

MỤC 2 Cách Thay Đổi Chương Trình 16
Mục 2.1 Thời Hạn Thay Đổi Chương Trình 17
Mục 2.2 Có những thời điểm nào khác trong năm để thay đổi không? 17

MỤC 3 Hỗ Trợ Thanh Toán Chi Phí Thuốc Theo Toa 18

MỤC 4 Quý vị có câu hỏi? 19
Nhận trợ giúp từ CareOregon Advantage Plus 19
Nhận trợ giúp từ Medicare 20
Nhận trợ giúp từ Medicaid 21

Tóm tắt các chi phí quan trọng cho năm 2027

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
Phí bảo hiểm hàng tháng* * Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn số tiền này. Đi tới Mục 1.1 để biết chi tiết.	$0	**$0**
Khấu trừ	$0	**$0**
Số tiền tự chi trả tối đa Đây là số tiền tối đa quý vị phải trả cho các dịch vụ được bảo hiểm. (Xem Mục 1.2 để biết chi tiết.)	$9,250 Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào trong số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.	**$9,850** **Quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán các khoản phí tự chi trả đối với số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được bao trả.**
Các lần chăm sóc chính Các lần thăm khám với văn phòng	$0 mỗi lần thăm khám	**$0 mỗi lần thăm khám**
Thăm khám tại phòng khám bác sĩ chuyên khoa	$0 mỗi lần thăm khám	**$0 mỗi lần thăm khám**
Nằm viện nội trú Bao gồm các hình thức điều trị nội trú đa dạng như chăm sóc cấp tính, phục hồi chức năng và chăm sóc dài hạn. Thời gian nằm viện nội trú bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ và kết thúc vào ngày trước khi quý vị xuất viện.	$0	**$0**

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
Bảo hiểm thuốc Phần D (Vui lòng tham khảo Mục 1 để biết thông tin chi tiết, bao gồm Khấu Trừ Hàng Năm, Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa.)	Khoản khấu trừ của bảo hiểm thuốc Phần D $615 ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và mọi loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn	**Khoản khấu trừ của bảo hiểm thuốc Phần D** **$700** **ngoại trừ các sản phẩm insulin được bảo hiểm và mọi loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn** **Mức khấu trừ không áp dụng đối với các loại thuốc thuộc Bậc 1 và Bậc 6.**
	Khoản đồng thanh toán trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu: Đối với các bậc thuốc 1-5, quý vị phải trả $0/$1.60/$5.10 mỗi đơn thuốc đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic	**Khoản thanh toán phụ trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:** **Đối với thuốc Bậc 1, Quý vị trả $0** **Đối với các bậc thuốc 2-5, quý vị phải trả $0/$1.65/$5.80 mỗi đơn thuốc đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic**
	Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả $0/$4.90/$12.65 mỗi đơn thuốc	**Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả $0/$5.00/$14.40** **Đối với thuốc Bậc 6, quý vị trả $0**
	Đồng bảo hiểm trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:	**Đồng bảo hiểm trong suốt Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu:**

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
	Đối với các loại thuốc bị loại trừ khỏi Phần D, quý vị phải trả, đồng bảo hiểm 25% mỗi đơn thuốc	**Đối với các loại thuốc bị loại trừ khỏi Phần D, quý vị phải trả, đồng bảo hiểm 25% mỗi đơn thuốc**
	Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa: Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D. Quý vị có thể được chia sẻ chi phí cho các loại thuốc được bảo hiểm theo chế độ quyền lợi nâng cao của chúng tôi.	**Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa:** **Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D.** **Quý vị có thể được chia sẻ chi phí cho các loại thuốc được bảo hiểm theo chế độ quyền lợi nâng cao của chúng tôi.**

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

Mục 1.1 Thay Đổi về Phí Bảo Hiểm Theo Tháng

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
Phí bảo hiểm theo tháng (Quý vị cũng phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B trừ khi được Medicaid chi trả.)	$0	**$0**

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

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

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
Số tiền tự chi trả tối đa Các khoản chi phí chia sẻ do người thụ hưởng, Medicaid và các loại bảo hiểm phụ khác chi trả đều được tính vào hạn mức chi phí tự trả tối đa này. Do phần lớn các khoản chi phí chia sẻ của hội viên được Medicaid chi trả, rất ít hội viên chạm đến mức chi phí tự trả tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào trong số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.	$9,250	**$9,850** **Sau khi quý vị đã tự trả $9,850 cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B trong suốt thời gian còn lại của năm dương lịch.**

	2026 (năm nay)	**2027 (năm sau)**
Chi phí cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm (như đồng thanh toán và khấu trừ) sẽ được **tính** vào số tiền tối đa quý vị phải chi trả. Chi phí mua thuốc theo đơn của quý vị **không được tính** vào hạn mức chi phí tự trả tối đa.		

Mục 1.3 Thay Đổi về Mạng Lưới Nhà Cung Cấp

Mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi đã thay đổi cho năm tới. Xem *Provider Directory (*Danh Bạ Nhà Cung Cấp) năm 2027 (*careoregonadvantage.org/providersearch*) để xem nhà cung cấp của quý vị (nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, v.v.) có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Sau đây là cách để nhận được *Provider Directory* mới nhất:

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

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

Mục 1.4 Thay Đổi về Mạng Lưới Nhà Thuốc

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa có thể tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị sử dụng. Các chương trình thuốc của Medicare có một mạng lưới các nhà thuốc. Trong hầu hết các trường hợp, đơn thuốc của quý vị *chỉ* được đài thọ nếu được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Mạng lưới nhà thuốc của chúng tôi sẽ thay đổi cho năm tới. Xem *Pharmacy Directory* (Danh Mục Nhà Thuốc) *năm 2027* tại *careoregonadvantage.org/pharmacy* để biết

những nhà thuốc nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Sau đây là cách để nhận được *Pharmacy Directory* mới nhất:

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

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

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

Thông báo Thay đổi Hàng năm cung cấp thông tin cho quý vị về những thay đổi đối với các quyền lợi và chi phí Medicare của quý vị.

	2026 **(năm nay)**	**2027** **(năm sau)**
CareOregon Advantage CareCard	Quý vị nhận được $15.50 mỗi tháng ($186 mỗi năm) cho các sản phẩm không cần kê đơn.	**Quý vị nhận được $70 mỗi ba tháng ($280 mỗi năm hưởng quyền lợi) để mua các sản phẩm không cần kê đơn.**
Chương Trình Giáo Dục Sức Khỏe Thể Chất và Tinh Thần	Chương trình Silver&Fit về Lão hóa Khỏe mạnh và Tập luyện không phải là quyền lợi được chi trả.	**Quý vị được quyền tham gia Chương trình Silver&Fit về Lão hóa Khỏe mạnh và Tập luyện với các tùy chọn sau đây mà không tốn chi phí:** • **Thẻ hội viên phòng tập thể dục** • **Lựa chọn một bộ dụng cụ tập luyện tại nhà cho mỗi năm hưởng quyền lợi**

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người có Bệnh Mạn tính (SSBCI)	Các hội viên đủ điều kiện nhận được $50 mỗi tháng cho thực phẩm lành mạnh. Những quyền lợi được đề cập là một phần của chương trình quyền lợi bổ sung đặc biệt dành cho người bệnh mãn tính. Các hội viên phải được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường hoặc suy tim mạn tính và đáp ứng một số tiêu chí nhất định. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện.	**Các thành viên đủ điều kiện nhận $225 mỗi ba tháng ($900 mỗi năm) để mua thực phẩm lành mạnh.** **Quyền lợi này là một phần của chương trình quyền lợi đặc biệt có tên là Các Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt dành cho Người mắc Bệnh Mãn tính (SSBCI). Các hội viên đã được xác nhận là có chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường, suy tim mạn tính, bệnh tim mạch, bệnh phổi mạn tính, các chứng rối loạn thần kinh và các bệnh lý khác có thể đủ điều kiện để hưởng quyền lợi này. Tiêu chí đủ điều kiện không dựa hoàn toàn trên những bệnh lý này. Tất cả các yêu cầu về điều kiện để hưởng quyền lợi phải được đáp ứng trước khi quyền lợi này được cung cấp. Để biết thêm thông tin chi tiết, vui lòng tham khảo Giấy Chứng nhận Bảo hiểm năm 2027 (Evidence of Coverage - EOC) hoặc liên lạc với bộ phận Chăm sóc Khách hàng (Customer Service).**

Mục 1.6 Thay Đổi về Bảo Hiểm Thuốc Phần D

Thay Đổi về Danh Sách Thuốc

Danh sách thuốc được bảo hiểm được gọi là danh mục thuốc hoặc Danh Sách Thuốc. Một bản Danh mục Thuốc của chúng tôi được đăng trực tuyến tại *careoregonadvantage.org/druglist*

Quý vị có thể nhận Danh mục *đầy đủ* Thuốc bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc truy cập trang web *careoregonadvantage.org/druglist*

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi đối với Danh Sách Thuốc, có thể bao gồm việc loại bỏ hoặc thêm vào các loại thuốc, thay đổi các hạn chế áp dụng cho bảo hiểm của chúng tôi đối với một số loại thuốc nhất định hoặc chuyển chúng sang một bậc chia sẻ chi phí khác. **Xem lại Danh Sách Thuốc để bảo đảm thuốc của quý vị sẽ được bao trả vào năm tới và để xem có bất kỳ hạn chế nào hoặc thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không.**

Hầu hết các thay đổi trong Danh sách Thuốc đều là mới mẻ vào đầu mỗi năm. Tuy nhiên, chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác được phép theo quy định của Medicare và sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm dương lịch. Chúng tôi cập nhật Danh sách Thuốc trực tuyến ít nhất một lần/tháng để đưa ra danh sách thuốc mới nhất. Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận loại thuốc mà quý vị đang dùng, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo về thay đổi đó.

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

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

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

Nếu quý vị tham gia chương trình hỗ trợ chi trả tiền thuốc (Trợ Cấp Thêm), **thông tin về chi phí thuốc Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã đính kèm một tài liệu riêng có tên là *Phụ lục về Bằng chứng Phạm vi Bảo hiểm dành cho Người nhận Hỗ trợ Bổ sung Chi phí Thuốc kê đơn*, trong đó cung cấp thông tin về chi phí thuốc của quý vị. Nếu quý vị nhận được Trợ Cấp Thêm nhưng không nhận được tài liệu này trong gói, hãy gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258

(người dùng TTY, vui lòng gọi 711) và yêu cầu *Low-Income Subsidy Rider* (LIS Rider, Phụ Lục Hỗ Trợ Thu Nhập Thấp).

Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc

Có ba **giai đoạn thanh toán tiền thuốc**: Giai Đoạn Khấu Trừ Hàng Năm, Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu và Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa.

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

  Quý vị sẽ bắt đầu giai đoạn thanh toán này vào mỗi năm dương lịch. Trong giai đoạn này, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc Bậc 2-5 cho đến khi đạt đến mức khấu trừ hàng năm.

- ***Giai đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu***

  Sau khi thanh toán khoản khấu trừ hằng năm, quý vị sẽ chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu. Ở giai đoạn này, chương trình sẽ chi trả phần của chúng tôi cho chi phí thuốc của quý vị và quý vị sẽ trả phần chi phí của mình. Quý vị thường sẽ duy trì giai đoạn này cho đến khi tổng chi phí cá nhân trong năm đạt $2,400.

- ***Giai đoạn 3: Bảo hiểm Thảm họa***

  Đây là giai đoạn thanh toán tiền thuốc thứ ba và cũng là giai đoạn cuối cùng. Ở giai đoạn này, quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D. Quý vị có thể được chia sẻ chi phí đối với các loại thuốc bị loại trừ mà được bảo hiểm theo phúc lợi nâng cao của chúng tôi. Quý vị thường sẽ ở giai đoạn này trong suốt phần còn lại của năm dương lịch.

Chi Phí Thuốc ở Giai Đoạn 1: Khấu Trừ Hàng Năm

Bảng này hiển thị chi phí cho mỗi đơn thuốc trong giai đoạn này.

	2026 (năm nay)	**2027 (năm sau)**
Khấu Trừ Hàng Năm	$615 Trong giai đoạn này, quý vị phải trả $0 khoản chia sẻ chi phí cho thuốc Bậc 6 và toàn bộ chi phí thuốc thuộc các bậc (Tier) 1-5 cho đến khi quý vị đạt đến mức khấu trừ hàng năm.	**$700** **Trong giai đoạn này, quý vị phải trả $0 khoản chia sẻ chi phí cho thuốc Bậc 1 và Bậc 6 và toàn bộ chi phí thuốc thuộc các Bậc 2-5 cho đến khi quý vị đạt đến mức khấu trừ hàng năm.**

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

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

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

Sau khi quý vị đã tự trả $2,400 cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D, quý vị sẽ chuyển sang giai đoạn tiếp theo (Giai Đoạn Bảo Hiểm Thảm Họa).

	2026 **(năm nay)**	**2027** **(năm sau)**
Bậc 1 – Thuốc generic ưu tiên: Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc.	Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: $0/$1.60/$5.10 mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: $0/$4.90/$12.65 mỗi đơn thuốc	$0 mỗi đơn thuốc
Bậc 2 - Thuốc generic và các loại thuốc bị loại trừ khỏi Phần D Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc.	Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: $0/$1.60/$5.10 mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: $0/$4.90/$12.65 mỗi đơn thuốc	**Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:** **$0/$1.65/$5.80 mỗi đơn thuốc** **Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:** **$0/$5.00/$14.40 mỗi đơn thuốc** **Đối với các loại thuốc bị loại trừ khỏi Phần D, quý vị phải trả:** **25% tổng chi phí mỗi đơn thuốc**

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
Bậc 3 – Thuốc biệt dược gốc ưu tiên Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc.	Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: $0/$1.60/$5.10 mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: $0/$4.90/$12.65 mỗi đơn thuốc	**Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:** **$0/$1.65/$5.80** **mỗi đơn thuốc** **Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả:** **$0/$5.00/$14.40** **mỗi đơn thuốc** **Đối với các loại thuốc bị loại trừ khỏi Phần D, quý vị phải trả:** **25% tổng chi phí** **mỗi đơn thuốc**
Bậc 4 – Thuốc không được ưu tiên (Các trường hợp ngoại lệ trong danh mục thuốc) Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc.	Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: $0/$1.60/$5.10 mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: $0/$4.90/$12.65 mỗi đơn thuốc	**Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:** **$0/$1.65/$5.80** **mỗi đơn thuốc** **Đối với tất cả các loại thuốc khác,** **quý vị phải trả:** **$0/$5.00/$14.40** **mỗi đơn thuốc**

	2026 (năm nay)	2027 (năm sau)
Bậc 5 – Bậc thuốc đặc trị Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc.	Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: $0/$1.60/$5.10 mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: $0/$4.90/$12.65 mỗi đơn thuốc	**Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả:** **$0/$1.65/$5.80** **mỗi đơn thuốc** **Đối với tất cả các loại thuốc khác,** **quý vị phải trả:** **$0/$5.00/$14.40** **mỗi đơn thuốc**
Bậc 6 – Thuốc thuộc danh mục chăm sóc đặc biệt Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc.	Đối với thuốc generic hoặc thuốc biệt dược gốc được coi là thuốc generic, quý vị phải trả: $0/$1.60/$5.10 mỗi đơn thuốc Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị phải trả: $0/$4.90/$12.65 mỗi đơn thuốc	**$0 mỗi đơn thuốc**

Chúng tôi đã thay đổi bậc cho một số loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Để xem thuốc của quý vị có thuộc bậc khác hay không, hãy tra cứu chúng trong Danh sách Thuốc.

MỤC 2 Cách Thay Đổi Chương Trình

Để tiếp tục tham gia chương trình CareOregon Advantage Plus, quý vị không cần làm gì cả. Trừ khi quý vị đăng ký một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác hoặc chuyển sang chương trình Medicare Gốc (Original Medicare) trước ngày 7 tháng 12, quý vị sẽ tự động được ghi danh vào chương trình CareOregon Advantage Plus của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn thay đổi chương trình cho năm 2027, hãy làm theo các bước sau:

- *Để chuyển sang một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác*, hãy đăng ký chương trình bảo hiểm mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi CareOregon Advantage Plus. Hãy nhớ rằng, không phải tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare đều chi trả cho thuốc kê đơn. Ngoài ra, cần lưu ý rằng đối với nhiều chương trình, quý vị không thể vừa tham gia chương trình bảo hiểm y tế Medicare vừa mua chương trình bảo hiểm thuốc kê đơn cùng lúc.
- **Để chuyển sang chương trình Medicare Gốc (Original Medicare) kèm theo gói bảo hiểm thuốc Medicare riêng**, quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình Part D; khi đó, quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình CareOregon Advantage Plus.
- **Để chuyển sang Medicare Gốc mà không có chương trình thuốc**, quý vị có thể gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản để hủy đăng ký. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258 (người dùng TTY gọi số 711) để biết thêm thông tin về cách thực hiện việc này. Hoặc gọi đến **Medicare** theo số 800-MEDICARE (800-633-4227) và yêu cầu hủy đăng ký. Người dùng TTY có thể gọi 877-486-2048.
- **Để tìm hiểu thêm về Original Medicare (Medicare Gốc) và các loại chương trình Medicare khác nhau,** hãy truy cập *Medicare.gov*, tham khảo sổ tay *Medicare & You 2027*, gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị (xem Phần 4), hoặc gọi số 800-MEDICARE (800-633-4227).

Mục 2.1 Thời Hạn Thay Đổi Chương Trình

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

Nếu đã đăng ký chương trình Medicare Advantage vào ngày 1 tháng 1 năm 2027 và không thích lựa chọn chương trình của mình, quý vị có thể chuyển sang một chương trình bảo hiểm y tế Medicare khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Medicare Gốc (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 năm 2027.

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

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

- Có Medicaid
- Nhận Trợ Cấp Thêm để thanh toán tiền thuốc
- Hiện có hoặc đang chấm dứt bảo hiểm qua chủ lao động

- Di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình

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

  - Medicare Gốc *có* chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt,
  - Medicare Gốc *không* kèm theo chương trình thuốc theo toa Medicare riêng (Với lựa chọn này, Medicare có thể đăng ký quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không đăng ký tự động) hoặc
  - Nếu đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp cung cấp Medicare và hầu hết hoặc tất cả các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

Nếu quý vị mới chuyển đến hoặc hiện đang sống tại một cơ sở (như trung tâm điều dưỡng có chuyên môn hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn), quý vị có thể thay đổi phạm vi bảo hiểm Medicare của mình **bất kỳ lúc nào**. Quý vị có thể thay đổi sang bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế Medicare nào khác (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare) hoặc chuyển sang Original Medicare (có hoặc không có bảo hiểm thuốc Medicare riêng biệt) bất cứ lúc nào. Nếu gần đây quý vị mới chuyển ra khỏi một cơ sở chăm sóc nội trú, quý vị có cơ hội chuyển đổi chương trình bảo hiểm hoặc chuyển sang chương trình Medicare Gốc (Original Medicare) trong vòng 2 tháng trọn vẹn kể từ tháng quý vị chuyển ra.

MỤC 3 Hỗ Trợ Thanh Toán Chi Phí Thuốc Theo Toa

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

- **Trợ cấp thêm từ Medicare.** Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Thêm để chi trả chi phí thuốc theo toa. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể chi trả tới 75% hoặc nhiều hơn chi phí thuốc của quý vị, bao gồm phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình bảo hiểm thuốc, khoản khấu trừ hàng năm và khoản đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không phải chịu hình phạt đăng ký trễ. Để xem quý vị có đủ điều kiện hay không, hãy gọi:
  - 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 877-486-2048, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.
  - Phòng An Sinh Xã Hội theo số 800-772-1213 từ 8:00 giờ sáng đến 7:00 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu để gặp người đại diện. Tin nhắn tự động có sẵn 24 giờ một ngày. Người dùng TTY có thể gọi số 800-325-0778.
  - Văn phòng Medicaid Tiểu Bang.

- **Trợ Cấp Chia Sẻ Chi Phí Thuốc Theo Toa Cho Người Bị Nhiễm HIV/AIDS.** AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS) sẽ giúp bảo đảm rằng những người bị nhiễm HIV/AIDS đủ điều kiện tham gia ADAP được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV để cứu mạng sống. Để đủ điều kiện

tham gia ADAP hoạt động tại tiểu bang của quý vị, quý vị phải đáp ứng những tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú trong tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp theo quy định của tiểu bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm chi trả thấp. Các loại thuốc của Medicare Phần D cũng được ADAP chi trả sẽ đủ điều kiện nhận trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua chương trình CAREAssist. Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được chi trả, cách ghi danh vào chương trình hoặc cách tiếp tục nhận được trợ giúp nếu quý vị hiện đã ghi danh, vui lòng gọi số 971-673-0144 hoặc số 800-805-2313 miễn phí. Khi gọi điện, hãy bảo đảm thông báo cho họ tên chương trình Medicare Phần D hoặc số hợp đồng bảo hiểm của quý vị.

- **Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare.** Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare là một tùy chọn thanh toán phù hợp với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự chi trả cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả bằng cách phân bổ chúng trong suốt năm dương lịch (tháng 1 – tháng 12). Bất kỳ ai có chương trình thuốc Medicare hoặc chương trình y tế Medicare bao gồm quyền lợi về thuốc (chẳng hạn như chương trình Medicare Advantage có bao gồm quyền lợi về thuốc) đều có thể sử dụng cách thanh toán tùy chọn này. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Thanh toán Thuốc theo Đơn Medicare và vẫn tiếp tục sử dụng cùng một chương trình Phần D, việc tham gia của quý vị sẽ được tự động gia hạn cho năm 2027; quý vị không cần phải nộp yêu cầu đăng ký mới để tiếp tục tham gia trong năm 2027. **Cách thanh toán Tùy chọn này có thể giúp quý vị quản lý chi tiêu, nhưng nó không giúp quý vị tiết kiệm tiền hay giảm chi phí mua thuốc.**

  Trợ Cấp Thêm từ Medicare và trợ giúp từ SPAP và ADAP, dành cho những người đủ điều kiện, sẽ có lợi hơn so với việc tham gia Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare. Để biết thêm thông tin về cách thanh toán tùy chọn này, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY gọi số 711) hoặc truy cập *Medicare.gov*.

MỤC 4 Quý vị có câu hỏi?

Nhận trợ giúp từ CareOregon Advantage Plus

- **Gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258. (Người dùng TTY, vui lòng gọi 711.)**

  Chúng tôi sẵn sàng nhận các cuộc gọi từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, bảy ngày một tuần, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối.

- **Hãy đọc tài liệu Bằng chứng về Phạm vi Bảo hiểm năm 2027 của quý vị.**

Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm này sẽ cung cấp cho quý vị bản tóm tắt những thay đổi về quyền lợi và chi phí của quý vị cho năm 2027. Để biết chi tiết, đi tới phần *Bằng chứng về Phạm vi Bảo hiểm 2027* dành cho CareOregon Advantage Plus. *Bằng chứng về Phạm vi Bảo hiểm* là bản mô tả pháp lý, chi tiết về các quyền lợi trong chương trình. Tài liệu này giải thích các quyền hạn của quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc theo toa được bao trả. Tham khảo *Bằng chứng về Phạm vi Bảo hiểm* trên trang web của chúng tôi tại *careoregonadvantage.org/materials* hoặc gọi Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258 (người dùng TTY, vui lòng gọi 711) để yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao qua đường bưu điện.

- **Truy cập *careoregonadvantage.org***

  Trang web của chúng tôi có thông tin cập nhật mới nhất về mạng lưới các nhà cung cấp (*Provider Directory/Pharmacy Directory*) và *List of Covered Drugs* (Danh Sách Thuốc Được Bao Trả) (danh mục thuốc/Danh Sách Thuốc).

Nhận Tư Vấn Miễn Phí về Medicare

Chương trình Trợ cấp Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (State Health Insurance Assistance - SHIP) là một chương trình độc lập của chính phủ với các cố vấn được huấn luyện ở mọi tiểu bang. Tại Oregon, SHIP được gọi là Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Người cao niên).

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

Nhận trợ giúp từ Medicare

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

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

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

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

- **Gửi thư cho Medicare**

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

- **Truy cập *Medicare.gov***

Trang web chính thức của Medicare có thông tin về chi phí, phạm vi bảo hiểm và Xếp Hạng Ngôi Sao chất lượng để giúp quý vị so sánh các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare trong khu vực quý vị.

- ***Hãy đọc Medicare & You 2027***

  Mỗi mùa thu, tài liệu *Medicare & You 2027* sẽ được gửi bằng bưu điện đến những người có Medicare. Tài liệu này có một bản tóm tắt các phúc lợi, quyền hạn và sự bảo vệ của Medicare, và các câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare. Hãy nhận một bản tại ***Medicare.gov*** hoặc bằng cách gọi số 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 877-486-2048.

Nhận trợ giúp từ Medicaid

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

Bộ phận Dịch vụ Khách hàng CareOregon Advantage

Gọi điện thoại: 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258, TTY 711

Giờ làm việc:

8:00 sáng - 8:00 tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3

8:00 sáng - 8:00 tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9

H5859_CO2027ANOC_M

careoregonadvantage.org

COA-261213200-VI-0901

CareOregon® Advantage