

更多选择, 更好的关怀。这是我们的优势。

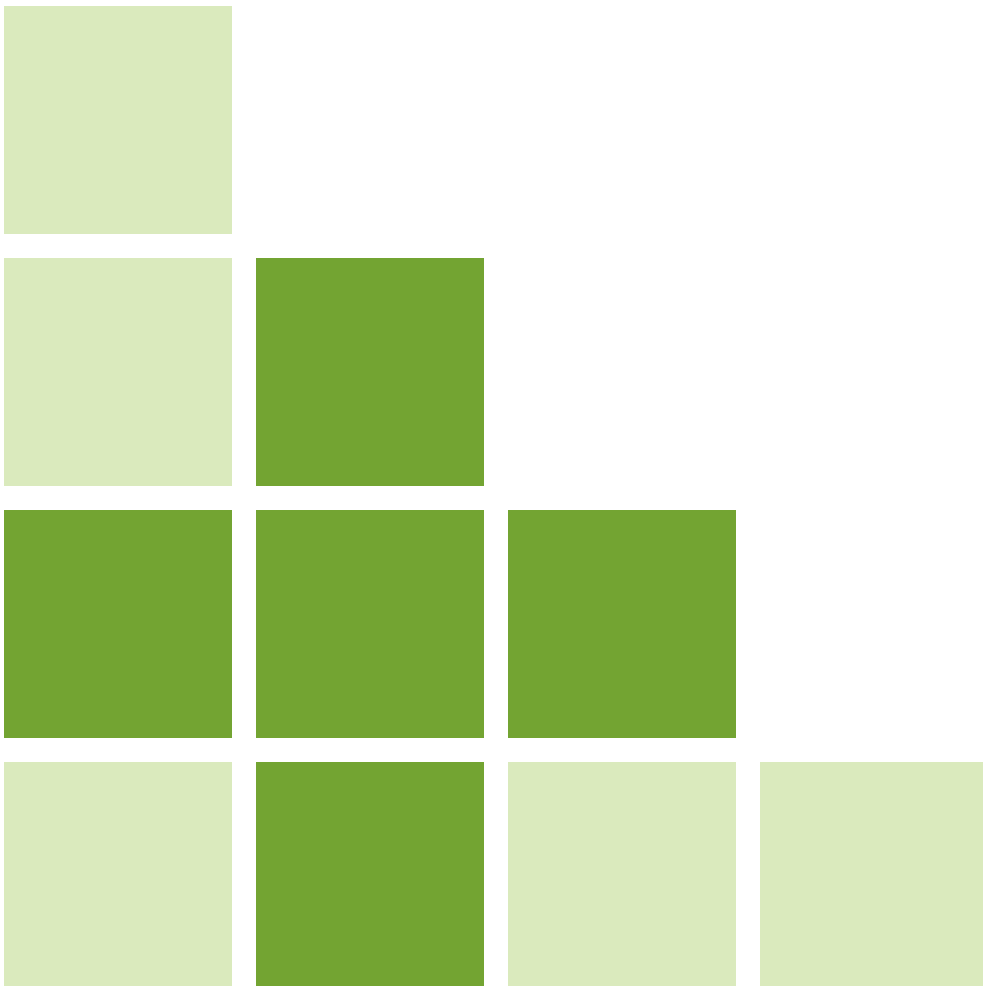
2024

# 年度变更通知

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

针对 Oregon 的以下县: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah,  
Tillamook 和 Washington

H5859\_CO2024ANOC\_M



## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 888-712-3258. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 888-712-3258. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任 疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 888-712-3258。我们的中文工作人员很乐意帮 助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的 翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 888-712-3258。我們講中文的人員將樂意為您提供 幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 888-712-3258. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 888-712-3258. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 888-712-3258 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 888-712-3258. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 888-712-3258 번으로 문의해주시십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 888-712-3258.

Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски.  
Данная услуга бесплатная.

**Hindi:** हमारे पास (या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी के जवाब देने के लिए हमारे पास मुझे दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया ा करने के लिए, बस हम 888-712-3258 पर फोन कर। कोई जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुझे सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 888-712-3258. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 888-712-3258. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 888-712-3258. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu

zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 888-712-3258. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**888-712-3258**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 888-712-3258. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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

## 2024 年年度变更通知

您现在已参保成为 CareOregon Advantage Plus 的会员。明年，该计划的费用和福利将发生变更。请参见第 5 页，了解重要费用（包括保费）的摘要。

本文件阐述有关您的计划的变更内容。如需获取有关费用、福利或规则的更多信息，请查阅承保证明书，该信息可于我们的网站 [careoregonadvantage.org/materials](http://careoregonadvantage.org/materials) 上获取。您也可以致电客户服务部，要求我们给您邮寄一份承保证明书。

### 须知事项

#### 1. 问题：哪些变更对您适用

查看我们的福利和费用的变更，以了解它们是否会影响您。

- 审核医疗护理费用（医生、医院）的变更。
- 审核我们的药物承保范围的变更，包括授权要求和费用。
- 考虑一下您将在保费、免赔额与费用分摊方面的支出。

- 查看 2024 年药物清单的变更，以确保您目前服用的药物仍然在承保范围内。
- 查看您的初级保健医生、专科医生、医院及其他提供者（包括药房）明年是否会加入我们的网络。
- 想想您是否对我们的计划满意。

## 2. 比较：了解其他计划选择

- 查看您所在区域的计划承保范围和费用。使用 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 网站上的 Medicare 计划查找工具，或查看《2024 年 Medicare 与您》（Medicare & You 2024）手册背面的清单。
- 一旦您将选择范围缩小到首选计划，请在该计划的网站上确认您的费用和承保范围。

## 3. 选择：决定您是否想更改计划

- 如果您在 2023 年 12 月 7 日之前未加入其他计划，您将留在 CareOregon Advantage Plus。
- 如需**更改为其他计划**，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日之间转换计划。您的新承保将于 **2024 年 1 月 1 日开始**。这将终止您在 CareOregon Advantage Plus 的参保。
- 请参阅第 11 页第 3 节，以了解有关您的选择的更多信息。

- 如果您最近迁入、目前正住在或不久前搬出了某个机构（比如专业护理机构或长期护理医院），您随时可以转换计划或转换至 Original Medicare（无论是否有单独的 Medicare 处方药计划）。

## 其他资源

- 可免费获得此文件的俄语、简体中文、繁体中文、西班牙语和越南语版本。
- 请致电我们的客户服务部电话 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258，以了解更多信息。（TTY 用户应拨打 711。）服务时间为每周 7 天上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日），以及周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（4 月 1 日至 9 月 30 日）。此号码为免费服务电话。
- 此信息有不同的格式版本，包括盲文版和大字版。请致电客户服务部电话 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258。（TTY 用户应拨打 711。）
- **本计划下的承保符合合格健康承保 (Qualifying Health Coverage, QHC) 要求并满足患者保护和平价医疗法案 (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的个人分担责任要求。请浏览美国国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 的网站 [irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，以了解更多信息。**



## 关于 CareOregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus 是与 Medicare / Medicaid 订立合约的一个 HMO-POS D-SNP。是否参保 CareOregon Advantage Plus 取决于合约的续签。该计划还与俄勒冈州健康计划 (Medicaid) 签订书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 当此文件提及“我们”或“我们的”时，它表示 Health Plan of CareOregon, Inc.。当提及“计划”或“我们的计划”时，它指的是 CareOregon Advantage Plus。

# 2024 年年度变更通知

## 目录

2024 年重要费用摘要.....	11
第 1 节 除非您选择其他计划，否则您将在 2024 年自动 参保 CareOregon Advantage Plus.....	14
第 2 节 明年福利和费用的变更.....	15
第 2.1 节 —— 每月保费的变更 .....	15
第 2.2 节 —— 您的最高自付额的变更.....	15
第 2.3 节 —— 提供者和药房网络的变更.....	16
第 2.4 节 —— 医疗服务福利和费用的变更.....	17
第 2.5 节 —— D 部分处方药承保范围的变更.....	18
第 3 节 决定选择哪个计划 .....	24
第 3.1 节 —— 如果您想留在 CareOregon Advantage Plus.....	24
第 3.2 节 —— 如果您想更改计划.....	24
第 4 节 更改计划 .....	26
第 5 节 提供有关 Medicare 和 Medicaid 免费咨询的计 划.....	28

第 6 节 帮助支付处方药费用的计划 .....	29
第 7 有疑问? .....	30
第 7.1 节——获得 CareOregon Advantage Plus 的帮助 .....	30
第 7.2 节 —— 获得 Medicare 的帮助.....	31
第 7.3 节 —— 获得 Medicaid 的帮助.....	32

## 2024 年重要费用摘要

下表比较了 CareOregon Advantage Plus 在几个重要领域的 2023 年费用和 2024 年费用。**请注意，这仅是费用的摘要。**如果您有资格获得 Medicaid 下的 Medicare 费用分摊援助，则您须支付的免赔额、医生诊室看诊和住院病人住院费用为 0 美元。

如果您在这一年丧失加入俄勒冈州健康计划 (Medicaid) 的资格，您将不再获得 Medicaid 福利，您将需要支付通常由 Medicaid 承保的 Medicare 保费或费用分摊。

费用	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
<b>每月计划保费*</b> * 您的保费可能高于此金额。详情请参见第 2.1 节。	\$0	0 美元
<b>免赔额</b>	0 美元	0 美元
<b>医生诊所看诊</b>	初级保健看诊：每次看诊 0 美元 专科医生看诊：每次看诊 0 美元	初级保健看诊：每次看诊 0 美元 专科医生看诊：每次看诊 0 美元
<b>住院病人住院</b>	\$0	0 美元

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p><b>D 部分处方药承保范围</b></p> <p>（详情请参见第 2.5 节。）</p>	<p>免赔额：0 美元或 104 美元</p> <p>初始承保阶段期间的共付额：</p> <p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您为每份处方药支付 0 美元 / 1.45 美元 / 4.15 美元共付额</p> <p>对于所有其他药物，您为每份处方药支付 0 美元 / 4.30 美元 / 10.35 美元</p>	<p>免赔额：545 美元</p> <p>如果您有资格获得“额外帮助”，则免赔额阶段不适用于您。</p> <p>适用于药物层级 1-4 的初始承保阶段期间的共付额：</p> <p>对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您为每份处方药支付 0 美元 / 1.55 美元 / 4.50 美元</p> <p>对于所有其他药物，您为每份处方药支付 0 美元 / 4.60 美元 / 11.20 美元</p> <p>适用于药物层级 5 的初始承保阶段期间的共付额：</p>

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 对于所有补充药物或 Medicare 通常不承保的特定药物，您为每份处方药支付 1.55 美元。</li> </ul> <p>重大伤病承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在此支付阶段，该计划将支付您的承保 D 部分药物的全部费用。</li> <li>• 您可能就增强型福利承保的药物支付费用分摊。</li> </ul>
<p><b>最高自付额</b></p> <p>这是您为承保的 A 部分和 B 部分服务支付的最高自付额。</p> <p>（详情请参见第 2.2 节。）</p>	<p>8,300 美元</p> <p>您无需支付超出承保 A 部分和 B 部分服务的最高自付额的任何自付费用。</p>	<p>8,850 美元</p> <p>您无需支付超出承保 A 部分和 B 部分服务的最高自付额的任何自付费用。</p>

## 第 1 节 除非您选择其他计划，否则您将在 2024 年自动参保 CareOregon Advantage Plus

如果您在 2023 年不采取任何行动，我们将自动让您参保 CareOregon Advantage Plus。这意味着从 2024 年 1 月 1 日起，您将通过 CareOregon Advantage Plus 获得医疗和处方药承保。如果您想更改计划或转换至 Original Medicare，并通过处方药计划获得处方药承保，您必须在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间采取行动。此变更将于 2024 年 1 月 1 日生效。

## 第 2 节 明年福利和费用的变更

### 第 2.1 节 —— 每月保费的变更

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<b>每月保费</b> （您还必须继续支付您的 Medicare B 部分保费，但 Medicaid 为您支付则除外。）	0 美元	0 美元

### 第 2.2 节 —— 您的最高自付额的变更

Medicare 要求所有健康计划限制您在一年中支付的自付费用。此限制称为最高自付额。一旦达到此金额，您通常无需为这一年剩余时间承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。



费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
<p><b>最高自付额</b></p> <p>由于我们的会员还获得 Medicaid 援助，因此很少有会员能够达到此最高自付额。</p> <p>您无需支付超出承保 A 部分和 B 部分服务的最高自付额的任何自付费用。</p> <p>您的承保医疗服务费用（例如共付额和免赔额）计入您的最高自付额。您的计划保费和处方药费用不计入您的最高自付额。</p>	8,300 美元	8,850 美元 一旦您为承保的 A 部分和 B 部分自付了 8,850 美元，则在这一历年的剩余时间里，您无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。

### 第 2.3 节 —— 提供者和药房网络的变更

更新的名录详见我们的网站 [careoregonadvantage.org](http://careoregonadvantage.org)。

您也可以致电客户服务部，获取更新的提供者及 / 或药房信息，或要求我们在三个营业日内为您邮寄一份名录。

明年，我们的提供者网络将会有变更。请查看 2024 年提供者名录，以了解您的提供者（初级保健提供者、专科医生、医院等）是否在我们的网络中。

明年，我们的药房网络将会有变更。请查看 2024 年药房名录，以了解哪些药房在我们的网络中。

重要的是您要知道，我们可能会在这一年更改您计划中的医院、医生、专科医生（提供者）和药房。如果我们的提供者年中变更影响到您，请联系客户服务部，以便我们提供协助。

## 第 2.4 节 —— 医疗服务福利和费用的变更

请注意，年度变更通知阐述了您的 Medicare 福利和费用的变更。

明年，我们将更改某些医疗服务的费用和福利。以下信息描述了这些变更。

费用	2023 年（今年）	2024 年（明年）
CareOregon Advantage CareCard	您可以在每个福利年度通过 CareOregon Advantage CareCard 获得 1,580 美元（每三个月 395 美元），用于购买与健康相关的非处方商品及 / 或健康食品。	您可以在每个福利年度通过 CareOregon Advantage CareCard 获得 1,620 美元（每三个月 405 美元），用于购买与健康相关的非处方商品及 / 或健康食品。
针对高血压的特殊补充福利	对于被诊断患有高血压的人，您每年可购买一台批准型号的血压监测仪，而无需支付任何费用。您为此福利支付 0 美元。	对于被诊断患有高血压的人，您每 24 个月可购买一台批准型号的血压监测仪，而无需支付任何费用。您为此福利支付 0 美元。

## 第 2.5 节 —— D 部分处方药承保范围的变更

### 我们的“药物清单”的变更

我们的承保药物清单称为药品报销目录或“药物清单”。我们的药物清单副本以电子方式提供。您可以致电客户服务部（参见封底）或登录我们的网站

([careoregonadvantage.org/druglist](https://careoregonadvantage.org/druglist)), 获取完整的 药物清单。

我们对药物清单做出了变更, 其中可能包括剔除或新增药物、更改适用于我们的承保范围的某些药物的限制条件, 或将其转换到不同的费用分摊层级。查看药物清单, 确保您的药物明年将获得承保, 并查看是否有任何限制条件, 或者您的药物是否已转换到不同的费用分摊层级。

药物清单中的大部分变更都在每年年初全新生效。但是, 在这一年中, 我们可能做出 Medicare 规则允许的其他变更。例如, 我们可立即剔除 FDA 认为不安全的药物或产品制造商从市场上撤回的药物。我们会更新网上药物清单, 以提供最新的药物清单。

如果您在年初或年内受到药物承保范围变更的影响, 请查看您的承保证明书第 9 章, 并与您的医生交谈以了解您的选择, 例如要求临时供药、申请例外处理及 / 或设法找到新药。您还可以联系客户服务部, 以获取更多信息。

## 处方药费用的变更

如果您获得“额外帮助”来支付您的 Medicare 处方药费用, 您可能有权享受 D 部分药物费用分摊宽减或宽免。本节中描述的某些信息可能不适用于您的情况。我们另外提供一个插页, 称作“获得额外帮助来支付处方药费用人士的承保证明书附加条款”(亦称为低收入补贴附加条款或 LIS 附加条款), 说明有关您的药物费用的情况。如果您获得

“额外帮助”，但没有在此资料包中收到该插页，请致电客户服务部，索取低收入补贴附加条款。

药物支付有四个阶段。以下信息显示前两个阶段的变更——年度免赔额阶段和初始承保阶段。（大多数会员没有达到其他两个阶段——承保缺口阶段或重大伤病承保阶段。）

### 免赔额阶段的变更

阶段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
第 1 阶段：年度免赔额阶段	0 美元或 104 美元	545 美元 如果您有资格获得“额外帮助”，则免赔额阶段不适用于您。

## 第 2 阶段：初始承保阶段

在此阶段，该计划支付其分摊的药物费用，您支付您分摊的费用。

大多数成年人 D 部分疫苗均获得免费承保。

此行所示的费用是您在网络药房按标准费用分摊购买处方药时的一个月（30 天）药量费用。如需有关长期药量或邮购处方药的费用信息，请参阅承保证明书第 6 章第 5 节。

我们更改了“药物清单”上某些药物的层级。如需了解您的药物是否属于不同的层

您在网络药房按标准费用分摊购买一个月药量的费用：

- 对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您为每份处方药支付 0 美元 / 1.45 美元 / 4.15 美元共付额。
- 对于所有其他药物，您为每份处方药支付 0 美元 / 4.30 美元 / 10.35 美元。

一旦您为 D 部分药物支付 7,400 美元自付额，您将进入下一个阶

您在网络药房按以下层级的标准费用分摊购买一个月药量的费用：

### 药物层级 1-4：

- 对于仿制药或被视为仿制药的品牌药，您为每份处方药支付 0 美元 / 1.55 美元 / 4.50 美元。
- 对于所有其他药物，您为每份处方药支付 0 美元 / 4.60 美元 / 11.20 美元。

### 药物层级 5：

- 对于补充药物或 Medicare

阶段	2023 年（今年）	2024 年（明年）
级，请查阅药物清单。	段（重大伤病承保阶段）。	<p>通常不承保的特定药物，您为每份处方药支付 1.55 美元。</p> <p>一旦您为 D 部分药物支付 8,000 美元自付额，您将进入下一个阶段（重大伤病承保阶段）。</p>

## 您的 VBID D 部分福利的变更

	2023 年（今年）	2024 年（明年）
D 部分药物费用分摊	对于获得“额外帮助”的人：维持治疗的药物和 D 部分疫苗的共付额为 0 美元。	对于获得“额外帮助”的人：药品报销目录或药物清单中包含的所有 D 部分药物的共付额为 0 美元。*

\*如果您获批准使用药品报销目录不涵盖的药物，您将需要支付上表第 2 阶段：初始承保阶段中列出的共付额。

### 承保缺口阶段或重大伤病承保阶段的变更

药物承保的另外两个阶段——承保缺口阶段和重大伤病承保阶段——适用于药费高昂的人。大多数会员没有达到承保缺口阶段或重大伤病承保阶段。

从 2024 年开始，如果您达到重大伤病承保阶段，您无需为 D 部分承保药物支付任何费用。您可就我们的增强型福利承保的除外药物获得费用分摊。

有关这些阶段费用的具体信息，请参阅承保证明书第 6 章第 6 节和第 7 节。



## 第 3 节 决定选择哪个计划

### 第 3.1 节 —— 如果您想留在 CareOregon Advantage Plus

如果要留在我们的计划，您无需采取任何行动。如果您在 12 月 7 日之前没有注册加入其他计划或更改为 Original Medicare，您将自动参保我们的 CareOregon Advantage Plus。

### 第 3.2 节 —— 如果您想更改计划

我们希望您明年仍是会员，但如果您想更改 2024 年计划，请按照以下步骤操作：

#### 第 1 步：了解和比较您的选择

- 您可以加入不同的 Medicare 健康计划，
- 或者您可以更改为 Original Medicare。如果您更改为 Original Medicare，您将需要决定是否加入 Medicare 药物计划。

如需了解有关 Original Medicare 和不同类型的 Medicare 计划的更多信息，请使用 Medicare 计划查找工具 ([medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare))，阅读《2024 年 Medicare 与您》手册，致电您的州健康保险援助计划（参见第 5 节）或致电 Medicare（参见第 7.2 节）。

## 第 2 步：更改您的承保范围

- 如需更改为其他 Medicare 健康计划，请参保新计划。您将自动退出 CareOregon Advantage Plus。
- 如需更改为具有处方药计划的 Original Medicare，请参保新药物计划。您将自动退出 CareOregon Advantage Plus。
- 如需更改为不具有处方药计划的 Original Medicare，您必须：
  - 向我们发送书面退保申请。如果您需要有关如何操作的更多信息，请联系客户服务部。
  - 或者请联系 Medicare：800-MEDICARE（800-633-4227）（每周 7 天每天 24 小时），请求进行退保。TTY 用户应拨打 877-486-2048。

如果您转换至 Original Medicare 且**没有**参保单独的 Medicare 处方药计划，则 Medicare 可能会让您参保药物计划，但若您选择不自动参保则除外。

## 第 4 节 更改计划

如果您想在明年更改为其他计划或 Original Medicare，您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间来处理。此变更将于 2024 年 1 月 1 日生效。

### 一年中还有其他时间可以进行更改吗？

在某些情况下，一年中的其他时间也允许进行更改。例如包括有 Medicaid 的人、获得“额外帮助”支付药物费用的人、已经或即将退出雇主保险的人，以及搬出服务区域的人。

由于您有俄勒冈州健康计划 (Medicaid)，因此您可以在以下每个**特殊参保期**内终止您在我们计划中的会员资格或转换到其他计划：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

如果您在 2024 年 1 月 1 日参保 Medicare Advantage 计划，但不喜欢您的所选择的计划，您可以在 2024 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间转换至另一个 Medicare 健康计划（无论是否有 Medicare 处方药承保）或转换至 Original Medicare（无论是否有 Medicare 处方药承保）。

如果您最近迁入、目前正住在或不久前搬出了某个机构（比如专业护理机构或长期护理医院），您**随时**可以变更您的 Medicare 承保。您随时可以变更至任何其他 Medicare 健康计划（无论是否有 Medicare 处方药承保）或转换至 Original Medicare（无论是否有单独的 Medicare 处方药计划）。

## 第 5 节 提供有关 Medicare 和 Medicaid 免费咨询的计划

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一项独立的政府计划, 每个州都有训练有素的顾问。在俄勒冈州, SHIP 被称为老年人健康保险福利援助 (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA)。

它是一个州计划, 从联邦政府获得资金, 为有 Medicare 的人士提供**免费的**地方健康保险咨询服务。SHIBA 顾问可以帮助您解决 Medicare 疑问或问题。他们可以帮助您了解您的 Medicare 计划的选择, 并回答有关转换计划的问题。您可以拨打 SHIBA 的电话 800-722-4134。您可以登录他们的网站 ([shiba.oregon.gov](http://shiba.oregon.gov)), 了解有关 SHIBA 的更多信息。

如果您对俄勒冈州健康计划 (Medicaid) 福利有疑问, 请联系俄勒冈州健康计划客户服务部免费电话 800-273-0557 (TTY 711)。他们的服务时间为上午 8 点至下午 5 点。如果您已加入协调护理组织 (CCO), 您也可以致电该组织。电话号码列于您的 CCO 或俄勒冈州健康会员卡背面。询问加入其他计划或重新回到 Original Medicare 对您获得俄勒冈州健康计划承保的方式有何影响。

## 第 6 节 帮助支付处方药费用的计划

您可能有资格获得支付处方药费用方面的帮助。我们在下方列出了不同类型的帮助：

- **来自 Medicare 的“额外帮助”**。因为您有 Medicaid，所以您已经加入“额外帮助”（亦称为低收入补贴）。  
“额外帮助”支付您的部分处方药保费、年度免赔额和共同保险费用。因为您符合资格，所以您不会有承保缺口或逾期参保罚款。如果您对“额外帮助”有疑问，请致电：
  - 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用户应拨打 877-486-2048（每周 7 天每天 24 小时）；
  - 社会保障办公室，电话为 800-772-1213，周一至周五上午 8:00 至晚上 7:00 可联系代表。全天 24 小时自动回复讯息。TTY 用户应拨打 800-325-0778；
  - 或
  - 您的州 Medicaid 办公室（申请）
- **适用于艾滋病毒 / 艾滋病患者的处方药费用分摊援助** 艾滋病毒药物援助计划 (ADAP) 帮助符合 ADAP 资格的艾滋病毒 / 艾滋病患者获得挽救生命的艾滋病毒药物。个人必须满足某些标准，包括州居住证明和艾滋病毒状态证明、州定义的低收入以及无保险 / 保险不足的状态。ADAP 承保的 Medicare D 部分处方药有资格通过 CAREAssist 计划获得处方药费用分摊援助。如需有关资格标准、承保药物或如何参保该计划的信息，请致电 971-673-0144 或免费电话 800-805-2313。

## 第 7 节 有疑问？

### 第 7.1 节——获得 CareOregon Advantage Plus 的帮助

有疑问？我们将随时提供帮助！请拨打 503-416-4279、免费电话 888-712-3258，联系客户服务部。（仅限 TTY，请拨打 711。）我们在 10 月 1 日至 3 月 31 日的每周 7 天上午 8 点至晚上 8 点以及 4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五上午 8 点至晚上 8 点提供服务。

### 阅读您的 2024 年承保证明书（其中包含有关明年福利和费用的详情）

本年度变更通知为您提供 2024 年福利和费用变更的摘要。详情请参阅 CareOregon Advantage Plus 的 2024 年承保证明书。承保证明书合法详细地描述了您的计划福利。它解释了您的权利以及您需遵守以获得承保服务和处方药的规则。承保证明书副本可于我们的网站 [careoregonadvantage.org/materials](https://careoregonadvantage.org/materials) 上获取。您也可以致电客户服务部，要求我们给您邮寄一份承保证明书。

### 登录我们的网站

您也可以登录我们的网站 [careoregonadvantage.org](https://careoregonadvantage.org)。提醒一下，我们的网站有关于我们的提供者网络（提供者名录）和承保药物清单（药品报销目录 / 药物清单）的最新信息。

## 第 7.2 节 —— 获得 Medicare 的帮助

直接从 Medicare 获得信息：

**请致电 800-MEDICARE (800-633-4227)**

您也可以拨打 800-MEDICARE (800-633-4227) (每周 7 天每天 24 小时)。TTY 用户应拨打 877-486-2048。

### 登录 Medicare 网站

登录 Medicare 网站 ([medicare.gov](https://www.medicare.gov))。它包含有关费用、承保范围和品质星级评级的信息，可帮助您比较您所在区域的 Medicare 健康计划。如需查看有关计划的信息，请浏览网站 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)。

### 阅读《2024 年 Medicare 与您》

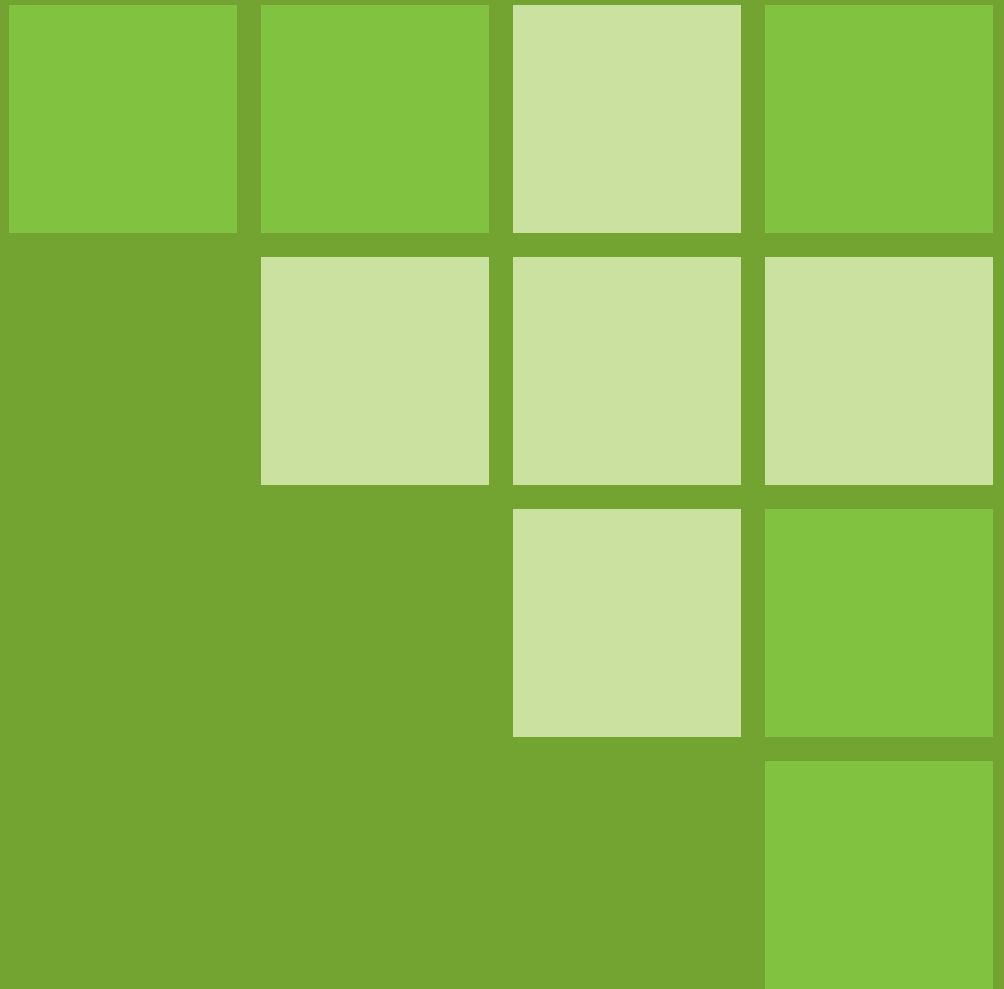
阅读《2024 年 Medicare 与您》手册。每年秋天，我们会为加入 Medicare 的人士邮寄此文件。它总结了 Medicare 的福利、权利和保护，并回答了有关 Medicare 的最常见问题。如果您没有此文件的副本，您可以登录 Medicare 的网站 ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) 或拨打 800-MEDICARE (800-633-4227) (每周 7 天每天 24 小时) 索要副本。TTY 用户应拨打 877-486-2048。



## 第 7.3 节 —— 获得 Medicaid 的帮助

如需从 Medicaid 获得信息，您可以致电俄勒冈州健康计划客户服务部免费电话 800-273-0557。TTY 用户应拨打 711。如果您已加入协调护理组织 (CCO)，您可以拨打 CCO 会员卡背面所示的电话号码联系他们。

COA-23586017-0915-SC-LP



## CareOregon Advantage 客户服务

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

### 工作时间:

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



[facebook.com/careoregon](https://facebook.com/careoregon)

[twitter.com/careoregon](https://twitter.com/careoregon)

[careoregonadvantage.org](https://careoregonadvantage.org)

COA-23583726-SC-0830

