

更多选择, 更好的关怀。这是我们的优势。

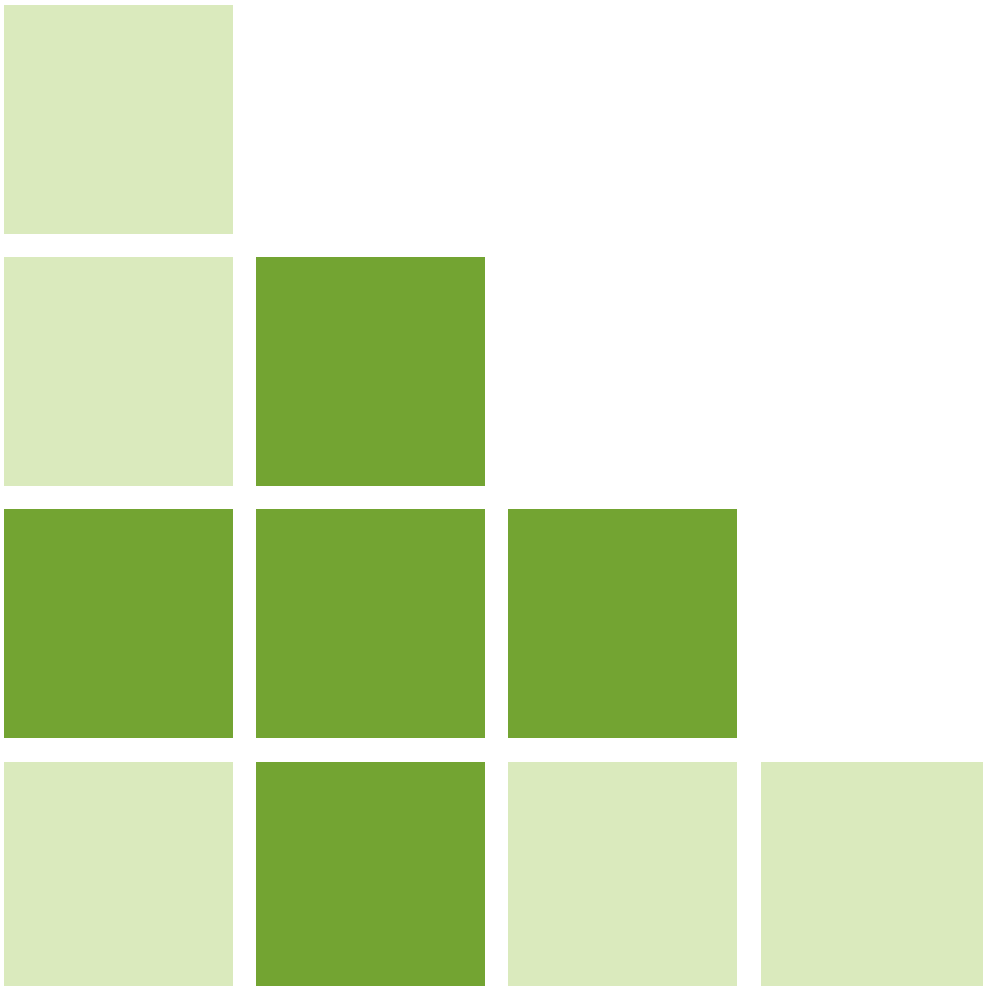
2025

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_CO2025ANOC_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 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 panggagamot. 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 답해 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 'ा(या दवा की योजना के बारे म आपके िकसी भी के जवाब देने के िलए हमारे पास मु= दुभािषया सेवाएँ उपल ह. एक दुभािषया ा करने के िलए, बस हम 888-712-3258 पर फोन कर. कोई जो िहरी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मु= 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 Italianovi 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.

Care Oregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) 由 CareOregon, Inc. 提供

2025 年度变更通知

您目前已投保成为 Care Oregon 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。如欲取得与费用、福利或规定有关的进一步信息，请查看《承保范围说明书》，该文件就位于我们的网站上，网址为 careoregonadvantage.org/materials。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. 询问：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。
 - 查看医疗照护费用（医生、医院）的变更
 - 查看本计划药物承保范围的变更，包括承保范围限制和分摊费用。
 - 考虑您将为保费、自付额和分摊费用花费多少金额。

- 查看 2025 年药物清单的变更，以确认您目前正在服用的药物仍属于承保范围。
 - 比较 2024 年和 2025 年的计划信息，看看是否有任何药物转移到不同的分摊费用级别，或者是否会受到不同的限制，例如 2025 年的事先授权、分步治疗或数量限制。
- 查看以确认您的基本保健医生、专科医生、医院及其他医疗服务提供商（包括药房）在明年是否隶属于本计划的网络。
 - 查看您是否有资格获得支付处方药费用的补助。收入有限的人可能有资格获得 Medicare 的“额外补助”。
 - 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 Plan Finder (Medicare 计划搜寻工具)：
www.medicare.gov/plan-compare 或查看您的《Medicare & You 2025》手册背面的列表。如需更多支持，请联系您的 State Health Insurance Assistance Program (SHIP，州健康保险援助计划)，与经过培训的顾问交谈。
- 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 2024 年 12 月 7 日之前未加入其他计划，您将继续参加 Care Oregon 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。您的新保险将会从 **2025 年 1 月 1 日开始生效**。这将结束您对 Care Oregon Advantage Plus 的投保。
- 请查看第 3.2 节第 15 页以进一步了解您的选项。
- 如果您最近刚搬进或住在某机构（如专业护理机构或长期照护医院），您可随时转换计划或转换至 Original Medicare（可包含也可不包含独立的 Medicare 处方药计划）。如果您最近搬出机构，您有机会在搬出当月后的整整两个月内更换计划或改用 Original Medicare。

其他资源

- 本文件有俄文版、简体中文版、繁体中文版、西班牙语文版及越南文版可供免费索取
- 请致电联系我们的客户服务电话：503-416-4279，或免费电话 888-712-3258 以了解更多信息。(TTY (听障专线) 用户请致电 711。) 从 10 月 1 日至来年 3 月 31 日，服务时间为每周七天，上午 8 点至晚上 8 点；从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五，上午 8 点至晚上 8 点。上述电话均为免费。

- 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。)
- **本计划的承保范围符合 Qualifying Health Coverage (QHC, 合格健康保险) 的资格且满足患者保护与 Affordable Care Act (ACA, 平价医疗法案) 的个人分摊责任规定。**请访问 Internal Revenue Service (IRS, 美国国税局) 网站: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 了解更多。

关于 Care Oregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus 是与 Medicare / Medicaid 订立合约的一个 HMO-POS D-SNP。投保 CareOregon Advantage Plus 需视合约续约情况而定。该计划还与 Oregon Health Plan (俄勒冈州健康计划) (Medicaid) 签订书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 当本文件提及“我们”或“我们的”时，其是指 Health Plan of CareOregon, Inc.。当本文件提及“计划”或“本计划”时，其是指 Care Oregon Advantage Plus。

2025 年度变更通知 目录

2025 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 2025 年 自动入保 Care Oregon Advantage Plus.....	15
第 2 节 明年的福利和费用变化	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	16
第 2.3 节 – 提供者和药房网络的变更	17
第 2.4 节 – 医疗服务的福利和费用变更	18
第 2.5 节 – D 部分处方药承保的变更.....	22
第 3 节 决定选择哪个计划.....	28
第 3.1 节 – 如果您想留在 Care Oregon Advantage Plus	28
第 3.2 节 – 如果您想更改计划	28
第 4 节 更改计划的截止日期	30
第 5 节 提供免费 Medicare 与 Medicaid 咨询的计划....	32
第 6 节 帮助支付处方药费用的计划.....	33

第 7 节 有疑问吗? 34

第 7.1 节 – 通过 *CareOregon Advantage Plus* 取得协助.....34

第 7.2 节 – 通过 Medicare 取得协助.....35

第 7.3 节 – 通过 Medicaid 取得协助.....36

2025 年重要费用摘要

下表比较了 Care Oregon Advantage Plus 在 2024 年与 2025 年于几项重要领域的费用。**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。

如果您在这一年丧失加入 Oregon Health Plan (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	2024（今年）	2025（明年）
每月计划保费*	\$0	\$0
* 您的保费可能高于此金额。详情请参见第 2.1 节。		
免赔额	\$0	\$0

医生诊所看诊	初级保健看诊： 每次看诊 \$0	初级保健看诊： 每次看诊 \$0
	专科医生看诊： 每次看诊 \$0	专科医生看诊： 每次看诊 \$0
住院病人住院	\$0	\$0
D 部分处方药承保范围 (详情请参见第 2.5 节。)	自付额：\$545，承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗除外。 如果您有资格获得“额外补助”，则免赔额阶段不适用于您。	自付额：\$590，承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗除外。 如果您有资格获得“额外补助”，则免赔额阶段不适用于您。
	适用于药物层级 1-4 的初始承保阶段期间的共付额：对于仿制药	适用于药物层级 1-4 的初始承保阶段期间的共付额：针对学名药

或被视为仿制药
的品牌药，您为
每份处方药支付
\$0/\$1.55/\$4.50。

对于所有其他药
物，您为每份处
方药支付 \$0/
\$4.60/\$11.20。

适用于药物层级
5 的初始承保阶
段期间的共付
额：

- 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。

重大伤病承保：

- 在此支付阶
段，该计划将

或被归类为学名
药的品牌药，您
需为每份处方支
付 \$0/\$1.60/
\$4.90。

针对所有其他药
物，您需为每份
处方支付 \$0/
\$4.80/\$12.15。

适用于药物层级
5 的初始承保阶
段期间的共付
额：

- 针对所有补充
药物或
Medicare 通常
不承保的精选
药物，您需为
每份处方支付
\$1.60。

重大伤病承保：

支付您的承保 D 部分药物的全部费用。 - 您可能需要为我们增强福利承保的药物支付分摊费用。 - 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。 - 您可能需要为我们增强福利承保的药物支付分摊费用。		
最高自付额 这是您将自行支付承保服务的最大费用。(详情请参见第 2.2 节。)	\$8,850 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。	\$9,350 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。

第 1 节 除非您选择其他计划，否则您将在 2025 年自动入保 Care Oregon Advantage Plus

如果您在 2024 年不采取任何操作，我们将自动将您入保到我们的 Care Oregon Advantage Plus。这意味着从 2025 年 1 月 1 日开始，您将通过 Care Oregon 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。该变更将会于 2025 年 1 月 1 日生效。

第 2 节 明年的福利和费用变化

第 2.1 节 – 每月保费的变更

费用	2024（今年）	2025（明年）
每月保费	\$0	\$0
(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。)		

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当年自付费用的金额。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	2024（今年）	2025（明年）
自付费用上限；由于本计划的会员也有获得 Medicaid 的补助，因此只有非常少的会员曾达到此自付费用上限。 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。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。	\$8,850	\$9,350 一旦您为承保的 A 部分和 B 部分服务自费支付了 \$9,350，您在该日历年的剩余时间内无需为承保的 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

您为处方药支付的金额可能取决于您使用的药房。Medicare 药物计划有一个药房网络。在大多数情况下，如果在我们的网络药房之一配药，您的处方药都在承保范围内。

更新的名录位于我们的网站：careoregonadvantage.org。您也可致电与客户服务部联系，以查询更新的医疗服务提供商和／或药房信息，或者要求我们邮寄一份名录给您，我们将会在三个工作日内邮寄给您。

明年，我们的提供者网络将会有变更。**请检视 2025 年《提供者名录》** (careoregonadvantage.org/providersearch) **查看您的提供者（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。**请检视 2025 年《药房名录》** (careoregonadvantage.org/pharmacy) **查看哪些药房属于我们的网络。**

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 – 医疗服务的福利和费用变更

请注意，《年度变更通知》为您说明的是有关 Medicare 和 Medicaid 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	2024（今年）	2025（明年）
CareCard 健康食品与非处方品项福利	您可以通过 CareOregon Advantage CareCard 每个福利年度获得 \$1,620 (每三个月 \$405)，用于购买健康相关的 OTC (Over-the-counter, 非处方) 品项和/或健康食品。	您可以通过 CareOregon Advantage CareCard 每个福利年度获得 \$1,378 (每三个月 \$344.50)，用于购买健康相关的非处方 (OTC) 品项、健康食品和/或支付公用事业。

费用	2024（今年）	2025（明年）
CareCard 补充牙科福利	您每年可获得 \$1,500 的补充牙科服务费用。	补充牙科服务不在承保范围内。 牙科福利仍然可以通过 Medicaid 获得。请参阅《承保范围说明》或您的 Medicaid 会员手册以了解更多信息。
家庭支持服务	您每年可以接受 Papa Pals 长达九十 (90) 小时的上门服务，以支持日常生活的辅助活动。	您每年可以接受 Papa Pals 长达六十 (60) 小时的上门服务，以支持日常生活的辅助活动。

费用	2024（今年）	2025（明年）
送餐计划	住院出院后，您最多可以获得 28 天的膳食（最多 56 餐，或每天三餐）。	送餐计划不属于承保的 Medicare 福利。 如果您的 Medicaid 福利由 CareOregon 管理，则承保住院后的送餐，最多 28 天的膳食（最多 84 餐，或每天三餐）。 如果您的 Medicaid 福利不是由 CareOregon 管理，请联系您的 Coordinated Care Organization (CCO) 或 Oregon Health Authority (OHA) 以协助确定您可以获得哪些福利。

费用	2024（今年）	2025（明年）
护理师咨询专线	您可以致电护理师咨询专线，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。	护理师咨询专线不属于承保的 Medicare 福利。 会员可以致电其初级保健提供者办公室寻求护士建议，或通过电话或网络视讯致电 Teladoc 寻求紧急护理。
B 部分药物	事先授权和逐步治疗要求每年都会发生变化，请联系客户服务以核实哪些药物需要事先授权或分步治疗。	事先授权和逐步治疗要求每年都会发生变化，请联系客户服务以核实哪些药物需要事先授权或分步治疗。

第 2.5 节 – D 部分处方药承保的变更

我们“药物清单”的变更

我们的承保药物清单被称为处方集或药物清单。我们的药物清单副本以电子方式提供。**如需完整药物清单**，致电客户服务部（请参阅封底）或访问我们的网站 (careoregonadvantage.org)。

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，我们可能会做出 Medicare 规则允许的其他变更，这些变更将在计划年度影响您。我们至少每月更新一次在线药物清单，以提供最新的药物清单。如果我们所做的变更会影响您取得正在服用的药物，我们将向您发送有关变更的通知。

如果您在年初或年中受到药物承保范围的影响，请查看《承保范围说明书》第 9 章并与医生讨论选项，例如要求临时供应、申请例外和/或寻找新药物。您还可以联系客户服务部，以获取更多信息。

目前，如果我们用与品牌药物具有相同或更少限制的新学名药版本替换它，我们可以立即将其从我们的药物清单中删除。此外，在添加新的学名药时，我们也可能决定将品牌药保留在我们的药物清单中，但立即添加新的限制。

从 2025 年开始，我们可以立即用某些生物相似物取代原有的生物制品。这意味着，例如，如果您正在使用被生物相似物取代的原有生物制品，您可能不会在我们变更前 30 天收到变更通知，也可能无法在网络药房获得一个月的原有生物制品供应量。如果您在我们进行变更时正在使用原有生物制品，您仍然会收到有关我们所做的具体变更的信息，但该信息可能会在我们进行更改后到达。

其中一些药物类型对您来说可能是新的。有关药物类型的定义，请参阅您的《承保范围说明书》第 12 章。Food and Drug Administration（FDA，美国食品药品监督管理局）也提供消费者有关药品的信息。请参阅 FDA 网站：
www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients。您也可以联系客户服务部或询问您的医疗保健提供者、处方开立者或药剂师以获取更多信息。

处方药福利和费用的变化

从 2025 年开始，共有 3 个**药物支付阶段**：年度自付额阶段、初始承保阶段和重大伤病承保阶段。D 部分福利中将不再存在承保缺口阶段和承保缺口折扣计划。

承保缺口折扣计划也将被制造商折扣计划取代。根据制造商折扣计划，药品制造商在初始承保阶段和重大伤病承保阶段为承保的 D 部分品牌药物和生物制品支付该计划全部费用的一部分。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣额不计入自付费用。

免赔额阶段的变更

阶段	2024（今年）	2025（明年）
第 1 阶段：年度免赔额阶段 在这个阶段，您需要支付您的药物的全部费用，直到您达到年度自付额。自付额不适用于承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗，包括带状疱疹、破伤风和旅游疫苗。	自付额为 \$545。 如果您有资格获得“额外补助”，则免赔额阶段不适用于您。	自付额为 \$590。 如果您有资格获得“额外补助”，则免赔额阶段不适用于您。

初始承保阶段费用分摊的变更

阶段	2024（今年）	2025（明年）
第 2 阶段：初始承保阶段 支付年度自付额后，您将进入初始承保阶段。在此阶段，计划将分摊您的部分药物费用，剩余部分由您支付。 此行中的费用是您在网络药局配药时一个月（30 天）的用量的费用。 有关长期供应费用的信息，请参阅《承保范围说明书》的第 6 章第 5 节。	以下层级的一月供应费用为： 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/\$1.55/\$4.50。 - 对于所有其他药物，您为每份处方药支付 \$0/\$4.60/\$11.20。 药物层级 5 - 对于补充药物或 Medicare 通常不承保的特定药物，您为每份处方药支付 \$1.55。	以下层级的一月供应费用为： 药物层级 1-4： - 针对学名药或被归类为学名药的品牌药，您需为每份处方支付 \$0/\$1.60/\$4.90。 - 针对所有其他药物，您需为每份处方支付 \$0/\$4.80/\$12.15。 药物层级 5 - 对于通常不在 Medicare 承保范围内的补充药物，您为每个处方支付 \$1.60。

我们也变更了药物清单中部分药物的层级。如需了解您的药物是否属于不同的层级，请查阅药物清单。

大多数成年人 D 部分疫苗均获得免费承保。

在您为 D 部分药物支付的自付费用达到 \$8,000 后，您便会进入下一个阶段 (重大伤病承保阶段)。

在您为 D 部分药物支付的自付费用达到 \$2,000 后，您便会进入下一个阶段 (重大伤病承保阶段)。

您的 Value-Based Insurance Design (VBID，基于价值的保险设计) D 部分福利的变更

	2024（今年）	2025（明年）
D 部分药物费用分摊	对于获得“额外补助”的人：处方集或药物清单中包含的所有 D 部分药物的共付额为 \$0。	对于获得“额外补助”的人：处方集上的所有 D 部分药物和批准的非处方 D 部分药物的共付款为 \$0。

重大伤病承保阶段的变更

重大伤病承保阶段是第三个也是最后一个阶段。从 2025 年开始，药品制造商在重大伤病承保阶段为承保 D 部分品牌药物和生物制品支付该计划全部费用的一部分。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣额不计入自付费用。

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

有关重大伤病承保阶段费用的详细信息，请参阅《承保范围说明书》中第 6 章第 6 节的重大伤病承保阶段。

第 3 节 决定选择哪个计划

第 3.1 节 – 如果您想留在 Care Oregon 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 日之前未入保其他计划或更改为 Original Medicare，您将自动入保我们的 Care Oregon Advantage Plus。

第 3.2 节 – 如果您想更改计划

我们希望您在明年继续成为我们的会员，但如果您想在 2025 年更换计划，请遵循下述步骤：

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 – 您可以变更为 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。

要了解有关 Original Medicare 和不同类型的 Medicare 计划的更多信息，请使用 Medicare Plan Finder

(www.medicare.gov/plan-compare)，阅读《Medicare & You 2025》手册，致电您的州健康保险援助计划（请参阅第 5 节），或致电 Medicare（请参阅第 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。您将会自动从 Care Oregon Advantage Plus 退保。
- 如需**更改为具有处方药计划的 Original Medicare**，请参保新药物计划。您将会自动从 Care Oregon Advantage Plus 退保。
- 如需**更改为不具有处方药计划的 Original Medicare**，您必须：
 - 寄送书面退保申请给我们。如果您需要更多如何操作的信息，请联系客户服务部。[Adobe IDAdobe ID](#)

- - 或者 - 联系 **Medicare**，致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时，并要求退保。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

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 更改计划的截止日期

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。该变更将会于 2025 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“额外补助”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 Oregon Health Plan (Medicaid)，因此您可以在一年中的任何月份终止您在我们计划中的会员资格。您也可以选择在任何月份加入另一个 Medicare 计划，包括：

- Original Medicare 和单独的 Medicare 处方药计划，

- 没有单独的 Medicare 处方药计划的 Original Medicare (如果您选择此选项，Medicare 可能会将您入保药物计划，除非您选择退出自动入保。)，或者
- 如果符合条件，一项综合 D-SNP 可在一项计划中提供您的 Medicare 以及大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

如果您投保了在 2025 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 计划，但您不喜欢您所选择的计划，则您可在 2025 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间转换至其他 Medicare 健康计划（可包含也可不包含 Medicare 处方药保险），或者转换至 Original Medicare（可包含也可不包含 Medicare 处方药保险）。

如果您最近刚搬进或目前住在某机构（如专业护理机构或长期照护医院），则您可**随时**更换 Medicare 保险。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）。如果您最近搬出机构，您有机会在搬出当月后的整整两个月内更换计划或改用 Original Medicare。

第 5 节 提供免费 Medicare 与 Medicaid 咨询的计划

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

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。您可以致电 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA)，电话：800-722-4134。您可访问其网站 (shiba.oregon.gov) 以了解有关 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) 的进一步信息。

如对您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利有疑问，请致电 Oregon Health Plan 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 Coordinated Care Organization (CCO)，您也可以致电该组织。电话号码列于您的 CCO 或 Oregon Health 会员卡背面。询问加入其他计划或恢复 Original Medicare 将会对您取得 Oregon Health Plan 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“额外补助”**。因为您有 Medicaid，所以您已经加入“额外补助”（亦称为低收入补贴）。
“额外补助”可用于支付您部分的处方药保费，年度自付额和共同保险金。由于您符合资格，您不会有延迟投保罚款。如果您对“额外补助”有疑问，请致电：
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请致电 1-877-486-2048，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时；
 - 致电 1-800-772-1213 与 Social Security Office（社会安全局办公室）联系以要求与代表通话，服务时间为周一至周五，上午 8 点至晚上 7 点。全天 24 小时自动回复信息。TTY 用户请致电 1-800-325-0778；或
 - 您的州政府 Medicaid 办公室。
- **Human Immunodeficiency Virus（HIV，人类免疫缺陷病毒）／Acquired Immunodeficiency Syndrome（AIDS，艾滋病）患者的处方药费用分摊援助**。AIDS Drug Assistance Program（ADAP，艾滋病药物协助计划）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。同时属于 ADAP 承保范围的 Medicare D 部分处方药有资格通过 CARE Assist 计划取得处方药分摊费用补助。如需与资格标准、承保药物或计划入保方式有关的信息，请致电 971-673-0144 或免费电话 800-805-2313。

第 7 节 有疑问吗？

第 7.1 节 – 通过 *CareOregon Advantage Plus* 取得协助

有疑问？我们将随时提供帮助。请致电 503-416-4279 与客户服务部联系或致电免费电话 888-712-3258。（TTY 用户请致电 711）。服务时间为 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每周 7 天，上午 8 点到晚上 8 点，从 4 月 1 日到 9 月 30 日，周一至周五，上午 8 点至晚上 8 点

阅读您的 2025 年《承保范围说明书》（该文件包含了与明年福利和费用有关的详细信息）

本年度变更通知旨在为您提供 2025 年福利和费用的变更摘要。如欲了解详情，请查看 CareOregon Advantage Plus 的 2025 年《承保范围说明书》。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。您可在我们的网站 careoregonadvantage.org/materials 找到《承保范围说明书》的副本。您也可以致电客户服务部，要求我们向您邮寄《承保范围说明书》。

访问我们的网站

您也可访问我们的网站 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（处方集／药物清单）的最新信息。

第 7.2 节 – 通过 Medicare 取得协助

直接从 Medicare 获得信息：

致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

登录 Medicare 网站

访问 Medicare 网站 (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。如欲查看计划相关信息，请访问 www.medicare.gov/plan-compare。

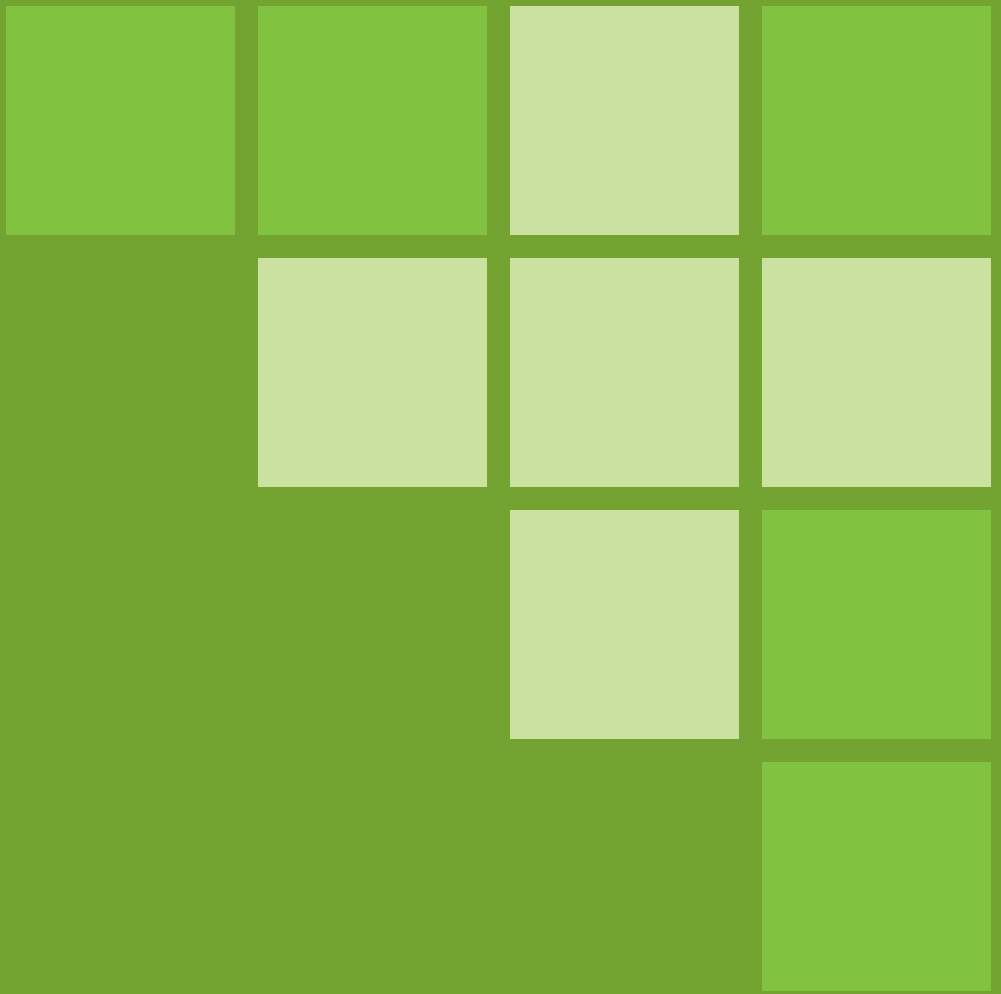
阅读《Medicare & You 2025》

请阅读《Medicare & You 2025》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。如果您没有本文件的副本，您可通过 Medicare 的网站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 取得，或者致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

第 7.3 节 – 通过 Medicaid 取得协助

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。如果您有参加 Coordinated Care Organization (CCO)，您可致电您 CCO 会员卡背面所列的电话号码与他们联系。

您可以获得其他语言、大字体、盲文或您偏好格式的版本。您也可以要求口译员服务。此帮助是免费的。请致电 888-440-9912 或 TTY 711。



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