更多選擇,更優質的照護。這是我們的優勢。

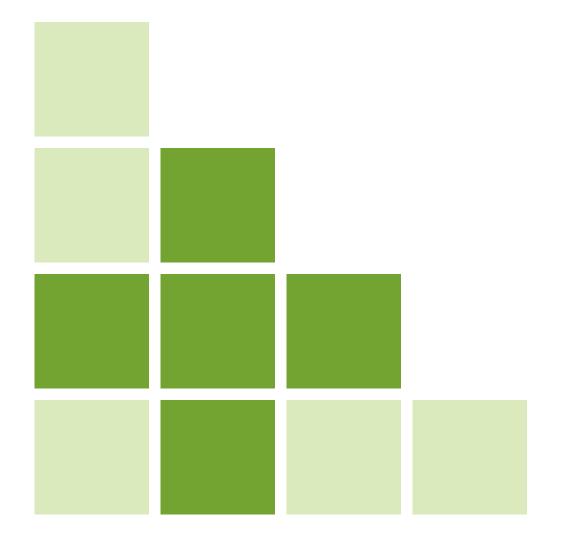
2025

年度變更通知

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

適用的俄勒岡州郡縣:Clackamas、Columbia、Jackson、Multnomah、Tillamook 及 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 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'assurancemédicaments. 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 888-712-3258 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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. 통역서비스를 이용하려면 전화 888-712-3258 번으로 문의해주십시오. 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ございます。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 3258-712-888. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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

2025 年度變更通知

您目前已投保成為 Care Oregon Advantage Plus 的會員。本計劃的費用和福利在明年將會有一些變更。*請參閱第 5 頁以查看包括保費在內的重要費用摘要。*

本文件將會說明您計劃變更的相關資訊。如欲取得與費用、福利或規定有關的進一步資訊,請查看《承保範圍說明書》,該文件就位於我們的網站上,網址為careoregonadvantage.org/materials。您也可致電與客戶服務部聯絡以要求我們郵寄一份《承保範圍說明書》給您。

現在應採取的行動

- 1. 詢問:哪些變更適用於您
- □ 查看本計劃的福利與費用變更,以確認這些變更是否 會對您造成影響。
 - 查看醫療照護費用(醫生、醫院)的變更
 - 查看本計劃藥物承保範圍的變更,包括承保範圍限制和 分攤費用。

- 考慮您將為保費、自付額和分攤費用花費多少金額。
- 查看 2025 年藥物清單的變更,以確認您目前正在 服用的藥物仍屬於承保範圍。
- 比較 2024 年和 2025 年的計劃信息,看看是否有任何藥物轉移到不同的分攤費用級別,或者是否會受到不同的限制,例如 2025 年的事先授權、分步治療或數量限制。
- □ 查看以確認您的基本保健醫生、專科醫生、醫院及其 他醫療服務提供者(包括藥房)在明年是否隸屬於本 計劃的網絡。
- □ 查看您是否有資格獲得支付處方藥費用的補助。收入 有限的人可能有資格獲得 Medicare 的「額外補助」。
- □ 想想您對本計劃是否感到滿意。
- 2. 比較:瞭解其他計劃選項
- □ 查看您所在地區各項計劃的承保範圍與費用。使用 Medicare Plan Finder(Medicare 計劃搜尋工具): www.medicare.gov/plan-compare 或查看您的《Medicare & You 2025》手冊背面的列表。如需更多支持,請聯絡 您的 State Health Insurance Assistance Program(SHIP, 州健康保險援助計劃),與經過培訓的顧問交談。

- □ 在您將選擇範圍縮小至您喜好的計劃之後,請在該計 劃的網站上確認費用和承保範圍。
- 3. 選擇:決定您是否想要更換計劃
 - 如果您在 2024 年 12 月 7 日之前未加入其他計劃,您將 繼續參加 Care Oregon Advantage Plus。
 - 如欲更換至其他計劃,您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日 之間轉換計劃。您的新保險將會從 2025 年 1 月 1 日開 始生效。這將結束您對 Care Oregon Advantage Plus 的 投保。
 - 請查看第 3.2 節第 15 頁以進一步瞭解您的選項。
 - 如果您最近剛搬進或住在某機構(如專業護理機構或長期照護醫院),您可隨時轉換計劃或轉換至 Original Medicare (可包含也可不包含獨立的 Medicare 處方藥計劃)。如果您最近搬出機構,您有機會在搬出當月後的整整兩個月內更換計劃或改用 Original Medicare。

其他資源

- 本文件有俄文版、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
- 請致電聯絡我們的客戶服務電話:503-416-4279,或免費電話888-712-3258以瞭解更多資訊。(TTY(聽障專線)使用者請致電711。)從10月1日至隔年3月31

- 日,服務時間為每週七天,上午8點至晚上8點;從4月1日至9月30日,服務時間為週一至週五,上午8點至晚上8點。上述電話均為免費。
- 本資訊有其他格式(包括盲文版和大字版)可供索取。 請致電 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 與客戶 服務部聯絡。(TTY 使用者請致電 711。)
- 本計劃的承保範圍符合 Qualifying Health Coverage
 (QHC, 合格健康保險) 的資格且滿足患者保護與
 Affordable Care Act(ACA,平價醫療法案)的個人分攤
 責任規定。請造訪 Internal Revenue Service(IRS,美國國稅局)網站:www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多。

關於 Care Oregon Advantage Plus

 CareOregon Advantage Plus 是一項與 Medicare/Medicaid 均簽有合約的 HMO-POS D-SNP 計劃。投保 CareOregon Advantage Plus 需視合約續約情況而定。本計劃也與 Oregon Health Plan(俄勒岡州健康計劃)(Medicaid) 簽 有書面協議,以協調您的 Medicaid 福利。 當本文件提及「我們」或「我們的」時,其是指 Health Plan of CareOregon, Inc.。當本文件提及「計劃」或「本 計劃」時,其是指 Care Oregon Advantage Plus。

H5895_CO2025ANOC_M

2025 *年度變更通知* 目錄

20	25 年	■重要費用摘要	. 12
第	1節	除非您選擇其他計劃,否則您將在 2025 年 自動入保 Care Oregon Advantage Plus	. 16
第	2 節	明年的福利和費用變化	. 16
	第 2.	1 節 – 月保費的變更	16
	第 2.	2 節 – 自付費用上限的變更	17
	第 2.	3 節 – 提供者和藥房網絡的變更	19
	第 2.	4 節 – 醫療服務的福利和費用變更	20
	第 2.	5 節 – D 部分處方藥承保的變更	24
第	3 節	決定選擇哪個計劃	. 30
	第 3.	1 節 – 如果您想留在 Care Oregon Advantage Plus	30
	第 3.	2 節 - 如果您想更換計劃	31

第	4 1	節	更改計劃的截止日期	32
第	5 [節	提供免費 Medicare 與 Medicaid 諮詢的計劃	34
第	6 1	節	幫助支付處方藥費用的計劃	35
第	7 [節	有疑問嗎?	36
	第	7.1 節	– 透過 CareOregon Advantage Plus 取得協助	26
	715		— 发過 CareOregon Advantage Flas 以何励均	30
			- 透過 Care Oregon Advantage Flas 以中 励助 - 透過 Medicare 取得協助	

2025年重要費用摘要

下表比較了 Care Oregon Advantage Plus 在 2024 年與 2025年於幾項重要領域的費用。**請注意,這僅是一份費用摘要**。如果您符合 Medicaid 的 Medicare 分攤費用補助資格,您需為自付額、醫生診所就診及住院支付的費用將為 \$0。

如果您在一年當中喪失 Oregon Health Plan (Medicaid) 的資格,您將無法再獲得 Medicaid 的福利,且您將需支付通常屬於 Medicaid 承保範圍的 Medicare 保費或分攤費用。

費用	2024(今年)	2025(明年)
計劃月保費* * 您的保費可能會高於 此金額。請參閱第 2.1 節以瞭解詳情。	\$0	\$0
自付額	\$0	\$0
醫生診所就診	基本保健就診: 每次就診 \$0	基本保健就診: 每次就診 \$0

專科醫生看診: 專科醫生看診: 每次就診 \$0 每次就診 \$0 \$0 \$0 住院 D 部分處方藥保險 自付額:\$545 , 自付額:\$590 , 承保的胰島素產 承保的胰島素產 (請參閱第 2.5 節以瞭 品和大多數成人 品和大多數成人 解詳情。) D部分疫苗除 D部分疫苗除 外。 外。 如果您符合「額 如果您符合「額 外補助」的資 外補助」的資 格,則自付額階格,則自付額階 段不適用於您。 段不適用於您。 在初始承保階段 在初始承保階段 期間藥物層級 1-期間藥物層級 1-4 的共付額:針 4 的共付額:針 對學名藥或被歸 對學名藥或被歸 類為學名藥的品 類為學名藥的品 牌藥,您需為每 牌藥,您需為每

\$1.55/\$4.50 °

針對其他所有藥 物,您需為每份 處方支付 \$0/ 處方支付 \$0/ \$4.60/\$11.20 °

在初始承保階段 藥物層級 5 的共 付額:

針對所有補充針對所有補充 藥物或通常不 屬於 Medicare 承保範圍的特 定藥物,您需 為每份處方支 付 \$1.55。

在此付款階段在此付款階段 期間,本計劃 將會給付您承

份處方支付 \$0/ 份處方支付 \$0/ \$1.60/\$4.90 °

> 針對所有其他藥 物,您需為每份 \$4.80/\$12.15 °

> 在初始承保階段 藥物層級 5 的共 付額:

藥物或 Medicare 通常 不承保的精撰 藥物,您需為 每份處方支付 \$1.60 °

重大傷病承保: 重大傷病承保:

期間,本計劃 將會給付您承

保D部分藥物 的全額費用。

- 您可能需要為● 我們增強福利 承保的藥物支 付分攤費用。
- 的全額費用。 您可能需要為 我們增強福利 承保的藥物支 付分攤費用。

保D部分藥物

自付費用上限

這是您將自行支付承 保服務的最大費用。 (請參閱第 2.2 節以瞭 解詳情。)

\$8,850

您無需負責為屬 於承保範圍的 A 部分和 B 部分服 務支付任何可計 的自付費用。

\$9,350

您無需負責為屬 於承保範圍的 A 部分和 B 部分服 務支付任何可計 入自付費用上限 入自付費用上限 的自付費用。

第 1 節 除非您選擇其他計劃,否則您將在 2025 年自動 入保 Care Oregon Advantage Plus

如果您在 2024 年不採取任何操作,我們將自動將您入保到我們的 Care Oregon Advantage Plus。這意味著從 2025 年 1月 1日開始,您將透過 Care Oregon Advantage Plus 獲得醫療和處方藥承保。如果您想更換計劃或轉換至 Original Medicare 並透過處方藥計劃取得您的處方藥保險,您必須在 10月 15日至 12月 7日期間更換計劃。該變更將會於 2025年 1月 1日生效。

第2節 明年的福利和費用變化

第2.1節-月保費的變更

費用	2024(今年)	2025(明年)
月保費	\$0	\$0
(除非 Medicaid 為您支付 Medicare B 部分的保費,否則您也必須繼續支付該費用。)		

第 2.2 節 – 自付費用上限的變更

Medicare 要求所有健康計劃限制您當年自付費用的金額。 此限額稱為自付費用上限。在您達到該金額之後,在該年度 的剩餘時間,您通常無需為 A 部分和 B 部分的承保服務支 付任何費用。

2024(今年) 費用 2025 (明年) \$8,850 \$9,350 自付費用上限;由於本 一旦您為承保 計劃的會員也有獲得 的 A 部分和 B Medicaid 的補助,因此 部分服務自費 只有非常少的會員曾達 支付了 到此自付費用上限。 \$9,350,您在 您無需負責為屬於承保 該日曆年的剩 範圍的 A 部分和 B 部分 餘時間內無需 服務支付任何可計入自 為承保的 A 部 付費用上限的自付費 分和 B 部分服 用。您為承保醫療服務 務支付任何費 支付的費用(例如共付 用。 額和自付額)將會計入 您的自付費用上限中。 您的計劃保費和處方藥 費用將不會計入您的自 付費用上限中。

第 2.3 節 - 提供者和藥房網絡的變更

您為處方藥支付的金額可能取決於您使用的藥房。Medicare 藥物計劃有一個藥房網絡。在大多數情況下,*如果*在我們的 網路藥房之一配藥,您的處方藥都在承保範圍內。

更新的名錄位於我們的網站:careoregonadvantage.org。您也可致電與客戶服務部聯絡,以查詢更新的醫療服務提供者和/或藥房資訊,或者要求我們郵寄一份名錄給您,我們將會在三個工作日內郵寄給您。

本計劃的醫療服務提供者網絡在明年將有一些變更。**請檢視 2025 年《提供者名錄》**

(careoregonadvantage.org/providersearch) 查看您的提供者 (初級保健提供者、專科醫生、醫院等) 是否在我們的網絡中。

本計劃的藥房網絡在明年將有一些變更。請檢視 2025 年《藥房名錄》(careoregonadvantage.org/pharmacy) 查看哪些藥房隸屬於我們的網絡。

請務必瞭解,我們可能會在一年當中變更隸屬於您計劃的醫院、醫生和專科醫生(醫療服務提供者)及藥房。如果在年中發生的醫療服務提供者變更對您造成影響,請與客戶服務部聯絡以便我們可以提供協助。

第 2.4 節 - 醫療服務的福利和費用變更

請注意,《年度變更通知》為您說明的是有關 Medicare 和 Medicaid 福利和費用的變更。

我們即將在明年針對某些醫療服務的費用與福利進行變更。 下方資訊將會說明這些變更。

CareCard 健康食 您可以透過 您可以透過 CareOregon Advantage CareCard 每個福利年度獲得 每個福利年度獲得 \$1,620(每三個月 \$1,378(每三個月 \$405),用於購買 \$344.50),用於購 健康相關的 OTC (Over-the- (Over-the- counter,非處方) 康食品和/或支付品項和/或健康食 公用事業。品。	費用	2024(今年)	2025(明年)
	品與非處方品項	CareOregon Advantage CareCard 每個福利年度獲得 \$1,620(每三個月 \$405),用於購買 健康相關的 OTC (Over-the- counter,非處方) 品項和/或健康食	CareOregon Advantage CareCard 每個福利年度獲得 \$1,378(每三個月 \$344.50),用於購 買健康相關的非處 方 (OTC) 品項、健 康食品和/或支付

費用	2024(今年)	2025(明年)
CareCard 補充牙 科福利	您每年可獲得 \$1,500 的補充牙科 服務費用。	補充牙科服務不在 承保範圍內。
		牙科福利仍然可以 透過 Medicaid 獲
		得。請參閱《承保 範圍說明》或您的
		Medicaid 會員手冊
		以瞭解更多資訊。
家庭支援服務	您每年可以接受	您每年可以接受
	Papa Pals 長達九十	Papa Pals 長達六十
	(90) 小時的上門服 務,以支援日常生	(60) 小時的上門服 務,以支援日常生
	活的輔助活動。	活的輔助活動。
送餐計劃	住院出院後,您最	送餐計劃不屬於承
	多可以獲得 28 天	保的 Medicare 福
	的膳食(最多 56	利。

費用	2024(今年)	2025(明年)
	餐)。	如果您的 Medicaid 福利 CareOregon 管後天餐餐 知解 是多 84 餐)。如果您的 Medicaid 高級 等。如果您的 不是理,以为你是理,请解 的 CareOregon 管理,请解 你们以可以不是理的 Coordinated Care Organization (CCO) 可以 Oregon Health 以被得哪些福利。

2024 (今年) 費用 2025 (明年) 護理師諮詢專線 您可以致電護理師 護理師諮詢專線不 諮詢專線,服務時 屬於承保的 間為每週7天、每 Medicare 福利。 天 24 小時。 會員可以致電其初 級保健提供者辦公 室尋求護士建議, 或透過電話或網路 視訊致電 Teladoc 尋求緊急護理。 B部分藥物 事先授權和逐步治 事先授權和逐步治 療要求每年都會發 療要求每年都會發 生變化,請聯絡客 生變化,請聯絡客 戶服務以核實哪些 戶服務以核實哪些 藥物需要事先授權 藥物需要事先授權 或分步治療。 或分步治療。

第 2.5 節 - D 部分處方藥承保的變更

我們「藥物清單」的變更

我們的承保藥物清單被稱為處方集或藥物清單。我們透過電子方式提供藥物清單的副本。如需*完整*藥物清單,致電客戶服務部(請參閱封底)或造訪我們的網站(careoregonadvantage.org)。

我們已針對本計劃的藥物清單進行變更,其中可能包括移除或新增藥物、變更適用於某些藥物的承保限制,或是將藥物移到不同的分攤費用層級。請檢視藥物清單以確認您的藥物在明年將屬於承保範圍,並確認您的藥物是否將會有任何限制,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 將在計劃年度影響您。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影響您 取得正在服用的藥物,我們將向您發送有關變更的通知。

如果您在年初或年中受到藥物承保範圍的影響,請查看《承保範圍說明書》第9章並與醫生討論選項,例如要求臨時供應、申請例外和/或搜尋新藥物。您也可致電與客戶服務部聯絡以取得進一步資訊。

目前,如果我們用與品牌藥物具有相同或更少限制的新學名藥版本替換它,我們可以立即將其從我們的藥物清單中刪除。此外,在添加新的學名藥時,我們也可能決定將品牌藥保留在我們的藥品清單中,但立即添加新的限制。

從 2025 年開始,我們可以立即用某些生物相似物取代原有的生物製品。這意味著,例如,如果您正在使用被生物相似物取代的原有生物製品,您可能不會在我們變更前 30 天收到變更通知,也可能無法在網絡藥房獲得一個月的原有生物製品供應量。如果您在我們進行變更時正在使用原有生物製品,您仍然會收到有關我們所做的具體變更的資訊,但該資訊可能會在我們進行更改後到達。

其中一些藥物類型對您來說可能是新的。有關藥物類型的定義,請參閱您的《承保範圍說明書》第 12 章。Food and Drug Administration(FDA,美國食品藥物管理局)也提供消費者有關藥品的資訊。請參閱 FDA 網站:www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients。您也可以聯絡客戶服務部或詢問您的醫療保健提供者、處方開立者或藥劑師以獲取更多資訊。

處方藥福利和費用的變化

從 2025 年開始,共有 3 個**藥物支付階段**:年度自付額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。D 部分福利中將不再存在承保缺口階段和承保缺口折扣計劃。

承保缺口折扣計劃也將被製造商折扣計劃取代。根據製造商 折扣計劃,藥品製造商在初始承保階段和重大傷病承保階段 為承保的 D 部分品牌藥物和生物製品支付該計劃全部費用 的一部分。製造商根據製造商折扣計劃支付的折扣額不計入 自付費用。

自付額階段的變更

階段

2024(今年)

2025 (明年)

第 1 階段:年度自付 自付額為 \$545。 額階段

在這個階段,您需要外補助」的資外補助」的資 支付您的藥物的全部格,則自付額階格,則自付額階 **費用**,直到您達到年 段不適用於您。 段不適用於您。 度自付額。自付額不 適用於承保的胰島素 產品和大多數成人 D 部分疫苗,包括帶狀 疱疹、破傷風和旅遊 疫苗。

如果您符合「額

自付額為 \$590。 如果您符合「額

初始承保階段費用分攤的變更

階段

2024 (今年)

2025 (明年)

第2階段:初始承保 以下層級的一個 階段

支付年度自付額後, 您將進入初始承保階 段。在此階段,計劃 將分攤您的部分藥物 費用,剩餘部分由您 支付。

此行中的費用是您在 網絡藥局配藥時一個 月(30天)的用量 的費用。

有關長期供應費用的 資訊,請參閱《承保 範圍說明書》的第6 章第5節。

我們也變更了藥物清 單中部分藥物的層 級。如欲確認您的藥 月供應費用為:

藥物層級 1-4:

- 針對學名藥或 被歸類為學名 藥的品牌藥, 您需為每份處 方支付 \$0/ \$1.55/\$4.50 °
- 針對其他所有 藥物,您需為 每份處方支付 \$0/\$4.60/ \$11.20 °

藥物層級 5

針對補充藥物 或通常不屬於 Medicare 承保 範圍的特定藥

以下層級的一個 月供應費用為:

藥物層級 1-4:

- 針對學名藥或 被歸類為學名 藥的品牌藥, 您需為每份處 方支付 \$0/ \$1.60/\$4.90 °
- 針對所有其他 藥物,您需為 每份處方支付 \$0/\$4.80/ \$12.15 °

藥物層級 5

• 對於通常不在 Medicare 承保 節圍內的補充 藥物,您為每

物是否將會移到不同 層級,請在藥物清單 中查看您的藥物。

大多數成人 D 部分疫苗均屬於承保範圍, 您無需付費。 物,您需為每 份處方支付 \$1.55。

在您為 D 部分藥物支付的自付費用達到 \$8,000 後,您便會進入下一個階段(重大傷病承保階段)。

個處方支付 \$1.60。

在您為 D 部分藥物支付的自付費用達到 \$2,000後,您便會進入下一個階段(重大傷病承保階段)。

Value-Based Insurance Design(VBID,基於價值的保險設計)D 部分福利的變更

	2024(今年)	2025(明年)
D部分藥物費用分	對於獲得「額外補	對於獲得「額外幫
攤	助」的人:處方集	助」的人:處方集
	或藥物清單中包含	上的所有 D 部分
	的所有 D 部分藥	藥物和批准的非處
	物的共付額為	方 D 部分藥物的
	\$0 °	共付款為 \$0。

重大傷病承保階段的變更

重大傷病承保階段是第三個也是最後一個階段。從 2025 年開始,藥品製造商在重大傷病承保階段為承保 D 部分品牌藥物和生物製品支付該計劃全部費用的一部分。製造商根據製造商折扣計劃支付的折扣額不計入自付費用。

如果您達到重大傷病承保階段,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範圍的排除藥物支付分攤費用。

有關重大傷病承保階段費用的詳細資訊,請參閱《承保範圍 說明書》中第6章第6節的重大傷病承保階段。

第3節 決定選擇哪個計劃

第 3.1 節 – 如果您想留在 Care Oregon Advantage Plus

如欲留在本計劃,您不需要採取任何行動。如果您在 12 月 7 日之前未入保其他計劃或更改為 Original Medicare,您將 自動入保我們的 Care Oregon Advantage Plus。

第 3.2 節 - 如果您想更換計劃

我們希望您在明年繼續成為我們的會員,但如果您想在 2025 年更換計劃,請遵循下述步驟:

步驟 1:瞭解並比較您的選項

- 您可加入其他 Medicare 健康計劃;
- 或者 您可以變更為 Original Medicare。如果您更換至
 Original Medicare,您將需決定是否要加入 Medicare 藥物計劃。

要瞭解有關 Original Medicare 和不同類型的 Medicare 計劃的更多資訊,請使用 Medicare Plan Finder (www.medicare.gov/plan-compare),閱讀《Medicare & You 2025》手冊,致電您的州健康保險援助計劃(請參閱第 5節),或致電 Medicare(請參閱第 7.2 節)。

步驟 2: 更換保險

- 如欲更換至附有處方藥計劃的 Original Medicare,請投保新的藥物計劃。您將會自動從 Care Oregon Advantage
 Plus 退保。
- 如欲更換至附有處方藥計劃的 Original Medicare,請投保新的藥物計劃。您將會自動從 Care Oregon Advantage
 Plus 退保。

- 如欲**更換至未附有處方藥計劃的 Original Medicare**,您 必須採取下列其中一項行動:
 - 。寄送書面退保申請給我們。如果您需要更多如何操作的資訊,請聯絡客戶服務部。Adobe IDAdobe ID
 - 可者-聯絡 Medicare, 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),服務時間為每週 7 天、每天 24 小時,並要求退保。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

如果您轉換至 Original Medicare 且您**沒有**投保獨立的 Medicare 處方藥計劃,Medicare 可能會為您投保一項藥物計劃,除非您選擇退出自動投保。

第4節 更改計劃的截止日期

如果您想在明年更換至其他計劃或 Original Medicare,您可在 **10 月 15 日至 12 月 7 日**期間這麼做。該變更將會於 2025年 1 月 1 日生效。

您是否可在一年當中的其他時間更換計劃?

在某些情況下,您也可在一年當中的其他時間更換計劃。例子包括擁有 Medicaid 的人士、有獲得「額外補助」支付藥物費用的人士、擁有或退出雇主保險的人士以及搬離服務區域的人士。

由於您有 Oregon Health Plan (Medicaid),因此您可以在一年中的任何月份終止您在我們計劃中的會員資格。您也可以選擇在任何月份加入另一個 Medicare 計劃,包括:

- Original Medicare 和單獨的 Medicare 處方藥計劃,
- 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 可在一項計劃中提供您的 Medicare 以及大部分或全部 Medicaid 福利和服務。

如果您投保了在 2025 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 2025 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間轉換至其他 Medicare 健康計劃(可包含也可不包含 Medicare 處方藥保險),或者轉換至 Original Medicare(可包含也可不包含 Medicare 處方藥保險)。如果您最近剛搬進或目前住在某機構(如專業護理機構或長期照護醫院),則您可隨時更換 Medicare 保險。您可隨時更換至任何其他 Medicare 健康計劃(可包含也可不包含Medicare 處方藥保險),或者轉換至 Original Medicare(可包含也可不包含獨立 Medicare 處方藥計劃)。如果您最近搬出機構,您有機會在搬出當月後的整整兩個月內更換計劃或改用 Original Medicare。

第 5 節 提供免費 Medicare 與 Medicaid 諮詢的計劃

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,老年人健康保險福利協助)。

這是一項州政府計劃,獲得聯邦政府的資金以向擁有Medicare 的人士提供**免費**的當地健康保險諮詢。SHIBA 諮詢人員可協助您處理與 Medicare 有關的疑問或問題。他們可協助您瞭解您的 Medicare 計劃選項並回答與轉換計劃有關的問題。您可以致電 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA),電話:800-722-4134。您可造訪其網站(shiba.oregon.gov) 以瞭解有關 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) 的進一步資訊。

如對您的 Oregon Health Plan (Medicaid) 福利有疑問,請致電 Oregon Health Plan 客戶服務部免費電話 800-273-0557 (TTY 711)。他們的服務時間為上午 8 點至下午 5 點。如果您有參加 Coordinated Care Organization (CCO),您也可致電與他們聯絡。電話號碼就列在您 CCO 或 Oregon Health 會員卡的背面。詢問加入其他計劃或恢復 Original Medicare 將會對您取得 Oregon Health Plan 承保的方式有何影響。

第6節 幫助支付處方藥費用的計劃

您可能有資格獲得支付處方藥費用的補助。以下我們列出了 不同類型的補助:

- Medicare 的「額外補助」。由於您擁有 Medicaid,因此您已註冊「額外補助」,又稱為低收入補助。「額外補助」可用於支付您部分的處方藥保費,年度自付額和共同保險金。由於您符合資格,您不會有延遲投保罰款。如果您對「額外補助」有疑問,請致電:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請 致電 1-877-486-2048,服務時間為每週 7 天、每天 24 小時;
 - 致電 1-800-772-1213 與 Social Security Office(社會安全局辦公室)聯絡以要求與代表通話,服務時間為週一至週五,上午8點至晚上7點。自動語音訊息每天24小時均可使用。TTY使用者請致電1-800-325-0778;或
 - 。您的州政府 Medicaid 辦公室。
- Human Immunodeficiency Virus (HIV, 人類免疫缺乏病毒) / Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS, 愛滋病) 患者處方藥分攤費用補助。AIDS Drug Assistance
 Program (ADAP, 愛滋病藥物補助計劃) 旨在協助確保符

合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者能夠取得拯救生命的 HIV 藥物。個人必須符合特定標準,包括本州居民身分證明及 HIV 狀態、州政府所定義的低收入以及沒有保險/保險不足狀態。同時屬於 ADAP 承保範圍的 Medicare D 部分處方藥有資格透過 CARE Assist 計劃取得處方藥分攤費用補助。如需與資格標準、承保藥物或計劃入保方式有關的資訊,請致電 971-673-0144 或免費電話 800-805-2313。

第7節 有疑問嗎?

第 7.1 節 – 透過 CareOregon Advantage Plus 取得協助

有疑問嗎?我們可隨時提供協助。請致電 503-416-4279 與客戶服務部聯絡或致電免費電話 888-712-3258。(TTY 使用者請致電 711)。服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日,每週 7 天,上午 8 點到晚上 8 點,從 4 月 1 日到 9 月 30日,週一至週五,上午 8 點至晚上 8 點

閱讀您的 2025 年《承保範圍說明書》(該文件包含了與明 年福利和費用有關的詳細資訊)

本年度變更通知旨在為您提供 2025 年福利和費用的變更摘要。如欲瞭解詳情,請查看 CareOregon Advantage Plus 的 2025 年《承保範圍說明書》。該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。其中解釋了

您的權利以及獲得承保服務和處方藥所需遵循的規則。您可在我們的網站 careoregonadvantage.org/materials 找到《承保範圍說明書》的副本。您也可以致電客戶服務部,要求我們向您郵寄《承保範圍說明書》。

造訪我們的網站

您也可造訪我們的網站 careoregonadvantage.org。在此提醒您,我們的網站有與醫療服務提供者網絡(《醫療服務提供者名錄》)和《承保藥物清單》(處方集/藥物清單)有關的最新資訊。

第 7.2 節 - 透過 Medicare 取得協助

如欲直接透過 Medicare 取得資訊:

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

造訪 Medicare 網站

造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。該網站包含了與費用、承保範圍及品質星級評比有關的資訊,以協助您比較您所在地區的 Medicare 健康計劃。如欲查看計劃相關資訊,請造訪 www.medicare.gov/plan-compare。

閱讀《Medicare & You 2025》

請閱讀《Medicare & You 2025》手冊。每年秋天均會郵寄本文件給擁有 Medicare 的人士。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。如果您沒有本文件的副本,您可透過 Medicare 的網站 (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 取得,或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),服務時間為每週 7 天,每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 7.3 節 - 透過 Medicaid 取得協助

如欲透過 Medicaid 取得資訊,您可致電 Oregon Health Plan 客戶服務部免費電話 800-273-0557。TTY 使用者請致電 711。如果您有參加 Coordinated Care Organization (CCO),您可致電您 CCO 會員卡背面所列的電話號碼與他們聯絡。

您可以獲得其他語言、大字體、盲文或您偏好格式的版本。 您也可以要求口譯員服務。

此幫助是免費的。請致電 888-440-9912 或 TTY 711。



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

