

## ***Providence Health Assurance 提供的 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)***

### **2006 年年度变更通知**

您已参保 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)。

本材料介绍了我们计划明年的费用和福利变化。

- 您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改明年的 Medicare 保险。如果您在 2025 年 12 月 7 日之前没有参保其他计划，您将继续留在 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)。
- 如果要转换不同的计划，请浏览 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 或参阅《Medicare 与您 2026》(Medicare & You 2026) 手册背面的清单。
- 请注意，这只是变更摘要。有关费用、福利和规则的更多信息，请参阅《承保范围说明书》。访问 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC) 获取副本，或拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340 (TTY 用户请拨打 711) 联系客户服务部，通过邮寄方式获取副本。

#### **更多资源**

- 本材料免费提供西班牙语、越南语、俄语、阿拉伯语、简体中文和索马里语版本。
- 请致电客户服务部 503-574-8000 或 1-800-603-2340 (TTY 用户请拨打 711) 了解更多信息。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。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六 (每周 7 天) 上午 8 点至晚上 8 点。该次通话免费。
- 本信息有多种格式，包括大字体和盲文。

#### **关于 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

- Providence Health Assurance 是一家健康维护组织 (HMO)、有服务点选项的健康维护组织 (HMO-POS) 和健康维护组织特殊需求计划 (HMO SNP) 机构，与 Medicare 和 俄勒冈健康计划 (Oregon Health Plan) 签有合约。Providence Health Assurance 的投保取决于合约续签情况。
- 本计划还与俄勒冈州 Medicaid 计划签订了书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 本材料中的“我们”是指 Providence 健康保证部 (Providence Health Assurance)。当提及“计划”或“我们的计划”时，是指 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)。

- 如果您在 2025 年 12 月 7 日之前不进行任何操作，您将自动加入 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)。从 2026 年 1 月 1 日起，您将通过 *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)* 获得医疗和药物保险。有关如何更改计划和截止日期的详细信息，请跳转至第 3 部分。

## 目录

|                                                        |           |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2026 年重要费用摘要 .....</b>                              | <b>4</b>  |
| <b>第 1 部分 下一年度的福利和费用变更.....</b>                        | <b>6</b>  |
| 第 1.1 部分 计划月度保费的变更.....                                | 6         |
| 第 1.2 部分 最高自付金额的变更.....                                | 7         |
| 第 1.3 部分 医疗服务提供者网络的变更.....                             | 7         |
| 第 1.4 部分 药房网络的变更.....                                  | 7         |
| 第 1.5 部分 医疗服务福利及费用的变更.....                             | 8         |
| 第 1.6 部分 D 部分药物承保的变更.....                              | 9         |
| 第 1.7 部分 处方药福利及费用的变更 .....                             | 9         |
| <b>第 2 部分 行政变更 .....</b>                               | <b>11</b> |
| <b>第 3 部分 如何变更计划 .....</b>                             | <b>12</b> |
| 第 3.1 部分 变更计划的截止日期.....                                | 13        |
| 第 3.2 部分 一年中还有其他时间可以变更计划吗? .....                       | 13        |
| <b>第 4 部分 帮助支付处方药费用 .....</b>                          | <b>14</b> |
| <b>第 5 部分 有疑问吗? .....</b>                              | <b>15</b> |
| 获得 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的帮助 ..... | 15        |
| 获取有关 Medicare 的免费咨询 .....                              | 15        |
| 获得 Medicare 的帮助.....                                   | 15        |
| 获得 Medicaid 的帮助 .....                                  | 16        |

2026 年重要费用摘要

|                                                                                | 2025<br>(今年)                                         | 2026<br>(明年)                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>计划月度保费*</b><br>* 您的保费可能高于此金额。详情请参阅第 1.1 部分。                                 | \$0                                                  | \$0                                                  |
| <b>最高自付金额</b><br>这是您为承保服务自付的最高费用。<br>(详情请参阅第 1.2 部分)。                          | \$9,350<br>对于承保的 A 部分和 B 部分服务，您不需要支付最高自付金额以内的任何自付费用。 | \$9,250<br>对于承保的 A 部分和 B 部分服务，您不需要支付最高自付金额以内的任何自付费用。 |
| <b>初级护理门诊</b>                                                                  | 每次就诊 \$0                                             | 每次就诊 \$0                                             |
| <b>专科医师门诊</b>                                                                  | 每次就诊 \$0                                             | 每次就诊 \$0                                             |
| <b>住院治疗</b><br>包括急症住院、康复住院、长期护理医院和其他类型的住院服务。住院护理从您凭医嘱正式入院之日开始。出院前一天是您的最后一个住院日。 | 每次住院费用为 \$0                                          | 每次住院费用为 \$0                                          |
| <b>D 部分药物保险自付额</b><br>(详情请参阅第 1.7 部分)。                                         | 自付额: \$0                                             | 自付额: \$0                                             |

|                                                                  | 2025<br>(今年)                                                                                                                                                                       | 2026<br>(明年)                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>D 部分药物保险</b><br>(详情请参阅第 1.7 部分,<br>包括年度自付额、初始承保<br>和重大疾病承保阶段) | <p>初始承保阶段的共付额/共同保险:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 对于非专利药, 您无需支付任何费用。</li><li>• 对于所有其他药物, 您无需支付任何费用。</li></ul> <p>重大疾病承保阶段:</p> <p>在此支付阶段, 您无需为您的 D 部分承保药物支付任何费用。</p> | <p>初始承保阶段的共付额/共同保险:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 对于非专利药, 每份处方您需支付的共付额为 \$0、\$1.60 或 \$5.10。</li><li>• 对于所有其他药物, 每份处方您需支付的共付额为 \$0、\$4.90 或 \$12.65。</li></ul> <p>重大疾病承保阶段:</p> <p>在此支付阶段, 您无需为您的 D 部分承保药物支付任何费用。</p> |

第 1 部分 下一年度的福利和费用变更

第 1.1 部分 计划月度保费的变更

|                                                                     | 2025<br>(今年) | 2026<br>(明年)              |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| 计划月度保费<br>(您还必须继续支付您的<br>Medicare B 部分保费，除非该<br>费用由 Medicaid 为您支付。) | \$0          | \$0<br>即将到来的福利年度没有<br>变更。 |

第 1.2 部分 最高自付金额的变更

Medicare 要求所有健康计划限制您全年自付金额的上限。这一限额称为最高自付金额。一旦您支付的金额达到该标准，在该日历年的剩余时间内，您通常无需为承保服务支付任何费用。

|                                                                                                                                                              | 2025<br>(今年) | 2026<br>(明年)                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>最高自付金额</b><br>由于我们的会员还可获得 Medicaid 的帮助，因此很少有会员达到最高自付金额。<br>对于承保的 A 部分和 B 部分服务，您不需要支付最高自付金额以内的任何自付费用。<br>您的承保医疗服务费用（如共付额）将计入您的最高自付金额。<br>处方药费用不计入您的最高自付金额。 | \$9,350      | \$9,250<br><br>一旦您自付了 \$9,250 的承保服务费用，在该日历年的剩余时间内，您无需支付任何承保服务费用。 |

第 1.3 部分 医疗服务提供者网络的变更

明年我们的医疗服务提供者网络将保持不变。

我们可以在年度内变更计划内的医院、医生和专科医生（统称为医疗服务提供者）。如果年中医疗服务提供者的变更对您有影响，请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）向客户服务部寻求帮助。有关网络医疗服务提供者退出本计划时您享有的权利，请参阅您的《承保范围说明书》第 3 章第 2.3 部分。

第 1.4 部分 药房网络的变更

您为处方药支付的金额取决于您使用的药房。Medicare 药物计划有药房网络。在大多数情况下，您的处方药只有在我们的网络内药房配药时才予以承保。

明年我们的药房网络没有变化。

我们可以在年度内变更计划内的药房。如果年中药房的变更对您有影响，请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）向客户服务部寻求帮助。

## 第 1.5 部分 医疗服务福利及费用的变更

《年度变更通知》会告知您有关 Medicare 福利和费用的变更。

|                           | 2025<br>(今年)                    | 2026<br>(明年)                                    |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|
| Medicare 承保脊椎按摩服务和针灸      | 无需事先授权                          | 可能需要事先授权                                        |
| 非医疗接送服务                   | 36 次单程 (VBID 提供)                | 24 次单程<br>(慢性病患者特别补充福利 [SSBCI] 提供) <sup>1</sup> |
| 非 Medicare 支付的牙科服务        | 每个日历年的津贴为 \$1,900, 用于您选择的任何牙科服务 | 每六个月的津贴为 \$450, 用于您选择的任何牙科服务                    |
| 门诊康复服务                    | 首次康复服务无需事先授权; 但后续就诊可能需要授权       | 首次康复服务和后续就诊可能需要事先授权                             |
| 非处方项目                     | 每三个月的津贴为 \$150                  | 每三个月的津贴为 \$40                                   |
| 常规眼镜或隐形眼镜                 | 每个日历年最高津贴为 \$250, 用于任何组合的常规处方眼镜 | 每个日历年最高津贴为 \$150, 用于任何组合的常规处方眼镜                 |
| SSBCI 食品和农产品 <sup>1</sup> | 每三个月的津贴为 \$250                  | 每三个月的津贴为 \$200                                  |

<sup>1</sup> 本福利是慢性病患者特别补充计划的一部分。患有糖尿病、慢性和致残性精神疾病、心血管疾病、慢性肺部疾病、神经系统疾病以及其他未列出的符合条件的疾病的会员可能有资格获得此项福利。仅符合上述疾病情况的会员并不能保证有资格享受这项福利。必须满足所有适用的资格条件, 方可享受该福利。如需了解有关详情, 请联系客户服务部。

## 第 1.6 部分 D 部分药物承保的变更

### 药物清单变更

我们的承保药物清单称为处方集或药物清单。我们提供药物清单的电子版。

我们对药物清单进行了变更，其中可能包括删除或添加药物，更改某些药物的承保限制，或将其转至不同的费用分担等级。**请查看药物清单，以确保您的药物明年将得到承保，并了解是否有任何限制，或您的药物是否已转入不同的费用分担等级。**

药物清单中的大多数变更都是每年年初的新变更。但是，我们可能会在 Medicare 规定允许的范围内做出其他变更，这些变更将在日历年内对您产生影响。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。如果我们对您正在服用的药物进行了变更，从而影响您的用药，我们将向您发送更改通知。

如果您在年初或年中受到药物承保范围变更的影响，请查看您的《承保范围说明书》第 9 章，并与您的处方医生讨论，了解您的选择，如要求临时供应、申请例外批准和/或努力寻找新药。如需了解更多信息，请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部。

## 第 1.7 部分 处方药福利及费用的变更

### 您是否获得额外帮助 (Extra Help) 以支付您的药物保险费用？

如果您参加了帮助支付药物费用的计划（额外帮助），**有关 D 部分药物费用的信息可能对您不适用。**我们已附上一份单独的材料，名为《为获得处方药物费用额外帮助人员提供的承保范围说明书附加条款》，其中说明了您的药物费用。如果您获得额外帮助，但没有随本材料包一并收到此材料，请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨 711）联系客户服务部，询问 LIS 附加条款。

### 药物支付阶段

有 3 个药物支付阶段：额外补助包括年度自付额阶段、初始承保阶段和重大疾病保险阶段。D 部分福利中不再存在承保缺口阶段和承保缺口折扣计划。

- **阶段 1：年度自付额**

我们并未设立自付额，因此此支付阶段不适用于您。

- **阶段 2：初始承保**

在此阶段，我们的计划为您支付我们应承担的药物费用，而您则支付您应承担的费用。您通常处于此阶段，直至您的年度自付金额达到 \$2,100。

• **阶段 3：重大疾病保险**

这是第三个也是最后一个药物支付阶段。在此阶段，您无需支付承保的 D 部分药物费用。在整个日历年的剩余时间内，您一般都处于这一阶段。

承保缺口折扣计划已被制造商折扣计划取代。根据制造商折扣计划，药物制造商在初始承保阶段和重大疾病保险阶段为本计划承保的 D 部分品牌药和生物制剂支付部分全额费用。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣不计入自付金额。

**阶段 1：年度自付额的药物费用**

下表显示了您在此阶段的每份处方费用。

|       | 2025<br>(今年)            | 2026<br>(明年)            |
|-------|-------------------------|-------------------------|
| 年度自付额 | 由于我们并未设立自付额，此支付阶段不适用于您。 | 由于我们并未设立自付额，此支付阶段不适用于您。 |

**阶段 2：初始承保的药物费用**

下表显示了您在网络药房配药一个月（30 天）的每份处方费用，以及标准分担费用。

大多数成人 D 部分疫苗均免费承保。有关疫苗费用的更多信息，或有关长期供应或邮购处方药费用的信息，请参阅《承保范围说明书》第 6 章。

一旦您为承保的 D 部分药物支付的自付金额达到 \$2,100，您将进入下一阶段（重大疾病保险阶段）。

|  | 2025<br>(今年)                             | 2026<br>(明年)                                                                              |
|--|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 对于非专利药，您无需支付任何费用。<br>对于所有其他药物，您无需支付任何费用。 | 对于非专利药，每份处方您需支付的共付额为 \$0、\$1.60 或 \$5.10。<br>对于所有其它药物，每份处方您需支付的共付额为 \$0、\$4.90 或 \$12.65。 |

**VBID D 部分福利的变更**

Medicare 与 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 已取消 VBID 模式，包括自 2026 年起所有 Medicare 计划中的 \$0 D 部分补充福利。2026 年适用的费用分担已在上表中体现。

**重大疾病保险阶段的变更**

有关重大疾病保险阶段费用的具体信息，请参阅您的《承保范围说明书》第 6 章第 6 部分。

**第 2 部分 行政变更**

|           | 2025<br>(今年)                      | 2026<br>(明年)                                                                                        |
|-----------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 客户服务部服务时间 | 服务时间为上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间），每周 7 天。 | 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。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点。 |

|                            | 2025<br>(今年)                                                                     | 2026<br>(明年)                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通过药房获得的糖尿病检测用品<br>(血糖仪和试纸) | 首选产品为罗氏品牌产品 (Accu-Chek) 和 Lifescan 品牌产品 (OneTouch)。                              | 首选产品为罗氏品牌产品 (Accu-Chek) 和 Abbott 品牌产品 (Freestyle)。                                                                                                                           |
| Medicare 处方支付计划            | Medicare 处方支付计划是一种付款方式，从今年开始实施，可帮助您管理本计划承保药物的自付金额，将其分摊到整个历年（1月至12月）。您可能会参与此付款方式。 | 如果您正在参与 Medicare 处方支付计划，并且保持参保同一个 D 部分计划，您的参与将会在 2026 年自动续期。<br>如需了解有关该付款方式的更多信息，请拨打 855-742-2779（TTY 用户请拨打 711）或访问 <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> 。 |

### 第 3 部分 如何更改计划

要继续参保 *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*，您不需要任何操作。除非您在 12 月 7 日前参保其他计划或变更为 Original Medicare，否则您将自动参保我们的 *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)*。

如果您想更改 2026 年的计划，请按照以下步骤操作：

- 如要更改不同的 Medicare 健康计划，请参保新计划。您将自动从 *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)* 中退保。
- 如要变更为具有 Medicare 药物承保的 Original Medicare，请参保新的 Medicare 药物计划。您将自动从 *Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)* 中退保。
- 如要变更为不含药物计划的 Original Medicare，您可向我们提出书面退保申请。请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340 联系客户服务部（TTY 用户请拨打 711）获取有关如何操作的更多信息。或致电 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退保。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。如果您未参保 Medicare 药物计划，您可能要支付 D 部分逾期投保罚金（请参阅您的《承保范围说明书》第 1 章第 4.3 部分）。

- 如果要进一步了解 Original Medicare 及不同类型的 Medicare 计划，请访问 [www.MEDICARE.gov](http://www.MEDICARE.gov)、查阅《Medicare 与您 2026》(Medicare & You 2026) 手册、致电您的州健康保险协助计划（请跳转至第 5 部分），或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。Providence 健康保证部提供其他 Medicare 健康计划。这些其他计划的承保范围、计划月度保费和费用分担额可能有所不同。

### 第 3.1 部分 变更计划的截止日期

参保 Medicare 的人士可于每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改其保险。

如果您在 2026 年 1 月 1 日参保 Medicare Advantage 计划，但不喜欢您的计划选择，您可以在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间转换至其他 Medicare 健康计划（无论有没有 Medicare 药物承保），或转换至 Original Medicare（无论有没有独立的 Medicare 药物承保）。

### 第 3.2 部分 一年中还有其他时间可以变更计划吗？

在某些情况下，人们在一年中可能还有其他机会变更他们的保险。例如以下人员：

- 拥有 Medicaid
- 获得支付药物的额外帮助
- 拥有或即将丧失雇主保险
- 迁出我们计划的服务范围

由于您享有 Medicaid，因此您可以在一年中的任何月份选择以下一种 Medicare 选项，结束您在我们计划中的会员资格：

- Original Medicare 与单独的 Medicare 处方药计划，
- Original Medicare 无独立的 Medicare 处方药计划（如果您选择此选项，Medicare 可能会为您投保药物计划，除非您已选择退出自动投保。
- 如果符合资格，综合 D-SNP 可在一项计划中提供 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服务。

如果您最近搬入或目前住在机构（如专业护理机构或长期护理医院），您可以**随时**更改您的 Medicare。您可以随时转换至任何其他 Medicare 健康计划（无论有无 Medicare 药物承保），或转换至 Original Medicare（无论有无单独的 Medicare 药物承保）。如果您最近从机构搬出，您有机会在搬出当月后的 2 个整月内转换计划或转入 Original Medicare。

## 第 4 部分 帮助支付处方药费用

---

您可能有资格获得支付处方药的帮助。您可以获得各种帮助：

- **医疗保险的额外帮助。**收入有限者可能有资格获得额外帮助以支付处方药费用。如果您符合条件，Medicare 可为您支付高达 75% 或更多的药物费用，包括每月的药物计划保费、每年的自付额和共同保险。此外，符合条件的人不会被处以逾期投保罚金。如需了解您是否符合条件，请致电：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。
  - 可在周一至周五上午 8 点至下午 7 点之间拨打 1-800-772-1213 联系社会保障局代表。自动留言 24 小时开通。TTY 用户可拨打 1-800-325-0778。
  - 您所在州的 Medicaid 办事处。
- **艾滋病毒感染者/艾滋病患者处方药费用分担援助。**艾滋病药物援助计划 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 有助于确保符合 ADAP 条件的艾滋病病毒感染者/艾滋病患者能够获得挽救生命的艾滋病药物。要获得在您所在州实施的 ADAP 的资格，您必须满足某些标准，包括州居住证明和 HIV 感染状况、州规定的低收入以及无保险/保险不足状况。同时由 ADAP 承保的 Medicare D 部分药物可通过 CAREAssist 获得处方费用分担援助。如需了解资格标准、承保药物、如何投保该计划等信息，或者如果您目前已参保该计划，如何继续获得帮助，请致电 CAREAssist：971-673-0144 或 1-800-805-2313 (TTY 711)。致电时，请务必告知他们您的 Medicare D 部分计划名称或保单号码。
- **Medicare 处方支付计划。**Medicare 处方支付计划是一种付款方式，可与您目前的药物承保计划配合使用，可帮助您管理本计划承保药物的自付金额，将其分摊到整个日历年（1 月至 12 月）。任何拥有 Medicare 药物计划或具有药物保险的 Medicare 健康计划（如具有药物保险的 Medicare Advantage 计划）的人员均可使用此付款方式。此支付选项可能有助于您管理开支，但不会为您节省费用或降低药品价格。

对于符合条件的人来说，Medicare 提供的额外帮助和 ADAP 提供的帮助比参保 Medicare 处方支付计划更有利。所有会员均有资格参与 Medicare 处方药支付计划付款方式。如需了解有关该付款方式的更多信息，请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711），或访问 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)。

## 第 5 部分 有疑问吗？

---

### 获得 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 帮助

- **致电客户服务部：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）。**

我们随时接受电话咨询。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。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点。拨打这些号码是免费的。

- **参阅您的 2026 《承保范围说明书》**

本年度变更通知为您提供 2026 年福利和费用变更摘要。查阅 2026 年 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 的《承保范围说明书》了解详情。《承保范围说明书》是对我们计划福利的合法、详细说明。它解释了您的权利以及您在获得承保服务和处方药时需要遵守的规则。如需《承保范围说明书》，请访问我们的网站：[ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://ProvidenceHealthAssurance.com/EOC) 或拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部，要求我们为您邮寄一份副本。

- **访问 [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)**

我们的网站上有关于我们的医疗服务提供者网络（提供者名录/药房名录）和我们的承保药物清单（处方集/药物清单）的最新信息。

### 获取有关 Medicare 的免费咨询

州健康保险援助计划 (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 被称为老年人健康保险福利援助计划 (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA)。

致电 SHIBA 获取免费的个性化健康保险咨询。他们可以帮助您了解您的 Medicare 计划选择，并解答有关变更计划的问题。请拨打 1-800-722-4134 (TTY 711) 联系 SHIBA。了解有关 SHIBA 的更多信息，请访问 [www.shiba.oregon.gov](https://www.shiba.oregon.gov)。

### 从 Medicare 获得帮助

- **拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每周 7 天，每天 24 小时可接通来电。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。

- **与 [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 在线咨询**

您可以在 [www.Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone) 进行在线咨询。

- **写信给 Medicare**

您可以写信给 Medicare，地址是 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **访问 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

Medicare 官方网站提供有关费用、承保范围和质量星级评定的信息，帮助您比较所在地区的 Medicare 健康计划。

- **参阅《*Medicare 与您 2026*》(*Medicare & You 2026*)**

《*Medicare 与您 2026*》手册会在每年秋季邮寄给参保 Medicare 的人们。它概述了 Medicare 的福利、权利和保护措施，并回答了有关 Medicare 的最常见问题。您可以登录 [www.MEDICARE.gov](http://www.MEDICARE.gov) 或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取手册。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。

## **获得 Medicaid 的帮助**

致电俄勒冈健康计划 (Medicaid)，电话：1-800-273-0557。TTY 用户请拨打 711 获取有关 Medicaid 参保或福利问题的帮助。