

## ***Community Health Plan of Washington (CHPW) Medicare Advantage (MA) Plan 4 (HMO) ofrecido por Community Health Plan of Washington***

### Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro del *Plan 4 de MA de CHPW*. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para ver un Resumen de costos importantes, que incluye las primas.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web [medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org). También puede llamar al Servicio al cliente para solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

#### Qué hacer en estos momentos

##### 1. **PREGUNTE:** Qué cambios le afectan.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en primas y costos compartidos.
- Compruebe los cambios en la “Lista de Medicamentos” 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente tengan cobertura.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

##### 2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de plan.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el buscador de planes de Medicare en el sitio web [medicare.gov/plan-compare](http://medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la portada posterior de su manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024).
- Una vez que elija su plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el *Plan 4 de MA de CHPW*.
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en el *Plan 4 de MA de CHPW*.
- Si se ha mudado recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados prolongados), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- El Servicio al cliente ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.
- Puede solicitar esta información en formatos alternativos, como braille y tamaño de letra grande.
- La **cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

**Acerca del *Plan 4 de MA de CHPW***

- Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Community Health Plan of Washington. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia al Plan 4 de MA de CHPW.

## Aviso anual de cambios para 2024 Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2024.....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>8</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	8
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	9
Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	9
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	10
Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D .....	12
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>18</b>
Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en el <i>Plan 4 de MA de CHPW</i> .....	18
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	18
<b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>21</b>
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda del <i>Plan 4 de MA de CHPW</i> .....	21
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare .....	22

**Resumen de costos importantes para 2024**

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2023 y 2024 para el *Plan 4 de MA de CHPW* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$102	\$105
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$7,900	\$8,850
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta  Consultas a especialistas: \$40 por consulta	Consultas de atención primaria: Sin cambio  Consultas a especialistas: Sin cambio
<b>Hospitalizaciones</b>	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$450 por día para los días del 1 al 4</li> <li>Copago de \$0 por día para los días del 5 al 90</li> </ul>	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago de \$500 por día para los días del 1 al 4</li> <li>Copago de \$0 por día para los días del 5 al 90</li> </ul>
<b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <b>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):</b>	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <b>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):</b>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Farmacia estándar: copago de \$5.</p> <p>Farmacia preferida: copago de \$0.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Farmacia estándar: copago de \$10.</p> <p>Farmacia preferida: copago de \$0.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos genéricos (Nivel 2):</b></p> <p>Farmacia estándar: copago de \$15.</p> <p>Farmacia preferida: copago de \$10.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos genéricos (Nivel 2):</b></p> <p>Farmacia estándar: copago de \$20.</p> <p>Farmacia preferida: copago de \$10.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):</b></p> <p>Farmacia estándar: copago de \$47.</p> <p>Farmacia preferida: copago de \$42.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p><b>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):</b></p> <p>Farmacia estándar: copago de \$47.</p> <p>Farmacia preferida: copago de \$37.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Medicamentos no preferidos (Nivel 4):</b></p> <p>Farmacia estándar: 50% del costo.</p> <p>Farmacia preferida: 50% del costo.</p>	<p><b>Medicamentos no preferidos (Nivel 4):</b></p> <p>Farmacia estándar: 50% del costo.</p> <p>Farmacia preferida: 50% del costo.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos especializados (Nivel 5):</b>                      Farmacia estándar:                      33% del costo.                      Farmacia preferida:                      33% del costo.                      Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de los medicamentos cubiertos.</li> </ul>	<p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos especializados (Nivel 5):</b>                      Farmacia estándar:                      33% del costo.                      Farmacia preferida:                      33% del costo.                      Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <p>Llame al Servicio al cliente para averiguar si sus medicamentos recetados de venta por correo son estándar o preferidos.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor entre lo siguiente: un pago igual que el 5% del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul>	

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$102	\$105

- Su prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por haberse quedado sin otra cobertura para medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 respecto de la “Ayuda adicional” de Medicare.

---

## Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

---

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p><b>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</b></p>	\$7,900	<p>\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

---

## Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

---

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [medicare.chpw.org/member-center/member-resources/provider-directory](https://www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/provider-directory). También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo; lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que son parte de su plan. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, comuníquese con el Servicio al cliente para que podamos ayudarle.

**Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**

Implementaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios de quiropráctica</b>	Copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación)	Copago de \$15 por cada consulta cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación)
<b>Servicios dentales (complementarios)</b>	<p>No debe pagar nada por los servicios preventivos e integrales complementarios.</p> <p>No hay límite para los servicios dentales preventivos complementarios.</p> <p>Los servicios dentales integrales complementarios se limitan a \$500 por año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.</p>	<p>No debe pagar nada por los servicios preventivos e integrales complementarios.</p> <p>No hay límite para los servicios dentales preventivos complementarios.</p> <p>Los servicios dentales integrales complementarios se limitan a \$500 por año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.</p> <p>Delta Dental of Washington proporciona los servicios dentales complementarios cubiertos y solo se cubren cuando los brinda un dentista de la red de Delta Dental. Para encontrar la lista más actual de dentistas de la red de Delta Dental PPO Plus Premier, visite <a href="http://DeltaDentalWA.com">DeltaDentalWA.com</a>. Los proveedores de la red de Delta Dental deben enviar las reclamaciones de estos</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p>servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios brindados por dentistas fuera de la red.</p> <p>Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, comuníquese con el Servicio al cliente.</p> <p>Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>
<b>Atención de emergencia</b>	Se aplica un copago de \$95 por cada consulta individual a la sala de emergencia cubierta por Medicare.	Se aplica un copago de \$100 por cada consulta individual a la sala de emergencia cubierta por Medicare.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$450 por día para los días 1 al 4.</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 5 al 90.</li> </ul> <p>Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del día de la admisión.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$500 por día para los días 1 al 4.</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 5 al 90.</li> </ul> <p>Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del día de la admisión.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</b>	Para las hospitalizaciones en hospital psiquiátrico para pacientes internados cubiertas por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$155 por día para los días 1 al 10.</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 11 al 90.</li> </ul> Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1. Los costos compartidos se aplican a partir del día de la admisión.	Para las hospitalizaciones en hospital psiquiátrico para pacientes internados cubiertas por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$175 por día para los días 1 al 10.</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días 11 al 90.</li> </ul> Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1. Los costos compartidos se aplican a partir del día de la admisión.
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b>	Copago de \$0 por día para los días 1 al 20. Copago de \$160 por día para los días 21 al 100.  Los costos compartidos se aplican a partir del día de la admisión.	Copago de \$0 por día para los días 1 al 20. Copago de \$200 por día para los días 21 al 100.  Los costos compartidos se aplican a partir del día de la admisión.

---

**Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D**

---

**Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviaremos una copia de nuestra “Lista de medicamentos” de manera electrónica. La “Lista de medicamentos” incluye muchos, pero no todos los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que todavía esté cubierto. **Para obtener la “Lista de medicamentos” completa** llame al Servicio al cliente (consulte la portada posterior) o visite nuestro sitio web ([medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org)).

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento se movió a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año podemos realizar otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o el fabricante del producto puede retirarlos del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista de medicamentos más reciente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

A partir de 2024, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si, al mismo tiempo, lo sustituimos por una nueva versión genérica en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones, o ambas cosas.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que va a ser sustituido o trasladado a un nivel de costo compartido más alto, ya no recibirá siempre un aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos ni obtendrá el suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico realizado, pero esta puede llegar después de que implementemos dicho cambio.

#### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

**Nota:** Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un anexo separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en la que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento antes del 30 de septiembre de 2023, llame al Servicio al cliente y pida la Cláusula adicional LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

**Cambios en la Etapa del deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Los costos en esta fila son de un suministro para un mes (30 días) al surtir una receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):</b>                      Farmacia estándar: usted paga \$5 por receta.                      Farmacia preferida: usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos (Nivel 2):</b>                      Costo compartido estándar: usted paga \$15 por receta.                      Costo compartido preferido: usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):</b>                      Costo compartido estándar: usted paga \$47 por receta.                      Costo compartido preferido: usted paga \$42 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):</b>                      Farmacia estándar: usted paga \$10 por receta.                      Farmacia preferida: usted paga \$0 por receta.                      Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos genéricos (Nivel 2):</b>                      Costo compartido estándar: usted paga \$20 por receta.                      Costo compartido preferido: usted paga \$10 por receta.                      Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3):</b>                      Costo compartido estándar: usted paga \$47 por receta.                      Costo compartido preferido: usted paga \$37 por receta.                      Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Medicamentos no preferidos (Nivel 4):</b></p> <p>Costo compartido estándar: usted paga el 50% del costo total. Costo compartido preferido: usted paga el 50% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos especializados (Nivel 5):</b></p> <p>Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p> <p>Para pedidos por correo para todos los niveles (<b>Niveles 1 a 5</b>):</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p>	<p><b>Medicamentos no preferidos (Nivel 4):</b></p> <p>Costo compartido estándar: usted paga el 50% del costo total. Costo compartido preferido: usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos especializados (Nivel 5):</b></p> <p>Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p> <p>Para pedidos por correo para todos los niveles (<b>Niveles 1 a 5</b>):</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p>El costo compartido de servicio de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <p>Consulte arriba (página anterior) los montos de costos compartidos por servicio de pedido por correo estándar y preferido.</p> <p>Llame al Servicio al cliente para averiguar si sus medicamentos recetados de venta por correo son estándar o preferidos.</p>

## Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica acerca de los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2    Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en el *Plan 4 de MA de CHPW*

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se registra en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en nuestro *Plan 4 de MA de CHPW*.

### Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

#### Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede registrarse en un plan de salud diferente de Medicare;
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare ([medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). Como recordatorio, Community Health Plan of Washington ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

**Paso 2: cambie su cobertura**

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan 4 de MA de CHPW*.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan 4 de MA de CHPW*.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita obtener más información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente. Para obtener más información, puede llamar a Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
  - *O bien*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan**

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

**¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?**

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, pueden tener esta posibilidad las personas que tienen Medicaid, que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, que tienen cobertura de su empleador o que la van a abandonar, o bien que se trasladan fuera del área de servicios.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se ha mudado recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores formados en todos los estados. En Washington, el SHIP se denomina Asesores de Beneficios de Seguros Médicos en todo el Estado (SHIBA).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIBA pueden ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a SHIBA al 1-800-562-6900. Puede obtener más información acerca de SHIBA en su sitio web ([insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba](https://insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba)).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, se describen distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - Un representante de la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *Washington* cuenta con un programa llamado Washington State Health Insurance Pool (WSHIP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Médicos.

- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado, y de estado sin seguro o infraseguro. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa de Intervención Temprana (EIP) del estado de Washington. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al número gratuito 1-877-376-9316, envíe un fax al 1-360-664-2216 o un correo electrónico a [ask.EIP@doh.wa.gov](mailto:ask.EIP@doh.wa.gov).

## SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

### Sección 6.1: Cómo recibir ayuda del *Plan 4 de MA de CHPW*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Solo para TTY, llame al 711). Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (allí se describen en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

En este *Aviso anual de cambios*, se le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para el *Plan 4 de MA de CHPW*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos recetados. En nuestro sitio web [medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org), encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Servicio al cliente para solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/“Lista de medicamentos”)*.

---

## Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y la clasificación por estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información acerca de los planes, ingrese en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024)**

Lea el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024). Cada año, en otoño, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)), o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.