

# ***Plan Dual (HMO) de Medicare Advantage (MA) de Community Health Plan of Washington (CHPW) que ofrece Community Health Plan of Washington***

## **Aviso anual de cambios para 2022**

Actualmente, está inscrito como miembro del *Plan Dual de MA de CHPW*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este cuadernillo, se explican los cambios.*

---

### **Qué hacer en estos momentos**

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

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
  - Es importante que revise su cobertura en estos momentos para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
  
- Verifique los cambios en la cobertura para medicamentos recetados en nuestro cuadernillo para saber si le afectan.
  - ¿Estarán sus medicamentos cubiertos?
  - ¿Estarán sus medicamentos en otro nivel y tendrán un costo compartido diferente?
  - ¿Tendrán sus medicamentos nuevas restricciones, como la necesidad de obtener nuestra aprobación antes de surtir una receta?
  - ¿Podrá continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Habrá cambios en los costos para utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Comuníquese con su médico para obtener información acerca de las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales a lo largo del año. Para recibir más información acerca de los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “tablas” en el medio de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. En estas tablas, se destacan qué fabricantes aumentaron sus precios y se muestra otra información acerca de los precios de los medicamentos de un año al otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto podrán cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Sus doctores, incluidos los especialistas a los que visita regularmente, están en nuestra red?
  - ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense en los costos generales de atención médica.
  - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
  - ¿Cuánto dinero gastará en la prima y los deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- 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 la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)
  - Revise la lista en la portada posterior del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022).
  - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- 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 2021, será inscrito en el *Plan Dual de MA de CHPW*.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la página 13 de la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

## 4. INSCRÍBASE: para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, será inscrito en el *Plan Dual de MA de CHPW*.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Se cancelará automáticamente la inscripción en su plan actual.

## Recursos adicionales

- 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.
- El Servicio al cliente ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés (encontrará los números de teléfono en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
- Puede solicitar esta información en formatos alternativos, como braille, tamaño de letra grande o audio.
- La **cobertura de este plan califica como Cobertura calificada de salud (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, por sus siglas en inglés) 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 Dual de MA de CHPW*

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

## Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2021 y 2022 para el *Plan Dual de MA de CHPW* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web [medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org), encontrará disponible una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Servicio al cliente para solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura*. Si es elegible para recibir la asistencia para costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, pagará \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y hospitalizaciones.

Costo	2021 (este año)	2022 (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.	\$36.00	\$40.40
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% por visita  Consultas a especialistas: Copago de \$0 o 20% por visita	Sin cambio

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Medicare Original para 2021.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Medicare Original para 2022, que serán establecidos por CMS en el otoño de 2021.</p> <p>Estos son montos de costos compartidos para 2021 y pueden cambiar para 2022. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.</p> <p>Deducible de \$1,484 para los días 1 a 60;</p> <p>Copago de \$371 cada día para los días 61 a 90;</p> <p>Coseguro de \$742 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida)</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0 - \$445</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: \$0-\$9.20</p>	<p>Deducible: \$0 - \$480</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: \$0-\$9.85</p>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>Este es el <u>monto 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).</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no será responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Sin cambio</p>

**Aviso anual de cambios para 2022**  
**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2022 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	5
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores .....	6
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias .....	6
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	7
Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.....	10
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>12</b>
Sección 2.1: Si desea seguir inscripto en el <i>Plan Dual de MA de CHPW</i> .....	12
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	12
<b>SECCIÓN 3 Cambio de plan.....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6 Preguntas.....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda del <i>Plan Dual de MA de CHPW</i> .....	16
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare .....	16
Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	17

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

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$36.00	\$40.40

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto 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 paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> <b>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillo.</b> Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no será responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$7,550	Sin cambio



---

### Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

---

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web [medicare.chpw.org/member-center/member-resources/provider-directory](http://medicare.chpw.org/member-center/member-resources/provider-directory), se encuentra disponible una versión actualizada del *Directorio de proveedores*. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada acerca de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2022* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red de servicios.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para brindarle un aviso con al menos 30 días de anticipación para explicarle que su proveedor dejará el plan, así tiene tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que le podamos ayudar a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

---

### Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de las farmacias de la red.

Puede utilizar el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar una versión actualizada del *Directorio de farmacias* en nuestro sitio web, [medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org). También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias* de 2022 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

---

## **Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**

---

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. En la siguiente información, se describen estos cambios. Para obtener más detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*. En nuestro sitio web [medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org), encontrará disponible una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Servicio al cliente para solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura*.

### **Servicios del programa de tratamiento de opioides**

Los miembros de nuestro plan que padecen un trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés).
- Suministro y administración de dichos medicamentos para el MAT (si corresponde).
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Prueba de toxicología.
- Actividades de consumo.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Servicios odontológicos</b> (Complementarios)	<p>Usted no debe pagar nada por los servicios complementarios completos con un límite de beneficio de \$3000 por año. No hay límite para los servicios odontológicos preventivos complementarios.</p> <p>Usted paga el 100% de cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.</p>	<p>No debe pagar nada por los servicios preventivos y completos complementarios con un límite de beneficio total combinado de \$4,500 por año.</p> <p>Usted paga el 100% de cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.</p>
<b>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</b>	<p>Para ser elegible con el fin de acceder a cualquiera de los servicios sin costo que se mencionan a continuación, los miembros deben estar involucrados en la administración de la atención.</p> <p>Para miembros con hipertensión refractaria o hipertensión con al menos otra afección crónica: copago de \$0 por 1 monitoreo de presión arterial por año.</p> <p>Para miembros con fragilidad, osteoporosis, antecedentes de infarto agudo de miocardio, angina, Parkinson, derrame cerebral, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC): copago de \$0 para 1 sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS) por año.</p>	<p>Para ser elegible con el fin de acceder a cualquiera de los servicios sin costo que se mencionan a continuación, los miembros deben estar involucrados en la administración de la atención.</p> <p>Para miembros con prehipertensión, hipertensión refractaria o hipertensión con al menos otra afección crónica: copago de \$0 por 1 monitoreo de presión arterial por año.</p> <p>Para miembros con riesgo de sufrir caídas, convulsiones, fragilidad; osteoporosis, antecedentes de infarto agudo de miocardio, angina, Parkinson, derrame cerebral, demencia, EPOC o ICC: copago de \$0 para 1 sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS) por año.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b> Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Medicare Original para 2021.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Medicare Original para 2022, que serán establecidos por CMS en el otoño de 2021.</p> <p>Estos son montos de costos compartidos para 2021 y pueden cambiar para 2022. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.</p> <p>Deducible de \$1,484 para los días 1 a 60;</p> <p>Copago de \$371 cada día para los días 61 a 90;</p> <p>Coseguro de \$742 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida)</p>
<p><b>Asignación para productos de venta libre (OTC) de pedido por correo</b></p>	<p>No pagará nada por hasta \$250 de asignación por cada límite del beneficio de 3 meses (o “trimestral”).</p>	<p>No pagará nada por hasta \$350 de asignación por cada límite del beneficio de 3 meses (o “trimestral”).</p>
<p><b>Transporte (complementario)</b></p>	<p>No pagará nada por hasta 50 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan cada año.</p>	<p>No pagará nada por hasta 75 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan cada año.</p>

---

## Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

---

<b>Cambios en nuestra lista de medicamentos</b>
---

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, medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que todavía esté cubierto. Puede obtener la Lista de medicamentos completa si llama al Servicio al cliente (consulte la portada posterior) o visite nuestro sitio web ([medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org)). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos le afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicio al cliente.
- **Hablar con su médico (o con la persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Servicio al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

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.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos una excepción para cubrir su medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo previsto y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información acerca de los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura.)

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

*Nota:* Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en 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. Dado que recibe “Ayuda adicional”, si no recibió el documento antes del 30 de septiembre de 2021, llame al Servicio al cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. El monto que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de las etapas).

En la siguiente información, se describen los cambios para el próximo año 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. Para obtener información acerca de los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* en las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* 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*).

#### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: etapa del deducible anual</b> Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El monto de su deducible es de \$0 a \$445, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>	<p>El monto de su deducible es de \$0 a \$480, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>

#### Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos* de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo para un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga entre \$0 y \$9.20 por medicamento recetado.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga entre \$0 y \$9.85 por medicamento recetado.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

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

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son dos etapas de cobertura de medicamentos para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna etapa.** Para obtener información acerca de los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o 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 Dual 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 Dual de MA de CHPW*.

### **Sección 2.2: Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

### Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información acerca de los planes en su área mediante el buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Ingrese en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí puede encontrar información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

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 **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan Dual de MA de CHPW*.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan Dual 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 más obtener información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente. Comuníquese con el Servicio al cliente al 1-800-942-0247 para obtener información adicional. (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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.



### **SECCIÓN 3      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 2022.

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

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no está conforme con su elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

### **SECCIÓN 4      Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid**

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Washington, el SHIP se denomina Asesores de Beneficios de Seguros Médicos en todo el Estado (SHIBA).

SHIBA es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). 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 de SHIBA pueden atender 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)).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de Washington, comuníquese con la Autoridad de Atención Médica del estado de Washington al 1-800-562-3022, TTY 1-800-848-5429, que está disponible de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid del estado de Washington.

## 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.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también conocida como Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de las primas de sus medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Dado que usted cumple con los requisitos, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
  - Al 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.
  - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *Washington* cuenta con un programa denominado Consorcio de seguros de salud del estado de *Washington* (WSHIP) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad o su afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este cuadernillo).
- **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 para el VIH esenciales para salvar su vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de intervención temprana (EIP, por sus siglas en inglés) del estado de *Washington*. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al EIP al 1-877-376-9316 o envíe un correo electrónico a [Ask.EIP@doh.wa.gov](mailto:Ask.EIP@doh.wa.gov).

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1: Cómo recibir ayuda del *Plan Dual 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). Atendemos llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (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 2022. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para el *Plan Dual 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 disponible 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**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([medicare.gov](http://medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área mediante el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, ingrese a [medicare.gov/plan-compare](http://medicare.gov/plan-compare)).

**Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022)**

Puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022). Cada año, en otoño, se envía este cuadernillo 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 cuadernillo, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o llame 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.

---

**Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la Autoridad de Atención Médica del estado de Washington al 1-800-562-3022. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-848-5429.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente