

Plan 2 (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 2 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.*

- **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.
 - 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 inscripto en el *Plan 2 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.

4. INSCRÍBASE: para cambiar de plan, inscríbese 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 inscripto en el *Plan 2 de MA de CHPW*.
- Si se inscribe en otro plan antes del **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 6.1 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 para obtener más información.

Acerca del *Plan 2 de MA de CHPW*

- Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el 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 2 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 2 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/, 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*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles)	\$26.50	\$40.50
Monto máximo que paga de su bolsillo 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)	\$6,700	Sin cambio
Visitas al consultorio médico	Consultas de atención primaria: \$10 por visita Consultas a especialistas: \$45 por visita	Consultas de atención primaria: \$0 por visita Consultas a especialistas: \$40 por visita
Hospitalizaciones 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.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$450 por día, para los días del 1 al 4 • Copago de \$0 por día, para los días del 5 al 90 	Sin cambio

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles)</p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): Farmacia estándar: copago de \$5 Farmacia preferida: copago de \$0</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2): Farmacia estándar: copago de \$15 Farmacia preferida: copago de \$10</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): Farmacia estándar: copago de \$47 Farmacia preferida: copago de \$42</p> <p>Medicamentos no preferidos (Nivel 4): Farmacia estándar: 50% del costo Farmacia preferida: 50% del costo</p> <p>Medicamentos especializados (Nivel 5): Farmacia estándar: 33% del costo Farmacia preferida: 33% del costo</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo coincide con el costo compartido minorista preferido.</p>	<p>Sin cambios en los montos de costos compartidos de farmacia estándar y farmacia preferida.</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. (En la Sección 6.1 al final de este aviso, encontrará los números de teléfono de Servicio al cliente).</p>

Aviso anual de cambios para 2022
Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en el beneficio y el costo para el próximo año	4
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	4
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 2.1: Si desea seguir inscripto en el <i>Plan 2 de MA de CHPW</i>	12
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	12
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	13
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	13
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	14
SECCIÓN 6 Preguntas.....	15
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda del <i>Plan 2 de MA de CHPW</i>	15
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	15

SECCIÓN 1 Cambios en el beneficio y el costo para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$26.50	\$40.50

- 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 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

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)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y los costos para medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,700	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/](https://www.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 abandonan su plan, 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 avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga 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 dejarán 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. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para ciertos medicamentos.

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](https://www.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

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 médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan que padecen un trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de tratamiento de opioides (OTP) 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)
Visitas al consultorio médico	Consultas de atención primaria: \$10 por visita	Consultas de atención primaria: \$0 por visita
	Consultas a especialistas: \$45 por visita	Consultas a especialistas: \$40 por visita
Servicios odontológicos (Complementarios)	No debe pagar nada por los servicios preventivos complementarios. No hay límite para los servicios preventivos complementarios.	Usted no pagará nada por una visita dental preventiva por año. Además de esta visita, no debe pagar nada por los servicios preventivos y completos complementarios con un límite de hasta \$200 por año.
	Los servicios dentales completos no están cubiertos.	
	Usted paga el 100% de cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.	Usted paga el 100% de cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Ayuda con ciertas afecciones crónicas	<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 para 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 para 1 monitoreo de presión arterial por año.</p> <p>Para miembros con riesgo de caída; 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>

Sección 1.6: 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, 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). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre está 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 otra 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 este 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 las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web 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)
Etapa 1: etapa del deducible anual	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no corresponde a su caso.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no corresponde a su caso.

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>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>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>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte una receta en una farmacia de la red.</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>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1):</p> <p>Farmacia estándar: \$5 por medicamento recetado.</p> <p>Farmacia preferida: \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2):</p> <p>Costo compartido estándar: Usted paga \$15 por medicamento recetado.</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): Costo compartido estándar: Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Costo compartido preferido: Usted paga \$42 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos no preferidos (Nivel 4):</p> <p>Costo compartido estándar: usted paga el 50% del costo total. Costo compartido preferido: usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados (Nivel 5):</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 \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red: Sin cambio</p> <hr/> <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>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continúa)</p> <p>Para obtener más información sobre los costos de los medicamentos recetados de venta por correo o la atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Para pedidos por correo para todos los niveles (Nivel 1, 2, 3, 4, 5):</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo coincide con el costo compartido minorista preferido.</p>	<p>Para pedidos por correo para todos los niveles (Nivel 1, 2, 3, 4, 5):</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>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> <p>(En la Sección 6.1 al final de este aviso, encontrará los números de teléfono de Servicio al cliente).</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.** Para obtener información 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 2 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 2 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 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, 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**, inscríbase en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan 2 de MA de CHPW*.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbase en el plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan 2 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. Para obtener más información, puede llamar a Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
 - O bien, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y pedir 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 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 que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de su empleador o que la van a abandonar y las que se trasladan fuera del área de prestación de servicios pueden tener la posibilidad de realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

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 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (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 de salud, a nivel local y en 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).

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 recetados, 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. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si cumple con los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:
 - 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 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.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda del *Plan 2 de MA de CHPW*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Solo para TTY, marque 711). Puede llamarnos los 7 días de la semana, 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 2 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. Hay una copia disponible de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en medicare.chpw.org. 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. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la 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). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo 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).

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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente