

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 2024

Actualmente, está inscrito como miembro del *Plan 2 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 en 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.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” para 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](https://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista en la parte posterior de su manual Medicare y usted 2024 (*Medicare & You 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 2 de MA de CHPW*.
- Si desea cambiarse 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 2 de MA de CHPW*.
- Si se mudó hace poco tiempo a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), vive actualmente en una o acaba de salir de una, puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1). El horario de atención es 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 Salud de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) 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 Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro(s)/nuestra(s)”, se hace referencia a Community Health Plan of Washington. Cuando se usan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al Plan 2 de MA de CHPW.

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Aviso anual de cambios para 2024 1

Resumen de costos importantes para 2024..... 4

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 8

 Sección 2.1: Cambios en la prima mensual 8

 Sección 2.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 8

 Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias 9

 Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 10

 Sección 2.5: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D 14

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 19

 Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en el *Plan 2 de MA de CHPW* 19

 Sección 2.2: Si desea cambiar de plan 19

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan 20

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 20

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 21

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? 22

 Sección 6.1: Cómo recibir ayuda del *Plan 2 de MA de CHPW* 22

 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 2 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)
<p>Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$41.00	\$38.40
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo 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>	\$7,900	\$8,850
<p>Consultas en el consultorio médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$40 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: sin cambio</p> <p>Consultas a especialistas: \$50 por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$450 por día, del día 1 al 4 • Copago de \$0 por día, del día 5 al 90 	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$500 por día, del día 1 al 4 • Copago de \$0 por día, del día 5 al 90

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 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 Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos genéricos (nivel 2): Farmacia estándar: Copago de \$15 Farmacia preferida: Copago de \$10 Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (nivel 3): Farmacia estándar: Copago de \$47 Farmacia preferida: Copago de \$42 Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1): Farmacia estándar: Copago de \$10 Farmacia preferida: Copago de \$0 Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos genéricos (nivel 2): Farmacia estándar: Copago de \$20 Farmacia preferida: Copago de \$10 Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (nivel 3): Farmacia estándar: Copago de \$47 Farmacia preferida: Copago de \$37 Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Medicamentos no preferidos (nivel 4): Farmacia estándar: 50% del costo Farmacia preferida: 50% del costo Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Medicamentos no preferidos (nivel 4): Farmacia estándar: 50% del costo Farmacia preferida: 50% del costo Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Medicamentos especializados (nivel 5): Farmacia estándar: 33% del costo Farmacia preferida: 33% del costo Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Medicamentos especializados (nivel 5): Farmacia estándar: 33% del costo Farmacia preferida: 33% del costo Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>El costo compartido de pedido por correo coincide con el costo compartido minorista preferido.</p>	<p>El costo compartido de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p>
	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. 	<p>El costo compartido de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Por cada medicamento recetado, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<p>Llame al Servicio al cliente para averiguar si sus medicamentos recetados de pedido por correo son estándar o preferidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1: 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).	\$41.00	\$38.40

- Su prima mensual del plan será *más alta* 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 tiene 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 *más baja* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 respecto de la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Costo	2023 (este año)	2024 (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 de los medicamentos recetados no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$7,900	\$8,850 Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año calendario.

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

Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web [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 bien para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, que se enviará dentro de los tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte 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. **Consulte 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 los 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 ayudarlo.

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de quiropráctica	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).
Servicios dentales (complementarios)	<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>Los servicios dentales complementarios cubiertos se brindan a través de Delta Dental of Washington y solo están cubiertos cuando los brinda un dentista de la red de Delta Dental.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p>Para encontrar la lista más actual de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite DeltaDentalWA.com. Los proveedores de la red de Delta Dental deben presentar reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.</p> <p>Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame al Servicio al cliente.</p> <p>Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>
Atención de emergencia	Se aplica un copago de \$95 por cada visita individual a la sala de emergencia cubierta por Medicare.	Se aplica un copago de \$100 por cada visita individual a la sala de emergencia cubierta por Medicare.
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$450 por día del día 1 al 4. • Copago de \$0 por día del día 5 al 90. <p>Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1.</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$500 por día del día 1 al 4. • Copago de \$0 por día del día 5 al 90. <p>Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	El costo compartido se aplica a partir del día de la hospitalización.	El costo compartido se aplica a partir del día de la hospitalización.
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p>	<p>Para hospitalizaciones en hospital psiquiátrico cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$310 por día del día 1 al 5. • Copago de \$0 por día del día 6 al 90. <p>Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1.</p> <p>El costo compartido se aplica a partir del día de la hospitalización.</p>	<p>Para hospitalizaciones en hospital psiquiátrico cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$350 por día del día 1 al 5. • Copago de \$0 por día del día 6 al 90. <p>Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1.</p> <p>El costo compartido se aplica a partir del día de la hospitalización.</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico</p>	<p>Copago de \$40 por cada consulta a especialistas cubierta por Medicare.</p>	<p>Copago de \$50 por cada consulta a especialistas cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Copago de \$0 por día del día 1 al 20. Copago de \$160 por día del día 21 al 100.</p> <p>El costo compartido se aplica a partir del día de la hospitalización.</p>	<p>Copago de \$0 por día del día 1 al 20. Copago de \$200 por día del día 21 al 100.</p> <p>El costo compartido se aplica a partir del día de la hospitalización.</p>
<p>Atención de la salud mental para pacientes externos</p>	<p>Copago de \$30 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Copago de \$40 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Copago de \$40 por cada consulta cubierta por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia ocupacional • Consulta de fisioterapia • Consulta de terapia del habla 	Copago de \$40 por cada consulta cubierta por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia ocupacional Copago de \$45 por cada consulta cubierta por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de fisioterapia • Consulta de terapia del habla
Productos de venta libre	No debe pagar nada por los productos de venta libre (OTC), hasta el límite de \$25 por mes.	Sin cobertura
Servicios de urgencia necesarios	Copago de \$10	Copago de \$40
Atención de la visión (complementaria)	A través de Vision Service Plan (VSP) Choice Network: <ul style="list-style-type: none"> • 0% del costo por un examen WellVision cada año. • 0% del costo del material complementario hasta el límite de beneficios del plan de \$150 cada dos años. 	Sin cobertura

Sección 2.5: 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 de los medicamentos que cubriremos el próximo año, pero no todos. 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 contraportada) o visite nuestro sitio web (medicare.chpw.org).

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que podría incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte 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 ha pasado 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 quitar de inmediato los medicamentos que la FDA considere no seguros o que un fabricante del producto haya retirado 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 para medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de la 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 quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por una nueva versión genérica en el mismo nivel de costo compartido o inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero pasarlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que se reemplazará o se pasará 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 para 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 le 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 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” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o “LIS Rider” (Cláusula adicional LIS), que 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**. En la siguiente información, se describen los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan 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)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	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>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a 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 recetados de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</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: usted paga \$5 por medicamento recetado.</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: usted paga \$10 por medicamento recetado.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “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 para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Farmacia preferida: usted paga \$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):</p> <p>Costo compartido estándar: usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Costo compartido preferido: usted paga \$42 por medicamento recetado.</p>	<p>Farmacia preferida: usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos genéricos (nivel 2):</p> <p>Costo compartido estándar: usted paga \$20 por medicamento recetado.</p> <p>Costo compartido preferido: usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (nivel 3):</p> <p>Costo compartido estándar: usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Costo compartido preferido: usted paga \$37 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Medicamentos no preferidos (nivel 4):

Costo compartido estándar: usted paga el 50% del costo total. Costo compartido preferido: usted paga el 50% del costo total.

Medicamentos no preferidos (nivel 4):

Costo compartido estándar: usted paga el 50% del costo total. Costo compartido preferido: usted paga el 50% del costo total.

Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Medicamentos especializados (nivel 5):

Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total.

Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

Para pedidos por correo para todos los niveles **(niveles 1 a 5):**

El costo compartido de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.

El costo compartido de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.

Medicamentos especializados (nivel 5):

Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total.

Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total.

Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

Para pedidos por correo para todos los niveles **(niveles 1 a 5):**

El costo compartido de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p>El costo compartido de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <p>Consulte arriba (página anterior) los montos de costos compartidos de pedido por correo estándar y preferido.</p> <p>Llame al Servicio al cliente para averiguar si sus medicamentos recetados de pedido 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 llegan a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

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

Para obtener información específica sobre 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 siga siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que 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 y usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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 **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribábase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan 2 de MA de CHPW*.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribábase en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el *Plan 2 de MA de CHPW*.
- Para **cambiarse 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 al Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

- *O bien* comunicarse con **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 cambiarse 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 cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Washington, el SHIP se denomina Asesores de beneficios de seguro médico del 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 de 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).

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, lo que incluye 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 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 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.
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *Washington* cuenta con un programa llamado Grupo de seguros médicos del estado de Washington (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 seguro médico.
- **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 están infectadas por el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia en el 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 ¿Tiene 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, llame al 7-1-1). 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 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. 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*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en 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). 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.

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Cada año, en otoño, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye 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 llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.