

Dual Select (HMO D-SNP) de Community Health Plan of Washington (CHPW) ofrecido por Community Health Plan of Washington

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de Dual Select de CHPW (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Dual Select de CHPW.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista en la portada posterior de su manual *Medicare y Usted 2026* (Medicare & You 2026).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en medicare.chpw.org o llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Nuestro plan proporciona servicios de asistencia en otros idiomas y asistencia y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Puede solicitar esta información en formatos alternativos como braille, letra grande y audio de forma gratuita.

Acerca de Dual Select de CHPW

- Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Apple Health Medicaid del estado de Washington para coordinar sus beneficios de Apple Health (Medicaid). La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este material se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Community Health Plan of Washington. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Dual Select de CHPW.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en Dual Select de CHPW.** A partir del 1.º de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Dual Select de CHPW. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	9
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	15
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	15
Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?	16
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	18
Obtenga ayuda de Dual Select de CHPW.....	18
Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare	18
Obtenga ayuda de Medicare	19
Obtenga ayuda de Medicaid.....	19

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener más información.</p>	\$26.20	\$10.50
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1 para obtener más información).</p>	<p style="text-align: center;">\$9,350</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud de Apple Health (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;">\$9,250</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud de Apple Health (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p>Visitas al consultorio de atención primaria</p>	<p>copago de \$0 o 20 % por consulta. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en Apple Health (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>copago de \$0 o 20 % por consulta. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en Apple Health (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.</p>
<p>Visitas al consultorio de un especialista</p>	<p>copago de \$0 o 20 % por consulta. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en Apple Health (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>copago de \$0 o 20 % por consulta. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en Apple Health (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.</p>

	<p style="text-align: center;">2025 (este año)</p>	<p style="text-align: center;">2026 (próximo año)</p>
<p>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 lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital.</p>	<p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Original Medicare para 2025.</p> <p>Deducible de \$1,676 para los días 1 a 60.</p> <p>Copago de \$419 cada día para los días 61 al 90.</p> <p>Copago de \$838 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>Con la asistencia completa para costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Original Medicare para 2026, que serán establecidos por los CMS en el otoño de 2025.</p> <p>Estos son montos de costos compartidos para 2025 y pueden cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>Deducible de \$1,676 para los días 1 a 60.</p> <p>Copago de \$419 cada día para los días 61 al 90.</p> <p>Copago de \$838 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>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p>	<p>Deducible: De \$0 a \$615, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1 para obtener más detalles, incluidas las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: \$0</p>	<p>Costos compartidos, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$5.10 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos.</p> <p>Medicamentos de Nivel 2 (genérico): Usted paga \$5.10 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos.</p> <p>Medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$12.65 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos. Usted paga \$35 o 25 % (lo que sea menor) por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4 (no preferidos): Usted paga \$12.65 o el 50 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>Usted paga \$35 o 25% (lo que sea menor) por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5 (especialidad): Usted paga \$12.65 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos.</p> <p>Medicamentos de Nivel 6 (seleccionado): Costos compartidos de \$0</p> <p>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que la pague Apple Health [Medicaid].)</p>	<p>\$26.20</p>	<p>\$10.50</p>

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

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos (y otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Apple Health (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para recibir ayuda de Apple Health (Medicaid) con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$9,350	<p>\$9,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* para 2026 medicare.chpw.org/find-a-doctor para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener una versión actualizada del *Directorio de proveedores*:

- Visite nuestro sitio web en medicare.chpw.org.
- Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada de los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red se retira de nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted 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 nuestras farmacias de la red. Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* para 2026 en [medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage](https://www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage) para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener una versión actualizada del *Directorio de farmacias*:

- Visite nuestro sitio web en [medicare.chpw.org](https://www.medicare.chpw.org).
- Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio a mitad de año en nuestras farmacias, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Dental (complementario)	Límite anual de \$750 para servicios dentales suplementarios preventivos e integrales.	Límite anual de \$1,250 para servicios dentales suplementarios preventivos e integrales.
Atención de emergencia	Copago de \$110. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud de Apple Health (Medicaid), usted paga \$0.	Copago de \$115. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud de Apple Health (Medicaid), usted paga \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de audición (complementarios)	Límite anual de \$2,250 para audífonos y suministros relacionados. Límite de uno por oído, cada año.	Límite anual de \$1,500 para audífonos y suministros relacionados. Límite de uno por oído, cada año.
Transporte (complementario)	No deberá pagar nada hasta un máximo de 32 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones relacionadas con el cuidado de la salud aprobadas por el plan cada año calendario.	No deberá pagar nada hasta un máximo de 40 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones relacionadas con el cuidado de la salud aprobadas por el plan cada año calendario.
Servicios de urgencia	Copago de \$45. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud de Apple Health (Medicaid), usted paga \$0.	Copago de \$40. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud de Apple Health (Medicaid), usted paga \$0.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos 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.

Puede obtener la Lista de medicamentos completa llamando al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en (medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage).

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

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas

de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique para usted**. Le enviamos un material por separado, llamado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar por medicamentos recetados*, en el que se informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 1.º de octubre de 2025, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional del *subsidio por bajos ingresos (LIS)*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 etapas de **pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa de periodo sin cobertura y el Programa de Descuento por Periodo sin Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible anual**
Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 1 a 6 hasta que alcanza el deducible anual.
- **Etapa 2: Cobertura inicial**
Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte del costo de sus medicamentos que nos corresponde, y usted paga su parte. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo en lo que va del año alcanzan los \$2,100.
- **Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas**
Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos por Periodo sin Cobertura ha sido reemplazado por el Programa de Descuentos para Fabricantes. En el marco del Programa de Descuentos para Fabricantes,

los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos para Fabricantes no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	<p>\$0 a \$590</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 en costos compartidos para los medicamentos del Nivel 1.</p>	<p>\$0 a \$615</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 en costos compartidos por los medicamentos de Nivel 6 y el costo total de los medicamentos de los Niveles 1 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

En el caso de los medicamentos de los Niveles 1 a 5, sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial están cambiando de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2025 a 2026.

En la tabla, se muestra el costo por receta de un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos: para un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Costo compartido de \$0	Usted paga \$5.10 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos.
Medicamento de Nivel 2 (genérico)	Costo compartido de \$0	Usted paga \$5.10 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos.
Medicamentos de Nivel 3: (medicamentos de marca preferidos)	Costo compartido de \$0	Usted paga \$12.65 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos. Usted paga \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina en este nivel.
Medicamentos de Nivel 4: (no preferidos)	Costo compartido de \$0	Usted paga \$12.65 o el 50 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos. Usted paga \$35 o el 25 %, lo que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamento de Nivel 5 (especialidad)	Costo compartido de \$0	Usted paga \$12.65 o el 25 % del costo total, lo que sea menor. Los montos de costos compartidos pueden variar según el nivel de ingresos.
Medicamento de Nivel 6 (seleccionado):	No se ofrece en 2025.	Costos compartidos de \$0

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

Cambios en el beneficio de la Parte D de VBID

Los costos compartidos de la Parte D en 2025 fueron de \$0 para los Niveles 1 a 5. El beneficio de la Parte D de VBID no se ofrecerá en 2026. Consulte la tabla anterior para conocer los cambios en los costos compartidos de la Parte D para 2026.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de *la Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	<p>Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-942-0247 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Dual Select de CHPW no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro plan o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro programa Dual Select de CHPW.

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud diferente de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Dual Select de CHPW.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Dual Select de CHPW.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía a la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026* (Medicare & You 2026), llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura **del 15 de octubre al 7 de diciembre** cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2026 y no está de acuerdo con su elección, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen a personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o se van a retirar de la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Apple Health (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
(Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya renunciado a la inscripción automática), o
- Si es elegible, un plan D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de Apple Health (Medicaid) en un solo plan.

Si hace poco se ha mudado a una institución o está viviendo en ella (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se retiró.

SECCIÓN 4 **Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados**

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **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 reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
La atención es durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día.
Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del Programa de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de su estado.** Washington cuenta con un programa llamado Washington State Health Insurance Pool (WSHIP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos vitales para el VIH. Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con determinados criterios, entre ellos: evidencia de residencia en el estado y condición de portador de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de persona no asegurada o con seguro insuficiente. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de recetas a través del Programa de Intervención Temprana (EIP) del estado de Washington. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-877-376-9316. Al llamar, no olvide informar el nombre o el número de póliza del plan de la Parte D de Medicare.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un

plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago: **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el plan Prescription Payment Plan (Plan de Pago de Medicamentos Recetados) de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Prescription Payment Plan de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de Dual Select de CHPW

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-942-0247. (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
Atendemos llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.
- **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2026***
Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2026* para Dual Select de CHPW. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en medicare.chpw.org o llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.
- **Visite medicare.chpw.org**
En nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoría gratuita sobre Medicare

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

Llame a SHIBA para obtener asesoría personalizada gratuita sobre el seguro de salud. Puede ayudarle a entender las opciones de planes de Medicare y Apple Health (Medicaid) y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a SHIBA al 1-800-562-6900. Para obtener más información sobre SHIBA, visite (insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba).

Obtenga ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con medicare.gov**

Puede chatear en vivo en [medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite medicare.gov**

El sitio web de Medicare ofrece 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.

- **Lea *Medicare y Usted (Medicare & You) 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare.

Obtenga una copia en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame 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. para obtener ayuda con las preguntas sobre la inscripción o los beneficios de Apple Health (Medicaid).

Página dejada en blanco a propósito