

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 2025

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 4 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 nuestra página web medicare.chpw.org. También puede llamar al Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

- **Usted 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, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Compruebe los cambios en la “Lista de Medicamentos” 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente tienen cobertura.
 - Compare la información de los planes de los años 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costos compartidos diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.

- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” 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 el buscador de planes de Medicare en el sitio web [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la portada posterior de su manual *Medicare & You 2025 (Medicare y usted 2025)*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- 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 2024, permanecerá en el Plan 2 de MA de CHPW.
- Si desea cambiar a un **plan diferente** puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción en el Plan 2 de MA de CHPW.
- Si se ha mudado recientemente, vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados prolongados), puede cambiar de plan o pasarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

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.
- Community Health Plan of Washington ofrece servicios gratuitos de interpretación lingüística disponibles para las personas que no hablan inglés o con un dominio limitado del inglés. Puede solicitar esta información en formatos alternativos, como braille o tamaño de letra grande sin costo. Comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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.
- La **cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de

Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 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 este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Community Health Plan of Washington (CHPW). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia al Plan 2 de MA del CHPW.

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	9
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 2.1: Si desea seguir inscripto en el Plan 2 de MA de CHPW	15
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	17
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	19
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	20
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda del Plan 2 de MA de CHPW	20
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	21

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de los años 2024 y 2025 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$38.40	\$23.10
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles.)</p>	\$8,850	\$9,350
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$50 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</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 \$500 por día para los días del 1 al 4 • copago de \$0 por día para los días del 5 al 90 	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$500 por día para los días del 1 al 4 • copago de \$0 por día para los días del 5 al 90

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): Farmacia estándar: copago de \$10 Farmacia preferida: copago de \$0</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2): Farmacia estándar: Copago de \$20 Farmacia preferida: copago de \$10</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): Farmacia estándar: copago de \$47 Farmacia preferida: Copago de \$37 Usted paga un copago de \$35 por 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</p>	<p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): Farmacia estándar: copago de \$10 Farmacia preferida: copago de \$0</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2): Farmacia estándar: Copago de \$20 Farmacia preferida: copago de \$10</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): Farmacia estándar: copago de \$47 Farmacia preferida: Copago de \$37 Usted paga un copago de \$35 por 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</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Medicamentos especializados (Nivel 5): Farmacia estándar: 33% del costo Farmacia preferida: 33% del costo</p> <p>El costo compartido del servicio de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p> <p>El costo compartido del servicio de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <p>Llame al Servicio al cliente para averiguar si sus medicamentos recetados de venta por correo son estándar o preferidos.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga todos sus medicamentos cubiertos de la Parte D, usted no debe pagar nada. 	<p>Usted paga un copago de \$35 por 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</p> <p>El costo compartido del servicio de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p> <p>El costo compartido del servicio de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <p>Llame al Servicio al cliente para averiguar si sus medicamentos recetados de venta por correo son estándar o preferidos.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$38.40	\$23.10

- 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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (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 sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,850	\$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 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 por el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y 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 nuestras 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.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en medicare.chpw.org/find-a-doctor. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacia, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo, que recibirá en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores para 2025*** medicare.chpw.org/find-a-doctor **para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red de servicios.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias para 2025*** medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/ **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) que son parte de su plan. Si le afecta un cambio de proveedores a mitad de año, comuníquese con el Servicio al Cliente para que podamos ayudarle.

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de terapia ocupacional	Copago de \$40 por consulta	Copago de \$35 por consulta
Transporte (complementario)	Sin cobertura	No deberá pagar nada hasta un máximo de 20 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan por año. Se requiere autorización previa para los viajes de más de 40 millas.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

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

No hemos realizado ningún cambio en nuestra Lista de medicamentos para el próximo año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte 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 durante el año, revise el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener más información.

Hicimos cambios a 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 diferente de costos compartidos. **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 trasladó 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, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte 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 médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de un medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y

con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir del año 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que es reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que obtenga un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hacemos el cambio, obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona

información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: [fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). También puede ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente o pedir más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un anexo separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos recetados), también denominada *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en la que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento antes del 30 de septiembre de 2024, llame al Servicio al cliente y pida la Cláusula adicional LIS.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa de interrupción de la cobertura y el Programa de descuento para el período sin cobertura ya no existirán en los beneficios de la Parte D.

El Programa de descuento para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. Bajo el Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (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	2024 (este año)	2025 (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>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): Farmacia estándar: copago de \$10 Farmacia preferida: copago de \$0</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2): Farmacia estándar: Copago de \$20 Farmacia preferida: copago de \$10</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): Farmacia estándar: copago de \$47 Farmacia preferida: Copago de \$37 Usted paga un copago de \$35 por 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</p>	<p>Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1): Farmacia estándar: copago de \$10 Farmacia preferida: copago de \$0</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 2): Farmacia estándar: Copago de \$20 Farmacia preferida: copago de \$10</p> <p>Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3): Farmacia estándar: copago de \$47 Farmacia preferida: Copago de \$37 Usted paga un copago de \$35 por 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</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<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 estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p> <p>El costo compartido del servicio de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por 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</p> <p>El costo compartido de servicio de pedido por correo estándar coincide con el costo compartido minorista estándar.</p> <p>El costo compartido del servicio de pedido por correo preferido coincide con el costo compartido minorista preferido.</p> <p>Llame al Servicio al cliente para averiguar si sus medicamentos recetados de venta por correo son estándar o preferidos.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en el marco del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Si alcanza 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 el Capítulo 6, Sección 6 de su *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 2025, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes ([medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte la publicación *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Como recordatorio, Community Health Plan of Washington (CHPW) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Plan 2 de MA de CHPW.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en el Plan 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 obtener más información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente al 1-800-942-0247 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
 - *O BIEN*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

intervención:	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>No corresponde</p>	<p>El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 4 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 2025.

¿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 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se ha mudado recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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

SECCIÓN 6 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 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 deben llamar al 1-877-486-2048 la atención es 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; o
 - A la Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Washington cuenta con un programa llamado Washington State Health Insurance Pool (WSHIP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, 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, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, 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. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre y el número de póliza de su 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 nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo en medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **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 Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-942-0247 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda del Plan 2 de MA de CHPW

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

Lea su *Evidencia de cobertura para 2025* (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 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* 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 podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar al Servicio al cliente y 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 de atención primaria y Hospitales*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025)

Lea el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025). Cada año, en otoño, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)), o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Página dejada en blanco a propósito