

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

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de Dual Select 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 solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura*.

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 para medicamentos, inclusive las restricciones de cobertura y el costo compartido.
 - 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 tengan cobertura.
 - Compare la información del plan para 2024 y 2025 para saber si estos medicamentos se trasladan a un nivel de costo compartido diferente o estarán sujetos a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado 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 reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “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* (Medicare y usted) 2025. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para hablar con un asesor 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 Dual Select 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 con Dual Select de CHPW.
- Consulte la sección 2, en la página 15, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se ha mudado recientemente o 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 hace poco se mudó 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). 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. 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](https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

Acerca de Dual Select de CHPW

- Community Health Plan of Washington es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid del estado de Washington. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Community Health Plan of Washington (CHPW). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Dual Select de CHPW.

H5826_MK859_ANOC_Dual_Select_01_2025_M SPA HCA #41381 File & Use 09042024

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.....	11
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Dual Select de CHPW	15
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	17
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Dual Select de CHPW.....	18
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	19
Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	19

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y 2025 para Dual Select de CHPW en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir la asistencia para costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, pagará \$0 por su deducible, consultas al consultorio médico y hospitalizaciones.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	<p>\$40.60</p>	<p>\$26.20</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% por visita</p> <p>Consultas a especialistas: Copago de \$0 o 20% por visita</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria: Sin cambio</p> <p>Consultas a especialistas: Sin cambio</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia para costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0 por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está</p>	<p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Original Medicare para 2025,</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>sujeto a los montos de los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p>Deducible de \$1,632 para los días 1 al 60.</p> <p>Copago de \$408 cada día para los días 61 al 90.</p> <p>Coseguro de \$816 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>que serán establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el otoño de 2024.</p> <p>Estos son montos de costos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al cliente.</p> <p>Deducible de \$1,632 para los días 1 a 60.</p> <p>Copago de \$408 cada día para los días 61 al 90.</p> <p>Copago de \$816 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>El plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si la hospitalización dura más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados estará limitada a 90 días por período de beneficios.</p>

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>Deducible: \$0-\$545, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p><i>Copago/coseguro</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 	<p>Deducible: \$0-\$590, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p><i>Copago/coseguro</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0
<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>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare por Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare por Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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 a menos que Medicaid la pague por usted).	\$40.60	\$26.20

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 pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no será responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$8,850</p>	<p style="text-align: center;">\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

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.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web. El *Directorio de farmacias se encuentra en* medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage. El *Directorio de proveedores de atención primaria y hospitales se encuentra en* medicare.chpw.org/find-a-doctor.

También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo; lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* en medicare.chpw.org/find-a-doctor 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. **Revise el *Directorio de farmacias de 2025* en 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 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 ayudarle.

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

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

Implementaremos 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)
Atención de emergencia	Copago de \$0 o coseguro del 20% (copago de hasta \$100) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Copago de \$0 o coseguro del 20% (copago de hasta \$110) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.
Family on Demand (Papa Pals)	\$0 de copago por hasta 60 horas de asistencia por año	Sin cobertura
Dental (complementario)	Los servicios dentales complementarios preventivos e integrales se limitan a \$500 por año.	Los servicios dentales complementarios preventivos e integrales se limitan a \$750 por año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Transporte (complementario)	Sin cobertura	No deberá pagar nada hasta un máximo de 32 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan cada año. Se requiere autorización previa para viajes de más de 40 millas.
Servicios de urgencia	Copago de \$0 o coseguro del 20% (copago de hasta \$55) por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.	Copago de \$0 o coseguro del 20%, copago de hasta \$45 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.

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).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un tipo diferente de nivel de gastos 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 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, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afecte el acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso.

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 o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca reemplazado. 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 de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que es reemplazado por un biosimilar, es posible que no obtenga un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni obtenga un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, obtendrá la información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que el cambio esté hecho.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener una definición de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos para los consumidores. 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 comunicarse con el Servicio al cliente o solicitar más información a su proveedor de atención médica, dispensador o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos de Fabricantes. En el Programa de Descuentos de Fabricantes, 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 bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas la vacuna contra la varicela, el tétanos y las vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$0 a \$545</p>	<p>El deducible es de \$0 a \$590</p> <p>También podría recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare.</p>

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>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar es \$0.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar es \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en el beneficio de la Parte D de VBID

No paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

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

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Dual Select 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 Dual Select de CHPW.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar en 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede registrarse en un plan de salud diferente de Medicare.
- Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos 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 & You* (Medicare y usted) 2025, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). 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 **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 **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Dual Select 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.
 - Ponerse en contacto 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.

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

SECCIÓN 3 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.

Debido a que tiene Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluso:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse 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 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 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 separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. Si hace poco se mudó 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 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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).

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. Conozca más (insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba).

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

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, se describen distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también conocida como Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de los medicamentos recetados, algunos deducibles anuales y coseguros. Como usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:
 - 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.
 - 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.
 - Oficina estatal de Medicaid.

- **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 médicos.
- **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 o cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito para continuar recibiendo asistencia, llame al EIP al 1-877-376-9316 o envíe un correo electrónico a Ask.EIP@doh.wa.gov. Al llamar, no olvide informar el nombre y el número de póliza del plan de la Parte D de Medicare.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Dual Select de CHPW

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

Lea su *Evidencia de cobertura de 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 Dual Select 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 & You (Medicare y usted) 2025*

Lea el manual *Medicare & You (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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (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.

Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid

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