

Más opciones, mejor atención. Esa es nuestra Ventaja.

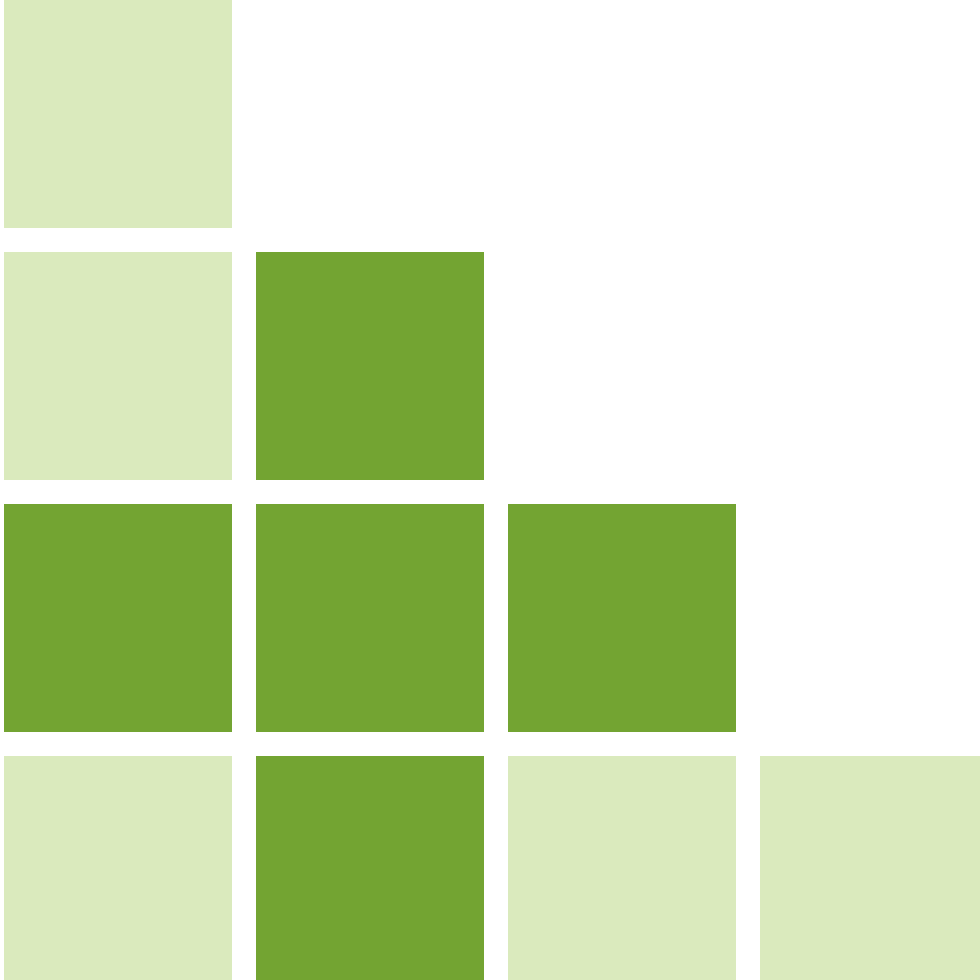
2024

Aviso anual de cambios

CareOregon Advantage **Plus**
(HMO-POS D-SNP)

Para los siguientes condados de Oregon: Clackamas, Columbia,
Jackson, Multnomah, Tillamook, y Washington

H5859_CO2024ANOC_M



Servicios de Intérprete en Varios Idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 888-712-3258. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 888-712-3258. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 888-712-3258。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese:

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 888-712-3258。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa

aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 888-712-3258. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 888-712-3258. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 888-712-3258 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 888-712-3258. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 888-712-3258 번으로

문의해주시십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴
것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 888-712-3258. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Hindi: हमारे 'ा(या दवा की योजना के बारे म आपके िकसी भी के जवाब देने के िलए हमारे पास मु= दुभािषया सेवाएँ उपल ह. एक दुभािषया ा करने के िलए, बस हम 888-712-3258 पर फोन कर. कोई जो िहरी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मु= सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 888-712-3258. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 888-712-3258. Irá encontrar

alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 888-712-3258. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 888-712-3258. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品
処方薬プランに関するご質問にお答えするため
に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご
用命になるには、888-712-3258
にお電話ください。日本語を話す人者
が支援いたします。これは無料のサービスです。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 888-712-3258. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)
ofrecido por Health Plan de CareOregon, Inc.

Aviso Anual de Cambios para el 2024

Actualmente usted está inscrito como miembro de CareOregon Advantage Plus. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para obtener un resumen de Costos Importantes, incluida la Prima Mensual.***

Este documento contiene información sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en ***careoregonadvantage.org/materials***. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Cuales cambios aplican para usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (doctor, hospital).

- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos para las autorizaciones y costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
 - Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
 - Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Consulte coberturas y costos de los planes en su área Utilice el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web ***medicare.gov/plan-compare*** o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en CareOregon Advantage Plus.

- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción con CareOregon Advantage Plus.
- Consulte la Sección 3, página 11 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializado o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en ruso, chino simplificado, chino tradicional, español y vietnamita.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 503-416-4279, o al número gratuito 888-712-3258 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en formatos diferentes, incluido Braille y letra grande. Llame a Servicio al Cliente al

503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Acerca de CareOregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus es un HMO-POS D-SNP con un contrato Medicare/Medicaid. La afiliación a CareOregon Advantage Plus depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Oregon Health Plan (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere al Plan de salud de CareOregon, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a CareOregon Advantage Plus.

Aviso Anual de Cambios para el 2024

Tabla de Contenido

| | |
|---|-----------|
| Resumen de Costos Importantes para el 2024 | 11 |
| SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará inscrito automáticamente en CareOregon Advantage Plus en 2024 | 16 |
| SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año | 17 |
| Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual..... | 17 |
| Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de bolsillo | 17 |
| Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias | 19 |
| Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos | 19 |
| Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D..... | 21 |
| SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir..... | 29 |
| Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareOregon Advantage Plus | 29 |
| Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan | 29 |

| | | |
|------------------|---|-----------|
| SECCIÓN 4 | Cambiar Planes..... | 31 |
| SECCIÓN 5 | Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid | 33 |
| SECCIÓN 6 | Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados..... | 35 |
| SECCIÓN 7 | ¿Preguntas?..... | 37 |
| | Sección 7.1 – Obtener ayuda de CareOregon Advantage Plus | 37 |
| | Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare | 38 |
| | Sección 7.3 – Obtener ayuda de Medicaid | 39 |

Resumen de Costos Importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 de CareOregon Advantage Plus en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los costos. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estadías hospitalarias.

Si pierde la elegibilidad para el Plan de Salud de Oregón (Medicaid) durante el año, ya no recibirá los beneficios de Medicaid y deberá pagar la prima de Medicare o el costo compartido que normalmente cubre Medicaid.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles. | \$0 | \$0 |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--------------------------------------|---|---|
| Deducible | \$0 | \$0 |
| Visitas al consultorio médico | Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita | Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita |
| Estadías hospitalarias | \$0 | \$0 |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles.)</p> | <p>Deducible \$0 o \$104</p> <p>Copagos durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga \$0/\$1.45/\$4.15 de copago por receta</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga \$0/\$4.30/\$10.35 por receta</p> | <p>Deducible \$545</p> <p>Si califica para “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible no se aplica a usted.</p> <p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial para los niveles de medicamentos 1 a 4:</p> <p>Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga \$0/\$1.55/\$4.50 por receta.</p> <p>Para todos los demás medicamentos, usted paga \$0/\$4.60/\$11.20 por receta</p> <p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial para medicamentos de nivel 5:</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--------------|------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Para todos los medicamentos complementarios o medicamentos seleccionados que normalmente no cubre Medicare, usted paga \$1.55 por receta. <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos por la Parte D. • Es posible que tenga costos compartidos por los medicamentos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Monto para el máximo de bolsillo</p> <p>Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles.)</p> | <p>\$8,300</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p> | <p>\$8,850</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p> |

SECCIÓN 1: A Menos que Elija Otro Plan, Quedará Inscrito Automáticamente en CareOregon Advantage Plus en el 2024

Si no hace ningun cambio en 2023, lo inscribiremos automáticamente en CareOregon Advantage Plus. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de CareOregon Advantage Plus. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de Medicamentos Recetados deberá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en efecto el 1 de enero de 2024.

SECCIÓN 2: Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 2.1 – Cambios a la Prima Mensual

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague). | \$0 | \$0 |

Sección 2.2: Cambios en el Monto de su Máximo de Bolsillo

Medicare exige 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 de bolsillo. Una vez que alcance este monto, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|------------------------|---|
| <p>Monto de máximo de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan hacia el monto máximo de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan hacia el monto máximo de bolsillo.</p> | <p>\$8,300</p> | <p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año calendario.</p> |

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en ***careoregonadvantage.org***. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o pedirnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Farmacias de 2024* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año de nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que le podamos ayudar.

Sección 2.4 – Cambios a 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.

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos.

La siguiente información describe estos cambios.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| CareCard de CareOregon Advantage | Usted recibe \$1,580 por año de beneficios (\$395 cada tres meses) en su CareOregon Advantage CareCard para comprar artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud y/o alimentos saludables. | Usted recibe \$1,620 por año de beneficios (\$405 cada tres meses) en su CareOregon Advantage CareCard para comprar artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud y/o alimentos saludables. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|--|--|
| Beneficios Suplementarios Especiales para la Hipertensión | Aquellos diagnosticados con hipertensión, no pagan nada por año por un dispositivo de control de la presión arterial para modelos que sean aprobados. Usted paga \$0 por este beneficio. | Aquellos diagnosticados con hipertensión, no pagan nada por un dispositivo de control de la presión arterial cada 24 meses para modelos que sean aprobados. Usted paga \$0 por este beneficio. |

Sección 2.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios en Nuestra "Lista de Medicamentos"

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica. **Puede obtener la Lista de Medicamentos *completa* llamando al Servicio de atención al cliente (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web. (careoregonadvantage.org/druglist).**

Hicimos 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 cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones o si su medicamento ha sido cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos según las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la FDA considera inseguros o aquellos medicamentos que el fabricante ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o asistencia para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no aplique para usted. Hemos incluido un folleto separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados” (también llamada Cláusula de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este folleto con este paquete, llame a Servicio al Cliente y solicite la cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas – la Etapa de Período Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios a la Etapa de Deducible

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|------------------------|---|
| Etapa 1: Etapa de Deducible Anual | \$0 o \$104 | \$545 Si califica para “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible no se aplica para usted. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga \$0/\$1.45/\$4.15 de copago por receta. • Para todos los demás medicamentos, usted paga \$0/\$4.30/\$10.35 por receta. | <p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar para los siguientes Niveles:</p> <p>Medicamentos Niveles 1-4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga \$0/\$1.55/\$4.50 por receta. • Para todos los demás medicamentos, usted paga |
|--|--|---|

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>un suministro a largo plazo o de recetas enviadas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra "Lista de medicamentos". Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p> | <p>Una vez que haya pagado \$7,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica)</p> | <p>\$0/\$4.60/\$11.20 por receta.</p> <p>Medicamentos Nivel 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para medicamentos complementarios o medicamentos seleccionados que normalmente no cubre Medicare, usted paga \$1.55 por receta. <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica)</p> |

Cambios en su beneficio VBID Parte D

| | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|---|
| Costo Compartido de Medicamentos de la Parte D | Para aquellos con “Ayuda Adicional”: Copagos de \$0 para medicamentos de mantenimiento y vacunas de la Parte D. | Para aquellos con “Ayuda Adicional”: Copagos de \$0 para todos los medicamentos de la Parte D incluidos en el formulario o lista de medicamentos. * |

*Si se le aprueba un medicamento que no está en el formulario, se le cobrará el monto de copago que se indica en el cuadro anterior en la **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**.

Cambios en las Etapas de Período sin Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa sin Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica) son para personas que tienen costos elevados en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Período Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, 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 estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3: Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en CareOregon Advantage Plus

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en CareOregon Advantage Plus.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- —O— Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare. ([medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en CareOregon Advantage Plus se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en CareOregon Advantage Plus se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - —O— Comuníquese con **Medicare** al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

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

SECCIÓN 4: Cambiar Planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, podrá hacerlo a partir del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en efecto el 1 de enero de 2024.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Algunos ejemplos incluyen personas con Medicaid, quienes reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, personas que tienen o dejarán la cobertura de su empleador y personas que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene el Plan de Salud de Oregón (Medicaid), es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos Especiales de Inscripción:**

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de

medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializado 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 (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 5: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con los Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Oregon, el programa SHIP se llama Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIBA).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los consejeros de SHIBA pueden ayudarle con sus preguntas o con problemas relacionados con Medicare. Le pueden ayudar a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a SHIBA al 800-722-4134. Puede conocer más sobre SHIBA visitando su sitio web (*shiba.oregon.gov*).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de su Plan de Salud de Oregon (Medicaid), comuníquese con los Servicios al Cliente del Plan de Salud de Oregon al número gratuito 800-273-0557 (TTY 711). Están disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. También puede llamar a su organización de atención coordinada (CCO) si está inscrito en una. Los números de teléfono aparecen en la parte de atrás de su CCO o de su tarjeta de identificación de Oregon

Health. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene la cobertura de su Plan de Salud de Oregón.

SECCIÓN 6: Programas que Ayudan a Pagar por Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamado Subsidio para Personas de Bajos Ingresos. La “Ayuda Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted califica, no tiene una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:
 - 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 800-772-1213 de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al, 800-325-0778; o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida prueba de residencia en el Estado y también estado de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado y comprobante de que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del programa CAREAssist. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 971-673-0144 o al número gratuito 800-805-2313.

SECCIÓN 7: ¿Preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda por parte de CareOregon Advantage Plus

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas a partir del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2024* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para CareOregon Advantage Plus. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados que están cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en careoregonadvantage.org/materials. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite Nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web en ***careoregonadvantage.org***. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame a 800-MEDICARE (800-633-4227)

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

Visite el Sitio Web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (***medicare.gov***). Tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones de Estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a ***medicare.gov/plan-compare***.

Lea Medicare y Usted 2024

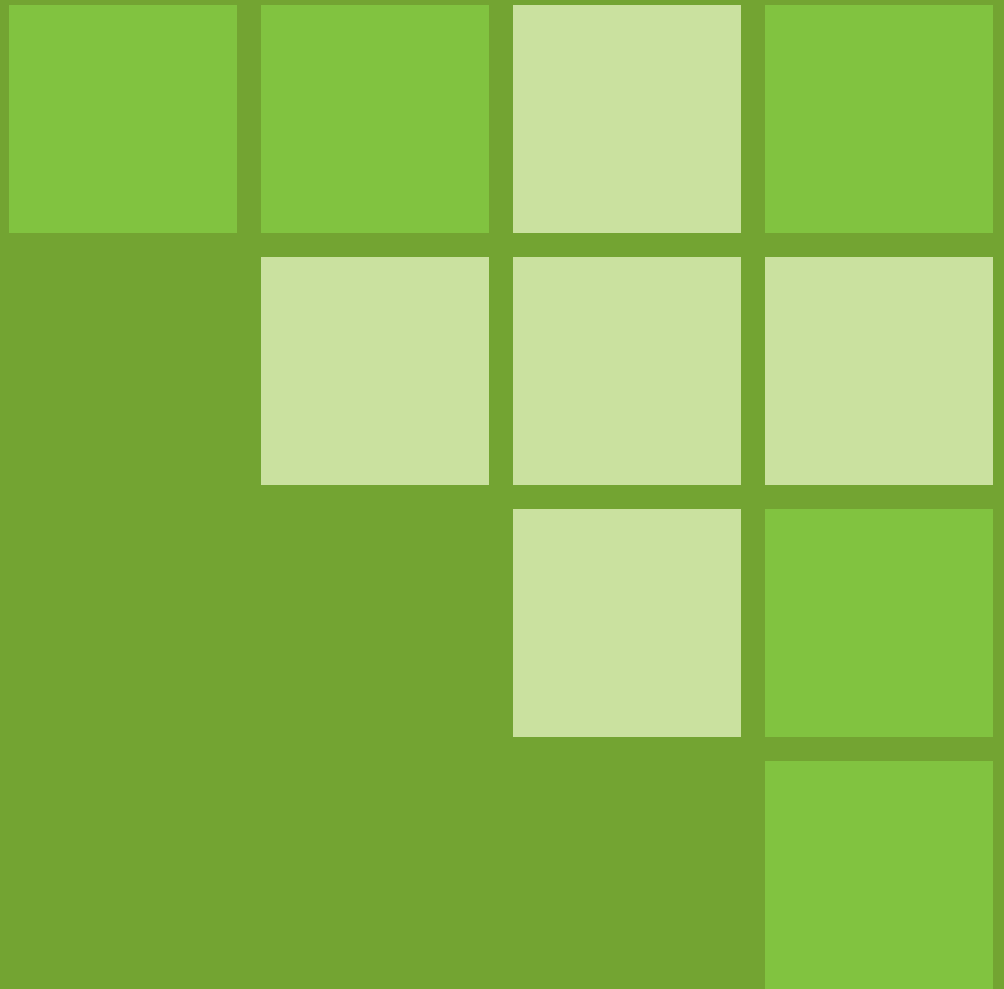
Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de

Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar gratuitamente a Servicios al Cliente del Plan de Salud de Oregón al 800-273-0557. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si está inscrito en una organización de atención coordinada (CCO), puede llamar al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de CCO.

COA-23586017-0915-SP-LP



Departamento de Atención al Cliente de CareOregon Advantage

Llame: 503-416-4279 o gratis al 888-712-3258, TTY 711

Horario de atención:

de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo
de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre



facebook.com/careoregon

twitter.com/careoregon

careoregonadvantage.org

