

Más opciones, mejor atención. **Esa es nuestra Ventaja.**

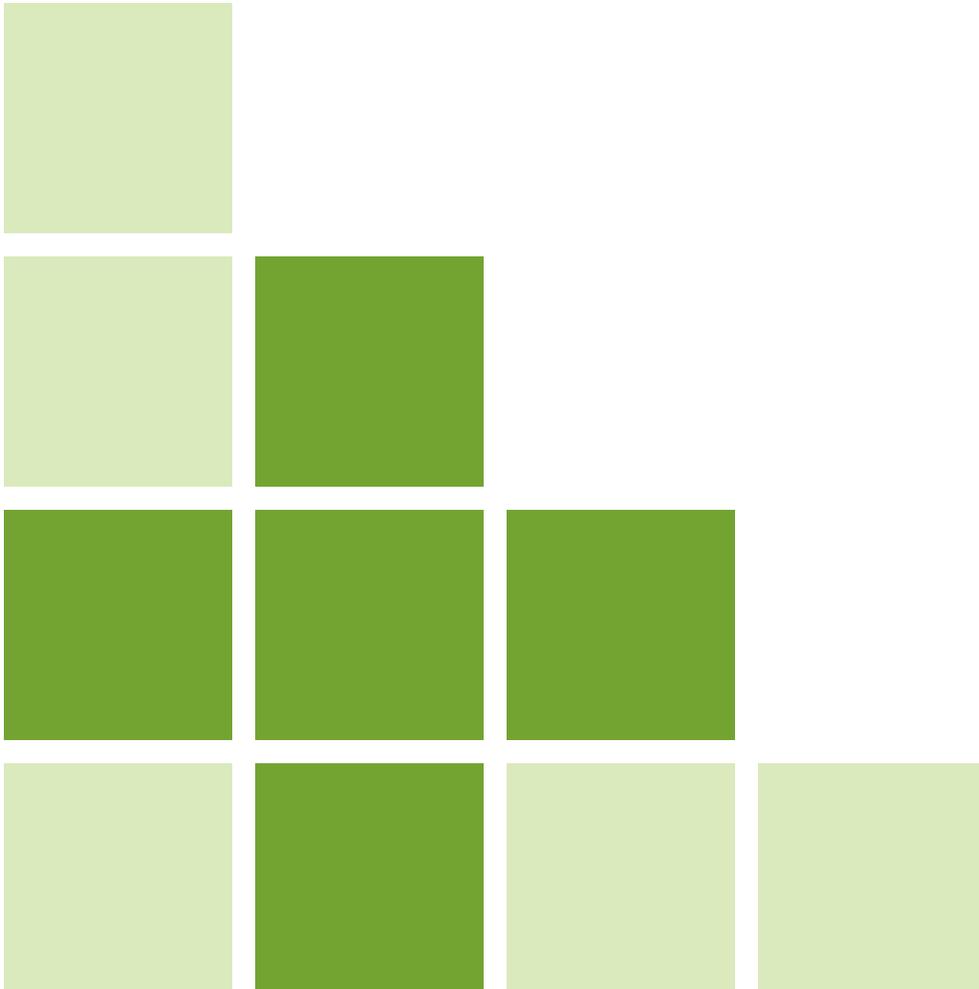
2025

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_CO2025ANOC_M



Multi-language Interpreter Services

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 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 पास (या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी के जवाब देने के लिए हमारे पास मुझे दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया ा करने के लिए, बस हम 888-712-3258 पर फोन करें। कोई जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुझे 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 Italiano vi 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。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 of CareOregon, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2025

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, incluidas las restricciones y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.

- Consulte los cambios en la *Lista de Medicamentos de 2025* para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente todavía estén cubiertos.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel diferente de costos compartidos o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, en 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
 - Consulte si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
 - 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 www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener ayuda adicional, póngase en contacto con el State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia con los Seguros Médicos) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 2024, 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 2025**. Esto finalizará su inscripción con CareOregon Advantage Plus.
- Consulte la Sección 3.2 en la página 15 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en 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. Si acaba de mudarse de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

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 Qualifying Health Coverage (QHC, Cobertura de Salud Calificada)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener 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 a Health Plan of CareOregon, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Care Oregon Advantage Plus.

Aviso Anual de Cambios para 2025
Tabla de Contenido

Resumen de Costos Importantes para 2025.....	11
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará inscrito automáticamente en CareOregon Advantage Plus en 2025	16
SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....	17
Sección 2.1: Cambios a la Prima Mensual.....	17
Sección 2.2: Cambios en el Monto de su Máximo de Bolsillo.....	18
Sección 2.3: Cambios en la Red de Proveedores y Farmacias	20
Section 2.4: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	21
Sección 2.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	26
SECCIÓN 3 Decidir Qué Plan Elegir	33
Sección 3.1: Si desea permanecer en CareOregon Advantage Plus	33
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	34

SECCIÓN 4	Fecha Límite para Cambiar de Plan	35
SECCIÓN 5	Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	37
SECCIÓN 6	Programas que Ayudan a Pagar por Medicamentos Recetados.....	38
SECCIÓN 7	¿Preguntas?.....	39
	Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de <i>CareOregon Advatange Plus</i>	39
	Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare	40
	Sección 7.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid	41

Resumen de Costos Importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.		
Deducible	\$0	\$0

Visitas al consultorio médico	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 por visita</p>
Estadías hospitalarias	\$0	\$0
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Si califica para “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible no se aplica para usted.</p> <p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial</p>	<p>Deducible: \$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Si califica para “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible no se aplica para usted.</p> <p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial</p>

para los niveles de medicamentos 1 a 4: 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 \$0/\$4.60/\$11.20 por receta.

Copagos durante la etapa de cobertura inicial para medicamentos de nivel 5:

- Para todos los medicamentos complementarios o medicamentos

para los niveles de medicamentos 1 a 4: Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga \$0/\$1.60/\$4.90 por receta.

Para todos los demás medicamentos, usted paga \$0/\$4.80/\$12.15 por receta.

Copagos durante la etapa de cobertura inicial para medicamentos de nivel 5:

- Para todos los medicamentos complementarios o medicamentos

seleccionados que normalmente no cubre Medicare, usted paga \$1.55 por receta.

Cobertura
Catastrófica:

- 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.

seleccionados que normalmente no cubre Medicare, usted paga \$1.60 por receta.

Cobertura
Catastrófica:

- 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.

Monto de máximo de bolsillo	\$8,850	\$9,350
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles.)	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.	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.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará inscrito automáticamente en CareOregon Advantage Plus en 2025

Si no hace ningún cambio en 2024, lo inscribiremos automáticamente en CareOregon Advantage Plus. Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Care Oregon 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 vigencia el 1 de enero de 2025.

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

Sección 2.1: Cambios a la Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague).</p>	\$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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo de su bolsillo; debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos 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. 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>\$8,850</p>	<p>\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por 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 montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. El plan de medicamentos de Medicare tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

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 o farmacias, o para pedirnos que le enviemos un directorio, que le llegará por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores de 2025*** (careoregonadvantage.org/providersearch) **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 2025*** (careoregonadvantage.org/pharmacy) **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.

Section 2.4: 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 su Medicare y 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficio de CareCard para alimentos saludables y artículos de venta libre	Usted recibe \$1,620 por año de beneficios (\$405 cada tres meses) en su CareOregon Advantage CareCard para comprar artículos over-the-counter (OTC, de venta libre) relacionados con la salud y/o alimentos saludables.	Usted recibe \$1,378 por año de beneficios (\$344.50 cada tres meses) en su CareOregon Advantage CareCard para comprar artículos over-the-counter (OTC) relacionados con la salud o alimentos saludables.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficio dental complementario de CareCard	Usted recibe \$1,500 al año para servicios dentales complementarios.	Los servicios dentales complementarios no están cubiertos. Los beneficios dentales siguen estando disponibles a través de Medicaid. Para ver más información, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> o su Manual para Miembros de Medicaid.
Servicios de apoyo de cuidados a domicilio	Usted recibe hasta noventa (90) horas de visitas a domicilio al año con Papa Pals para apoyar las actividades instrumentales de la vida diaria.	Usted recibe hasta sesenta (60) horas de visitas a domicilio al año con Papa Pals para apoyar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Meal Delivery Program	Usted recibe hasta 28 días de comidas (un máximo de 56 comidas, o tres comidas al día) tras el alta hospitalaria.	<p>El Meal Delivery Program (Programa de Entrega de Comidas) no está cubierto por Medicare.</p> <p>Si sus beneficios de Medicaid son gestionados por CareOregon, la entrega de comidas después de una hospitalización está cubierta, hasta 28 días de comidas (un máximo de 84 comidas, o tres comidas al día).</p> <p>Si sus beneficios de Medicaid no son gestionados por CareOregon, póngase en contacto con su Coordinated Care Organization (CCO,</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>Organización de Atención Coordinada) o con la Oregon Health Authority (OHA, Autoridad de Salud de Oregón) para que le ayuden a determinar qué beneficios tiene a su disposición.</p>
<p>Línea de consulta de enfermería</p>	<p>Tiene acceso a una línea de consulta de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>La línea de consulta de enfermería no está cubierta por Medicare.</p> <p>Los miembros pueden llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria para recibir asesoramiento de enfermería o Teladoc para solicitar atención</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		urgente por teléfono o video por Internet.
Medicamentos de la Parte B	Los requisitos de autorización previa y terapia escalonada cambian cada año. Póngase en contacto con Servicio al Cliente para comprobar qué medicamentos requieren autorización previa o terapia escalonada.	Los requisitos de autorización previa y terapia escalonada cambian cada año. Póngase en contacto con Servicio al Cliente para comprobar qué medicamentos requieren autorización previa o terapia escalonada.

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

<h3>Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos</h3>

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 a Servicio al Cliente (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web (careoregonadvantage.org).

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, es posible que realicemos otros cambios permitidos según 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 afectará su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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 una excepción y/o pedir asistencia para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con 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 genérica con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca en cuestión. Además, al añadir un nuevo genérico, también podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero añadir inmediatamente nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que un mes no consiga el suministro de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando un producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hayamos hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de

medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Federal Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) también ofrece información al consumidor sobre medicamentos. Visite el sitio web de la FDA en www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente o solicitar más información a su proveedor, prescriptor o farmacéutico.

Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. El Período de Interrupción en la Cobertura y el Coverage Gap Discount Program (Programa de Descuentos para el Período de Interrupción en la Cobertura) dejarán de existir en la prestación de la Parte D.

El Coverage Gap Discount Program también será sustituido por el Manufacturer Discount Program (Programa de Descuentos del Fabricante). En el marco del Manufacturer Discount Program, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos cubiertos, ya sean de marca o biológicos, de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en el marco del Manufacturer Discount Program no cuentan en la suma de los gastos de bolsillo.

Cambios a la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y las vacunas para viajes.</p>	<p>El monto del deducible es de \$545.</p> <p>Si califica para “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible no se aplica para usted.</p>	<p>El monto del deducible es de \$590.</p> <p>Si califica para “Ayuda Adicional”, la etapa de deducible no se aplica para usted.</p>

Cambios en los Costos Compartidos durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez abonado el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un</p>	<p>Su costo por los suministros de un mes 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 \$0/\$4.60/\$11.20 por receta. 	<p>Su costo por los suministros de un mes 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/\$1.60/\$4.90 por receta. • Para todos los demás medicamentos, usted paga \$0/\$4.80/\$12.15 por receta.

suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su *Evidencia de Cobertura*.

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.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.

Medicamentos Nivel 5:

- Para medicamentos complementarios o medicamentos seleccionados que normalmente no cubre Medicare, usted paga \$1.55 por receta.

Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica)

Medicamentos Nivel 5:

- Para medicamentos complementarios que normalmente no cubre Medicare, usted paga \$1.60 por receta.

Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica)

Cambios en su beneficio de la Parte D del Value-Based Insurance Design (VBID, Diseño de Seguro Basado en el Valor)

	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Costo compartido de medicamentos 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.	Para aquellos con “Ayuda Adicional”: copagos de \$0 para todos los medicamentos de la Parte D que estén en el Formulario o Lista de Medicamentos.

Cambios a la Etapa de Cobertura Catastrófica

La Etapa de Cobertura Catastrófica 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 cubiertos, ya sean de marca o biológicos, de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes en el marco del Manufacturer Discount Program no cuentan en la suma de los gastos de bolsillo.

Si llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagará nada por sus 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 Catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de 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 en 2025, 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 (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su State Health Insurance Assistance Program (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. [ID de AdobeID de Adobe](#)
- – O – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 Fecha Límite para Cambiar de Plan

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 vigencia el 1 de enero de 2025.

¿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), puede cancelar su membresía cualquier mes del

año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos los siguientes:

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
- Medicare Original sin un plan separado 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 en la inscripción automática)
- (Si es elegible) Un plan D-SNP integrado que le proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, también 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 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en 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. Si acaba de mudarse de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o

cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en todos los estados. En Oregon, el programa SHIP se llama Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores).

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 Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) al 800-722-4134. Puede conocer más sobre Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) visitando su sitio web (shiba.oregon.gov).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de su Plan de Salud de Oregon (Medicaid), comuníquese con 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 Coordinated Care Organization (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 la inscripción en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene 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 coseguros. Debido a que usted califica, 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Social Security Office (Oficina del Seguro Social) al 1-800-772-1213, 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 1-800-325-0778.

- Su oficina estatal de Medicaid.
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA) 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 costos compartidos 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 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 2025* (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 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2025* 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. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* 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*.

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

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.

Visite el Sitio Web de Medicare

Visite el Sitio Web de Medicare (www.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 información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

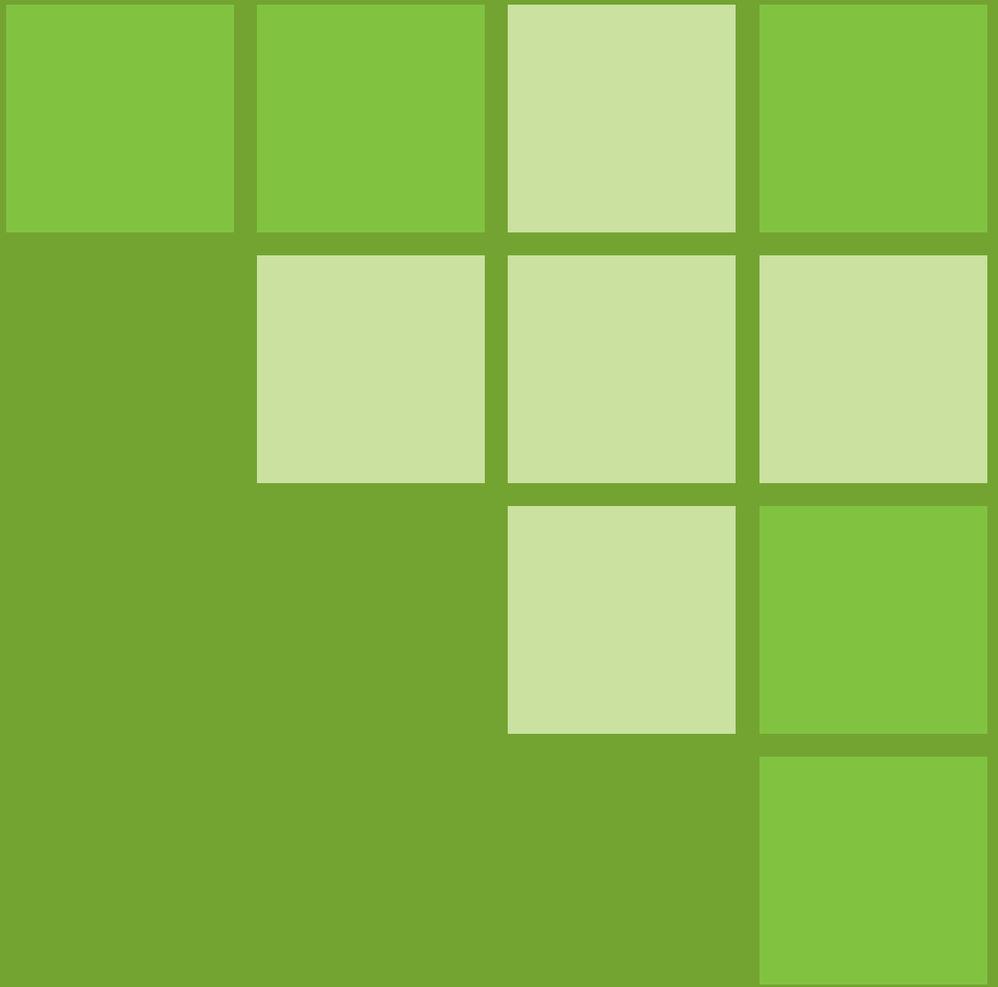
Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando 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 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 Coordinated Care Organization (CCO), puede llamar al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de la CCO.

Puede obtenerlo en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al 888-440-9912 o, si es usuario de TTY, al 711.



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