

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP) es ofrecido por AmeriHealth Caritas Florida, Inc.

Aviso anual de cambios para el 2025

En la actualidad usted está inscrito como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de los costos importantes, incluido el Premium.**

En este documento se describen los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, verifique la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio de Internet, www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. También puede llamar a Servicios al Miembro para que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Pasos a seguir

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Consulte los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Considere lo que gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la Listado de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen teniendo cobertura.
 - Compare la información de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos se ha trasladado a un nivel diferente de costo compartido o si estará sujeto a otras restricciones, como autorización previa, terapia escalonada, o un límite de cantidad, en 2025.
- Compruebe si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Compruebe si reúne los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos bajo receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda extra" de Medicare.
- Piense si está contento/a con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca tras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista en la parte de atrás de su manual Medicare *y usted 2025*. Para obtener ayuda adicional, contacte con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que haya limitado sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan hasta el sábado, 7 de diciembre de 2024, seguirá en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Si desea **cambiar a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva comenzará el **miércoles, 1 de enero de 2025**. Esta acción cancelará su inscripción a AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Consulte la Sección 3.2, página 17, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó, o vive en la actualidad en una institución (como un establecimiento de enfermería especializada u hospital de atención médica prolongada), puede cambiar los planes o elegir Original Medicare (ya sea con o sin un plan de farmacia de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se ha trasladado recientemente desde una institución, ahora tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que abandone la institución.

Otros recursos

- Este documento está disponible de manera gratuita en español y criollo.
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-535-3767 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- ATANSYON: Si w pale kreyòl, ou ka resevwa sèvis pou ede w nan lang pa w san w pa peye pou sa. Rele nan 1-833-535-3767 (TTY 711) lendi pou vandredi, soti 8 à nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye avril ak 30 septanm, oswa sèt jou sou sèt, soti 8 è nan maten rive 8 è diswa, ant 1ye oktòb ak 31 mas. Apèl la gratis.
- Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo es el siguiente: 8 a. m. – 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.
- **Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo, como letra grande, braille o audio.**

- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web de Servicios de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de AmeriHealth Caritas VIP Care

- AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Florida. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato. Este plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Florida Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - Siempre que este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Care.
-

Y0093_007_243730100_M_Accepted_09042024

Aviso anual de cambios para el 2025 **Índice**

Resumen de costos importantes para el 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2: Cambios en su gasto máximo de bolsillo	7
Sección 1.3: cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4: cambios en sus beneficios y en los costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.5: cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D.....	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 3.1: Si desea permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care	17
Sección 3.2: si desea cambiar de plan.....	17
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta.....	19
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	20
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care	20
Sección 7.2: cómo recibir ayuda de Medicare	21
Sección 7.3: cómo recibir ayuda de Medicaid	21

Resumen de costos importantes para el 2025

El siguiente cuadro compara los costos de AmeriHealth Caritas VIP Care para los años 2024 y 2025 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, por las visitas al consultorio médico y por la internación hospitalaria.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Visitas al consultorio médico.</p>	<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>
<p>Internación hospitalaria</p>	Copago de \$0	Copago de \$0
<p>Cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por receta. <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por receta. <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Gasto máximo de bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles.)</p>	<p>\$8,850</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para 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 No hay cambios para el próximo año de beneficios. (También deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.)	\$0	\$0

Sección 1.2: Cambios en su gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo. Una vez que alcance este monto, en general, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos, tales como copagos, se consideran en el cálculo del gasto máximo de bolsillo.	\$8,850	\$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos por lo que resta del año calendario.

Sección 1.3: cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos bajo receta pueden variar de acuerdo a la farmacia que utiliza. Los planes de farmacia de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio de Internet en www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o farmacias, o bien para pedirnos que le enviemos un directorio por correo, que le enviaremos en tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores para 2025* www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) pertenecen a nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias del 2025* www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan. Si se ve afectado por algún cambio de proveedores a mitad de año, pónganse en contacto con Servicios al Miembro para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4: cambios en sus beneficios y en los 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.

Estamos cambiando los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Audición</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por un examen de rutina de audición por año • 80 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años. <p>Hasta \$1,500 a cuenta del costo de audífonos no implantables correspondientes al catálogo TruHearing Choice cada año (límite de un audífono por oído).</p> <p>Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios de audición cubiertos si acude a un proveedor de la audición de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por un examen de rutina de audición por año • 80 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años. <p>Hasta \$2,000 a cuenta del costo de audífonos no implantables correspondientes al catálogo TruHearing Choice cada año (límite de 1 audífono por oído).</p> <p>Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios de audición cubiertos si acude a un proveedor de la audición de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red.</p>
<p>Beneficio de comidas posteriores al alta</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas semanales durante cuatro semanas para los miembros calificados confinados en sus hogares luego de recibir el alta de un centro médico o de un establecimiento de enfermería especializada como pacientes hospitalizados.</p> <p>Se requiere referencia médica.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas semanales durante una semana para miembros calificados confinados en sus hogares cada vez que reciban el alta de un centro médico o de un establecimiento de enfermería especializada como pacientes hospitalizados hasta cuatro veces al año.</p> <p>Se requiere referencia médica.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Se pueden gastar hasta \$180 por trimestre en artículos de venta libre incluidos en el catálogo de OTC, en el portal de pedidos en línea y/o en artículos calificados en los establecimientos minoristas participantes a través de una tarjeta de débito de gasto restringido. No hay límite en la cantidad total de artículos que un miembro puede comprar o pedidos que puede hacer. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p> <p>Los miembros que cumplan los requisitos en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar \$180 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo de FarmBox. Pueden aplicarse límites a algunos artículos y/o a servicios de alquiler y servicios públicos que cumplan los requisitos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Se pueden gastar hasta \$225 por trimestre en artículos de venta libre incluidos en el catálogo de OTC, en el portal de pedidos en línea y/o en artículos calificados en los establecimientos minoristas participantes a través de una tarjeta de débito de gasto restringido. No hay límite en la cantidad total de artículos que un miembro puede comprar o pedidos que puede hacer. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p> <p>La cobertura incluye Naloxona.</p> <p>*Los miembros que cumplan los requisitos en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar \$225 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo de FarmBox, pueden aplicarse límites a algunos artículos y/o a servicios de alquiler, servicios públicos, servicios de internet, servicios de control de plagas y artículos para mascotas que cumplan los requisitos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS) es un sistema de supervisión de alerta médica que proporciona acceso 24/7 a ayuda con solo pulsar un botón. Ofrecemos múltiples servicios, incluidos dispositivos ponibles conectados al móvil.</p> <p>El plan cubrirá un dispositivo por año de Medical Guardian. EL beneficio incluye el dispositivo y la supervisión mensual (incluido detector de caídas y GPS).</p>
<p>Acupuntura de rutina</p>	<p>Usted tiene un copago de \$0 por visita.</p> <p>12 visitas de acupuntura de rutina por año.</p>	<p>Usted tiene un copago de \$0 por visita.</p> <p>Hasta un total combinado de 20 visitas de rutina al quiropráctico y de acupuntura por año.</p>
<p>Cuidado quiropráctico de rutina.</p>	<p>Usted tiene un copago de \$0 por visita.</p> <p>12 visitas de rutina al quiropráctico por año.</p>	<p>Usted tiene un copago de \$0 por visita.</p> <p>Hasta un total combinado de 20 visitas de rutina al quiropráctico y de acupuntura por año.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Beneficio de modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Su copago por los beneficios VBID es de \$0.</p> <p>Los miembros que cumplan los requisitos en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar \$180 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo de FarmBox, pueden aplicarse límites a algunos artículos y/o servicios de alquiler y/o servicios públicos que cumplan los requisitos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p>	<p>Su copago por los beneficios VBID es de \$0.</p> <p>*Los miembros que cumplan los requisitos en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar \$225 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo de FarmBox, (pueden aplicarse límites a algunos artículos) y/o a servicios de alquiler, servicios públicos, servicios de internet, servicios de control de plagas y artículos para mascotas que cumplan los requisitos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p>
<p>Servicios para la vista</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de rutina de la vista por año. <p>El plan cubrirá hasta \$350 cada año a cuenta de anteojos o lentes de contacto.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de rutina de la vista por año. <p>El plan cubrirá hasta \$400 cada año a cuenta de anteojos o lentes de contacto.</p>

Sección 1.5: cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D

Cambios en nuestro listado de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Listado de medicamentos. Se ofrece electrónicamente una copia de nuestro Listado de Medicamentos.

Hemos realizado cambios en nuestro listado de medicamentos, que podrían incluir retirar o añadir medicamentos, cambiar las restricciones aplicables a nuestra cobertura de determinados medicamentos o cambiarlos a un nivel diferente de costo compartido. **Consulte el listado de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento se ha cambiado a un nivel diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en el listado de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios que permiten las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestro Listado de medicamentos en línea al menos una vez al mes para brindar el listado más actualizado. Si hacemos un cambio que pueda afectar a su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso del cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, verifique el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para buscar opciones, como pedir suministro temporal, solicitar una excepción o buscar otro medicamento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Actualmente podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestro Listado de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión de un medicamento genérico con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca a la que sustituye. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

A partir de 2025, podemos sustituir inmediatamente productos biológicos originales con determinados productos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, puede que no siempre reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos u 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 hagamos le cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Puede que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para consultar las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) además proporciona información sobre medicamentos al consumidor. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>.

Puede comunicarse con Servicios al Miembro o preguntar a su proveedor de atención médica, al médico que le recetó el medicamento o a su farmacéutico para que le brinden más información.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos bajo receta

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: La etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de período sin cobertura y el programa de descuento de período sin cobertura dejarán de existir en los beneficios de la Parte D.

El programa de descuento de período sin cobertura será sustituido además por el programa de descuentos del fabricante. En el programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de los medicamentos pagarán parte del costo total del plan de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D y los productos biológicos durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el programa de descuentos del fabricante no se consideran en el cálculo de gastos de bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no existe ningún deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no existe ningún deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

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 su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por el suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta médica en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>La mayoría de vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red es:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la etapa siguiente (la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red es:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la etapa siguiente (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de los medicamentos pagarán parte del costo total del plan de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D y los productos biológicos durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el programa de descuentos del fabricante no se consideran en el cálculo de gastos de bolsillo.

Para obtener información sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

A continuación puede leer otros cambios importantes de su plan.

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cambio de tarjeta Flex de Artículos de venta libre (OTC)</p>	<p>No corresponde.</p>	<p>Nuestro proveedor de tarjetas Flex de artículos de venta libre tiene un nombre nuevo, Medline (antes United Medco). Debido a esto, recibirá por correo una tarjeta nueva a finales del año natural de 2024. Cuando reciba su nueva tarjeta, siga las instrucciones para activarla para poder seguir usando sus beneficios OTC sin ningún problema.</p>
<p>Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare</p>	<p>No corresponde.</p>	<p>El Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos, y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos al repartirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero – diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros en el 1-833-433-3767 (Solo para TTY, llame al 711) o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care

Para continuar en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre incluido, quedará automáticamente inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care.

Sección 3.2: si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar los planes para el 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su afiliación al plan AmeriHealth Caritas VIP Care se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos bajo receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su afiliación al plan AmeriHealth Caritas VIP Care se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos bajo receta**, deberá elegir entre:
 - Enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito. Comunicarse con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O bien* – comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos bajo receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos bajo receta a menos que haya optado por no realizar una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar 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.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también se permiten en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben "Ayuda Extra" para pagar sus medicamentos, las que tienen o están dejando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Dado que usted tiene a la Agencia para la Administración de Atención Médica, puede finalizar su inscripción en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluido:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare.
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no recibir una inscripción automática), o
- Si cumple los requisitos, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan que ha escogido, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó, o actualmente vive en una institución (como un establecimiento de enfermería especializada u hospital de atención médica prolongada) puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos bajo receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se ha trasladado recientemente desde una institución, ahora tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que abandone la institución.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, SHIP se llama Atención a las necesidades de ancianos respecto a los seguros de salud (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Es un programa estatal financiado por el gobierno federal que brinda asesoramiento **gratuito** sobre el seguro médico local a las personas que tienen Medicare. Los asesores de Atención a las necesidades de ancianos respecto a los seguros de salud (SHINE) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas relacionadas con el cambio de plan. Puede llamar a Atención a las necesidades de ancianos respecto a los seguros de salud (SHINE) al 1-800-96-ELDER. Puede obtener más información sobre Atención a las necesidades de ancianos respecto a los seguros de salud (SHINE) visitando su sitio web (<http://www.floridashine.org/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Agencia para la Administración de Atención Médica, puede contactar a la Agencia para la Administración de Atención Médica al 1-877-254-1055 (TTY 1-866-467-4970) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Puede preguntar de qué manera afecta el hecho de unirse a otro plan o volver a Original Medicare al modo en que obtiene su cobertura de la Agencia para la Administración de Atención Médica.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta

Usted podría cumplir los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos bajo receta.

- **"Ayuda Extra" de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la "Ayuda Extra", también denominada Subsidio por bajos ingresos. La "Ayuda Extra" paga algunas de las primas de sus medicamentos bajo receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que cumple con los requisitos, no se le impondrá una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda Extra", llame a alguno de los siguientes:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - A la oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m. de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o a
 - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare.** El Pago de medicamentos bajo receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a gestionar sus gastos de bolsillo de medicamentos disponible a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su actual cobertura de medicamentos y puede ayudarlo a gestionar sus costos de medicamentos al repartirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero – diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a gestionar sus gastos, pero no ahorra su dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La "Ayuda Extra" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos que tengan, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes médicos de Medicare con cobertura de

medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, póngase en contacto con nosotros en el 1-833-535-3767 (Para TTY, llame al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care

¿Tiene alguna pregunta? Estamos para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767. (Solo para TTY, llame al 711.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre; y del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura para 2025* (incluye información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2025* de AmeriHealth Caritas VIP Care. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de los servicios y los medicamentos bajo receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar que se le envíe por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestro *Listado de medicamentos cubiertos* (*Formulario"/"listado de medicamentos"*).

Sección 7.2: cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar a 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 (<https://www.medicare.gov>). Incluye información sobre los costos, la cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Cada otoño, las personas con Medicare reciben este documento por correo postal. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las garantías, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtener una en el sitio de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o a través del 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 recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de la Agencia para la Administración de Atención Médica, usted puede llamar a la Agencia para la Administración de Atención Médica al 1-877-254-1055. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-467-4970.