

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP) ofrecido por AmeriHealth First.

Aviso anual de cambios para 2023

En la actualidad, está inscrito como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de los Costos Importantes, incluida la prima.**

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.amerhealthcaritasvipcare.com/pa. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Pasos a seguir

1. PREGUNTE: qué cambios le corresponden

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Verifique los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de farmacia, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en el Listado de medicamentos para 2023 a fin de asegurarse de que los medicamentos que toma en la actualidad sigan teniendo cobertura.
- 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 conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras 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 2023*.
- Una vez que haya limitado sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio de Internet del plan.

Y0093_002_ANOC_2090913_M_Accepted_08302022

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2022, 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 nueva cobertura empezará el **1.º de enero de 2023**. Esta acción cancelará su inscripción a AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Consulte la sección 3, página 16 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó hace poco, vive en la actualidad o acaba de salir de una institución, como un establecimiento de enfermería especializada u hospital de atención médica a largo plazo, puede cambiar de plan o elegir Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos bajo receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-866-533-5490 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es el siguiente: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- **Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo, como en letra grande, braille o audio.**
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida para individuos de las medidas de protección para los pacientes y la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio de Internet de Servicios de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) 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 Pennsylvania. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato. Este plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medicaid de Pennsylvania para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - Cuando en este documento se menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a AmeriHealth First. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a AmeriHealth Caritas VIP Care.
-

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de Costos Importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en su gasto máximo de bolsillo.....	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	7
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
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	16
Sección 3.1: Si desea permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care	16
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare y Medicaid	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta	18
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care	19
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	20
Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid	20

Resumen de Costos Importantes para 2023

En el siguiente cuadro, se comparan los costos de AmeriHealth Caritas VIP Care de 2022 y 2023 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir asistencia para costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por su deducible, sus visitas al consultorio médico e internaciones hospitalarias.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$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
Internación hospitalaria	Copago de \$0	Copago de \$0
Cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: \$0 o \$480 Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamento del Nivel 1: usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 por receta médica. Medicamento del Nivel 2: usted paga \$0, \$4.00 o \$9.85 por receta médica. 	Deducible: \$0 o \$505 Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamento del Nivel 1: usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por receta médica. Medicamento del Nivel 2: usted paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por receta médica.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos.</p>	<p>\$8,300</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2022 (este año)	2023 (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 ese monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Gasto máximo de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros 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.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) se consideran en el cálculo del gasto máximo de bolsillo. Sus costos de medicamentos bajo receta no se incluyen en su gasto máximo de bolsillo.</p>	\$3,400	<p>\$8,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,300 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos por lo que resta del año calendario.</p>

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores de 2023* 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 de 2023* para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos realizar 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 brindarle ayuda.

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

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo	La cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo <u>no</u> está incluida.	Usted paga \$0 de copago para obtener cobertura de emergencia en todo el mundo, cobertura de urgencia en todo el mundo y servicios de transporte en todo el mundo. \$50,000 de prestación máxima anual combinada del plan.
Servicios de transporte	Usted paga \$0 de copago Hasta 100 traslados de ida por año hacia ubicaciones aprobadas por el plan. Se requiere autorización previa para traslados que excedan los 80.46 km de ida. Se aplican otras normas de autorización previa y de programación.	Usted paga \$0 de copago Traslados ilimitados por año hacia ubicaciones aprobadas por el plan. Se requiere autorización previa para traslados que excedan los 80.46 km de ida. Se aplican otras normas de autorización previa y de programación.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio incluye una asignación de hasta \$300 por trimestre, que puede usar en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>Los miembros pueden pedir hasta seis productos por categoría por trimestre. No hay límite en el total de artículos pedidos. Los pedidos de artículos de venta libre se limitan a tres por trimestre. Pueden aplicarse límites adicionales para algunos artículos.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio incluye una asignación de hasta \$310 por trimestre, que puede usarse en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC, en el portal de pedidos en línea, o bien en artículos calificados en establecimientos minoristas participantes con una tarjeta de débito de gasto restringido. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>Los miembros pueden pedir hasta seis productos por categoría por trimestre. No hay límite en el total de artículos pedidos. Los pedidos de artículos de venta libre se limitan a tres por trimestre. Pueden aplicarse límites adicionales para algunos artículos.</p> <p>Los miembros que reúnan los requisitos de los Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) también pueden usar hasta \$100 de los \$310 de la asignación trimestral para alimentos, frutas y verduras en ubicaciones minoristas participantes o pedidos para envío de FarmBox; puede haber límites de artículos.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficios de comidas	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio de comidas posteriores al alta incluye 14 comidas por semana durante cuatro semanas (56 comidas en total) para los miembros que califiquen confinados en sus hogares luego de recibir el alta de un centro hospitalario o de un establecimiento de enfermería especializada.</p> <p>El beneficio de comidas por enfermedad incluye 14 comidas durante dos semanas (28 comidas en total) por diagnóstico de COVID-19 para los miembros que califiquen confinados en sus hogares.</p> <p>El beneficio se brinda inmediatamente después de la cirugía u hospitalización por enfermedad o posible enfermedad que requiera que el miembro permanezca en su hogar por un período. Se requiere referencia médica.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio de comidas posteriores al alta incluye 14 comidas por semana durante cuatro semanas (56 comidas en total) para los miembros que califiquen confinados en sus hogares luego de recibir el alta de un centro hospitalario o de un establecimiento de enfermería especializada.</p> <p>El beneficio está disponible inmediatamente después de la cirugía u hospitalización.</p> <p>Se requiere referencia médica.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios dentales preventivos</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: uno cada seis meses: \$0 de copago. • Limpieza: una cada seis meses: \$0 de copago. • Tratamiento con flúor: uno cada seis meses: \$0 de copago. • Radiografías dentales: cuatro por año: \$0 de copago. <p>Límite de cobertura del plan de \$1,000 para beneficios dentales preventivos por año.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: uno cada seis meses: \$0 de copago. • Limpieza: una cada seis meses: \$0 de copago. • Tratamiento con flúor: uno cada seis meses: \$0 de copago. • Radiografías dentales: cuatro por año: \$0 de copago. <p>Sin límite máximo de cobertura del plan para beneficios dentales preventivos por año.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Los Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas no están cubiertos.</p>	<p>Su copago por los SSBCI es de \$0.</p> <p>Los miembros que reúnan los requisitos de las enfermedades crónicas según los SSBCI que se detallan a continuación pueden usar hasta \$100 de la asignación trimestral de \$310 para prestaciones de venta libre de alimentos, frutas y verduras en ubicaciones minoristas participantes o en artículos de venta por correo de FarmBox con una tarjeta de débito de gasto restringido. Pueden aplicarse límites. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>Las enfermedades crónicas que califican incluyen las siguientes: alcoholismo u otra drogodependencia crónica, afección autoinmunitaria, cáncer, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), enfermedades hemáticas graves, VIH/SIDA, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades crónicas e incapacitantes de la salud mental, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, obesidad, trastornos dermatológicos, osteoporosis, malnutrición y trastornos endocrinos.</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". Una copia de nuestro Listado de medicamentos se ofrece electrónicamente.

Realizamos modificaciones en nuestro Listado de medicamentos, que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Consulte el Listado de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones.**

La mayoría de los cambios en el Listado de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera peligrosos o que un fabricante de productos retiró del mercado. Actualizamos nuestro Listado de medicamentos en línea para brindar el listado más actualizado.

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

A partir de 2023, es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca de nuestro Listado de medicamentos si, al mismo tiempo, se reemplaza por un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero pasarlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o bien ambas.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza o traslada a un nivel de costo compartido más alto, ya no recibirá siempre un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni obtendrá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico, pero es posible que la reciba después de que se realice el cambio.

Cambios en los costos de los medicamentos bajo receta

Si recibe "Ayuda Extra" para pagar sus medicamentos bajo receta de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su costo compartido de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información que se describe en esta sección no aplique a su situación. **Nota:** Si usted está en un programa que lo ayuda con el pago de sus medicamentos ("Ayuda Extra"), **es posible que no se vea afectado por la información sobre los costos de los**

medicamentos bajo receta de la Parte D. Le enviamos un encarte separado, denominado "Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar sus Medicamentos bajo Receta" (también denominado "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula LIS") con la información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe "Ayuda Extra" y no recibió el encarte con este paquete, comuníquese con Servicios al Miembro y solicite la "Cláusula LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos".

A continuación, se muestran los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de 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 por Catástrofes).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0 o \$480.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$480 según el nivel de "Ayuda Extra" que reciba.</p> <p>(Consulte el encarte separado, la "Cláusula LIS", para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$0 o \$505.</p> <p>El monto de su deducible es \$0 o \$505 según el nivel de "Ayuda Extra" que reciba. (Consulte el encarte separado, la "Cláusula LIS", para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (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 la suya.</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 que brinda costos compartidos estándares.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o del pedido de medicamentos 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 nuestro Listado de medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búselos en el Listado de medicamentos.</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico (Nivel 1): usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 por receta médica.</p> <p>Genéricos y de marca (Nivel 2): usted paga \$0, \$4.00 o \$9.85 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,050 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura por Catástrofes).</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico (Nivel 1): usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por receta médica.</p> <p>Genéricos y de marca (Nivel 2): usted paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,400 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura por Catástrofes).</p>

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Usted no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentra, incluso si aún no pagó su deducible. En la mayoría de los casos, no pagará más de \$10.35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La información de la tabla de Cambios administrativos que aparece a continuación refleja los cambios anuales de su plan que no afectan directamente a los beneficios ni a los costos compartidos.

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cantidad de medicamentos de la Parte D de venta minorista/por correo	Su plan permite un suministro de 90 días de los medicamentos de uso crónico del Nivel 1 y Nivel 2	Su plan permite un suministro de 100 días de los medicamentos de uso crónico del Nivel 1 y Nivel 2

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, 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 de plan para 2023, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare,
- —O— puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si desea inscribirse en un plan de farmacia 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 2023*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en el plan *AmeriHealth Caritas VIP Care* se cancelará automáticamente.

- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos bajo receta**, inscríbese en el nuevo plan de farmacia. Su inscripción en el plan AmeriHealth Caritas VIP Care se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos bajo receta**, tendrá que elegir entre las siguientes opciones:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. 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 cancelar 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 farmacia a menos que haya optado por no realizar una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cómo 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.º de enero de 2023.

¿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 dejaron o están dejando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2023 y no le gusta su plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó hace poco, actualmente vive o acaba de salir de una institución (como un establecimiento de enfermería especializada u hospital de atención médica a largo plazo), 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.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de 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 Pennsylvania, el SHIP se llama PA MEDI.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre el seguro médico local a las personas que tienen Medicare. Los asesores de PA MEDI pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudar a que comprenda sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas relacionadas con el cambio de plan. Puede llamar a PA MEDI al 1-800-783-7067 (TTY 711) entre las 8:30 a. m. y las 4:45 p. m. de lunes a viernes. Para obtener más información acerca de PA MEDI, visite su sitio de Internet (<https://www.aging.pa.gov>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Asistencia Médica de Pennsylvania, comuníquese con la Oficina de Programas de Asistencia Médica (OMAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-692-7462 (TTY 711) entre las 8:30 a. m. y las 4:45 p. m. de lunes a viernes. Pregunte de qué forma se vería afectada la manera en que obtiene la cobertura de Asistencia Médica de Pennsylvania al inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare.

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

Usted puede calificar para recibir ayuda con el pago de medicamentos bajo receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda Extra" de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en "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 tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda Extra", llame a los siguientes números:
 - 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.
 - 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.
 - A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Pennsylvania cuenta con un programa llamado *PACE/PACENET*, que ayuda a las personas a pagar los medicamentos bajo receta según sus necesidades financieras, la edad o la afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.

- **Asistencia para los costos compartidos de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA elegibles para el ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, los bajos ingresos según lo define el Estado y no tener seguro o tener uno insuficiente. Los medicamentos bajo receta de la Parte D de Medicare también cubiertos por ADAP califican para la asistencia para costos compartidos de recetas médicas a través del Programa Especial de Beneficios Farmacéuticos (SPBP, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese de la siguiente manera:

Teléfono: 1-800-922-9384. Fax: 1-888-656-0372. Correo electrónico: spbp@pa.gov o por correo postal a:

PA Department of Health
Special Pharmaceutical Benefits Program
P.O. Box 8808
Harrisburg, PA 17105-8808

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care

¿Tiene preguntas? Estamos para brindarle ayuda. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-533-5490. (Solo para TTY, llame al 711). Recibimos llamadas telefónicas del 1.º de octubre al 31 de marzo de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura para 2023* (incluye información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

En este *Aviso anual de cambios*, se brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2023* de AmeriHealth Caritas VIP Care. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican 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 de Internet www.amerihealthcaritasvipcare.com/pa. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio de Internet

También puede visitar nuestro sitio de Internet www.amerihealthcaritasvipcare.com/pa. Le recordamos que nuestro sitio de Internet tiene la información más actualizada sobre nuestra red

de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Listado de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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 de Internet de Medicare

Visite el sitio de Internet de Medicare (www.medicare.gov). Incluye información sobre los costos, la cobertura y las 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 2023*

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Cada otoño, todas las personas con Medicare reciben este folleto por correo postal. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las garantías de Medicare 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 recibir información de Asistencia Médica de Pennsylvania (Medicaid), puede llamar a la Oficina de Asistencia Médica al 1-800-692-7462. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

2090913-2_SPN