



AmeriHealth Caritas[™]

VIP Care[®]

Aviso anual de cambios para el **2020**



CS 1925

Todas las imágenes son utilizadas bajo licencia únicamente con fines ilustrativos. Cualquier persona representada es un modelo.

Y0093_ANO_637478_M

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP) se ofrece a través de AmeriHealth First

Aviso anual de cambios para el 2020

En la actualidad usted está inscrito como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios y costos del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

Pasos a seguir:

1. Pregunte: qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.**
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos para nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de farmacia para ver si le afectan.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente con costos compartidos distintos?
 - ¿Alguno de los medicamentos tiene restricciones nuevas, como un requisito de aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta médica?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en los costos por el uso de esta farmacia?
 - Consulte el Listado de medicamentos 2020 y revise la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios a nuestra cobertura de farmacia.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de gastos de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted usa?
 - Consulte las Secciones 1.3 y 1.4 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
- Piense sobre los costos generales de su atención médica.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos bajo receta que utiliza normalmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está contento con nuestro plan.**

2. **Compare:** conozca otras opciones de planes

- Compruebe la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio de Internet www.medicare.gov. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes médicos y de farmacia).
 - Revise la lista al reverso de su manual de Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 2 para informarse más sobre sus opciones.
- Una vez que haya limitado sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio de Internet del plan.

3. **Elija:** decida si desea cambiar su plan

- Si desea **seguir** con AmeriHealth Caritas VIP Care, no necesita hacer nada más. Usted permanecerá en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Si desea **cambiar a otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 3, página 12, para obtener más información sobre sus opciones.

4. **Inscríbase:** para cambiar de planes, inscríbase entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2019**, permanecerá en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Si se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2020.
- A partir del 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Consulte la sección 3, página 12, para obtener más información.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al **1-866-533-5490** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.) El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- El departamento de Servicios al Miembro cuenta con un servicio gratuito de intérpretes para quienes no hablan inglés (los números de teléfono están en la Sección 6 de este folleto).
- Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita este documento en otro formato, como en letra grande, Braille o audio.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio de Internet de Servicios de impuestos internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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.

- Siempre que este folleto dice “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Vista Health Plan Inc. Donde dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Care.

Resumen de costos importantes para el 2020

El siguiente cuadro compara los costos de AmeriHealth Caritas VIP Care para los años 2019 y 2020 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio de Internet en <http://www.amerihealthcaritasvipcare.com/assets/pdf/member/eng/2019/snp-evidence-coverage.pdf>. También puede revisar la Evidencia de cobertura enviada por separado para ver si otros beneficios o cambios en los costos lo afectan. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estadías en el hospital como paciente hospitalizado.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del 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

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Internación hospitalaria</p> <p>Incluye hospitalizaciones por enfermedades graves, rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La hospitalización comienza el día en que es formalmente admitido en el hospital por orden del médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día de hospitalización.</p>	\$0 de copago	\$0 de copago
<p>Cobertura de farmacia de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$415</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1: Paga \$0, \$1.25 o \$3.40 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamento 2: Paga \$0, \$3.80 o \$8.50 por receta médica.</p>	<p>Deducible: \$435</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1: Paga \$0, \$1.30 o \$3.60 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamento 2: Paga \$0, \$3.90 o \$8.95 por receta médica.</p>
<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>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hacia el gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hacia el gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para el 2020

Contenido

Resumen de costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año	4
Sección 1.1: cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2: cambios en su gasto máximo de bolsillo.....	4
Sección 1.3: cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4: cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5: cambios a sus beneficios o cantidades que paga por servicios médicos	6
Sección 1.6: cambios en la cobertura de farmacia de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Decidir en algún plan	11
Sección 2.1: si desea permanecer con AmeriHealth Caritas VIP Care	11
Sección 2.2: si desea cambiar de planes.....	12
SECCIÓN 3 Cambiar de planes.....	12
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	13
SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta	13
SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?	14
Sección 6.1: cómo obtener ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care	14
Sección 6.2: cómo obtener ayuda de Medicare	15
Sección 6.3: cómo obtener ayuda de Medicaid.....	15

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año

Sección 1.1: cambios en la prima mensual

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (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

Para protegerlo, 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 esta cantidad, en general no deberá pagar nada más por los servicios de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos llegan a este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hacia el 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. Sus costos para medicamentos bajo receta no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.	\$3,400	\$3,400
	Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hacia el gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por lo que resta del año calendario.

Sección 1.3: cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El Directorio de proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio de Internet en www.amerhealthcaritasvipcare.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal. **Consulte el Directorio de proveedores para el 2020 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista lo hace, usted cuenta con ciertos derechos y garantías que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que uno de sus médicos o especialistas dejará de formar parte del plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4: cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos bajo receta pueden variar de acuerdo a la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos 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.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El Directorio de farmacias para el 2020 actualizado se encuentra en nuestro sitio de Internet en www.amerhealthcaritasvipcare.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos el Directorio de farmacias para el 2020 por correo postal. **Consulte el Directorio de farmacias para el 2020 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5: cambios a sus beneficios o cantidades que paga por servicios médicos

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

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura para 2020*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio de Internet en www.amerithealthcaritasvipcare.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios dentales	<p>Límite de cobertura del plan de \$1,000 para beneficios dentales integrales complementarios cada dos años, que incluye restauraciones menores (empastes), extracciones simples, dentaduras postizas y reparación de dentaduras postizas.</p> <p>La cirugía oral/maxilofacial y otras prostodoncia no son servicios cubiertos.</p>	<p>Límite de cobertura del plan de \$2,000 para beneficios dentales integrales complementarios cada año.</p> <p>El beneficio dental integral cubre restauraciones menores (empastes), extracciones simples, dentaduras postizas, reparación de dentaduras postizas, extracciones quirúrgicas, cirugía oral, periodoncia y endodoncia hasta un total combinado de \$2,000 por año. Coronas, puentes e implantes no son servicios cubiertos.</p> <p>Se requiere autorización para dentaduras postizas, periodoncia y endodoncia.</p>
Servicios de la audición	Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada tres años por audífonos para ambos oídos combinados.	Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada dos años por audífonos para ambos oídos combinados.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Beneficios de comidas	No está cubierto.	Un máximo de 14 comidas por semana durante 4 semanas para miembros calificados confinados en su hogar después del alta de un centro de internación o un centro de enfermería especializada. Se requiere autorización previa.
Servicios de ambulancia no de emergencia	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa. No se requiere autorización previa para servicios de ambulancia de emergencia o servicio de ambulancia entre centros médicos agudos y subagudos.
Servicios de tratamiento con opioides	No está cubierto.	Se requiere referencia médica.
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
Medicamentos de venta libre (OTC)	Se puede gastar hasta \$70 por trimestre en medicamentos específicos de venta libre y otros artículos de farmacia relacionados con la salud.	Se puede gastar hasta \$150 por trimestre en medicamentos específicos de venta libre y otros artículos de farmacia relacionados con la salud.
Transporte	\$0 de copago por hasta 30 viajes de ida a lugares aprobados por el plan cada año.	\$0 de copago por hasta 80 viajes de ida a lugares aprobados por el plan cada año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios para la vista	<p>Nuestro plan paga hasta \$200 cada dos años por lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes).</p> <p>La asignación para anteojos solamente corresponde a los siguientes beneficios limitados para lentes: colecciones de marcos de moda/diseñador/Premier; unifocales de plástico transparente, bifocales con línea, trifocales, cristales lenticulares (de cualquier tamaño o receta); oscurecimiento de los lentes plásticos; y revestimiento resistente a rasguños. O, en lugar de anteojos, la asignación de \$200 se puede aplicar a una selección limitada de lentes de contacto visualmente requeridos. Es posible que se apliquen costos adicionales para los beneficios de anteojos que no estén enumerados aquí.</p>	<p>Nuestro plan paga hasta \$200 cada dos años por lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes).</p> <p>La asignación para anteojos solamente corresponde a los siguientes beneficios limitados para anteojos: colecciones de marcos de moda/diseñador/Premier; unifocales de plástico transparente, bifocales con línea, trifocales, cristales lenticulares (de cualquier tamaño o receta); oscurecimiento de los lentes plásticos; y revestimiento resistente a rasguños. O, en lugar de anteojos, la asignación de \$200 se puede aplicar a una selección limitada de lentes de contacto visualmente requeridos. Es posible que se apliquen costos adicionales para los beneficios de anteojos que no estén enumerados aquí.</p>

Sección 1.6: cambios en la cobertura de farmacia de la Parte D

Cambios a nuestro Listado de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Listado de medicamentos”. Una copia de nuestro Listado de medicamentos se ofrece electrónicamente.

Realizamos cambios en nuestro Listado de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a 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.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que receta) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios al Miembro.
- **Trabajar con su médico (u otro profesional que receta) para buscar un medicamento diferente** que nosotros cubrimos. Puede llamar a Servicios al Miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un único suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario durante los primeros 90 días del año de cobertura del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una brecha en la terapia. Para el 2020, los miembros en centros de atención a largo plazo (LTC) ahora recibirán un suministro temporal que es la misma cantidad de días provistos en todos los demás casos: *31 días* de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en el 2019 (*90 días* de medicamentos). (Para informarse más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*.) Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y le cubra su medicamento actual.

Si recibió permiso de nuestra parte en el 2019 para usar un medicamento que no está en nuestro formulario, conocido como excepción del formulario, usted puede continuar tomando ese medicamento en el 2020, siempre que su proveedor se lo recete. Si se le recetó un medicamento de control que tenía requisitos específicos que cumplió o recibió permiso de nuestra parte para usarlo en el 2019, conocido como determinación de cobertura, puede continuar utilizando este medicamento en el 2020, siempre que su proveedor se lo recete. Sin embargo, si recibió una determinación de cobertura para un medicamento que no sea de control en el 2019, y su proveedor se lo receta nuevamente en el 2020, usted o su proveedor tendrán que presentar una solicitud de determinación de cobertura para determinar si es adecuado que usted tome ese medicamento en el 2020. Su plan le notificará si necesita hacer una nueva solicitud de determinación de cobertura por alguno de los medicamentos que le recetaron.

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.

A partir de 2020, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos para el 2020 si, al mismo tiempo, se reemplaza por un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o con un nivel de costo menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, si está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos u obtenga 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 que hicimos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando realizamos estos cambios en el Listado de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro profesional que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestro Listado de medicamentos en línea según lo programado y ofreceremos otra información requerida para reflejar los cambios de medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en el Listado de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la *Evidencia de cobertura*.)

Cambios a los costos de los medicamentos bajo receta

Nota: si usted está en un programa que lo ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información sobre los costos de los medicamentos bajo receta de la Parte D no se le aplicará a usted.** Hemos incluido un inserto 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”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Extra” y no recibió este inserto con este paquete, comuníquese con Servicios al Miembro y pida por la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios al Miembro se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información le muestra los cambios para el próximo año de las primeras dos 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 catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*.)

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta Etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.	La cantidad de su deducible es de \$0 o \$415 según el nivel de “Ayuda Extra” que reciba. (Consulte el inserto separado, la “Cláusula LIS”, para la cantidad de su deducible.)	La cantidad de su deducible es de \$0 o \$435 según el nivel de “Ayuda Extra” que reciba. (Consulte el inserto separado, la “Cláusula LIS”, para la cantidad de su deducible.)

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. 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 un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, o para el 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, búsquelos en el Listado de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico preferido (Nivel 1): Paga \$0, \$1.25 o \$3.40 por receta médica.</p> <p>Marca preferida (Nivel 2): Paga \$0, \$3.80 o \$8.50 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted 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 con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico preferido (Nivel 1): Paga \$0, \$1.30 o \$3.60 por receta médica.</p> <p>Marca preferida (Nivel 2): Paga \$0, \$3.90 o \$8.95 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$6,350 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios a las etapas del período sin cobertura y de la cobertura catastrófica

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas etapas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir en algún plan

Sección 2.1: si desea permanecer con AmeriHealth Caritas VIP Care

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o se cambia a Original Medicare, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para el 2020.

Sección 2.2: si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2020, 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 se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si inscribirse al plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para informarse más sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2020*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio de Internet de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans”. **Aquí podrá encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiarse a otro plan médico de Medicare, insíbrase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción del plan AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de farmacia**, insíbrase en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción del plan AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de farmacia**, deberá elegir entre:
 - Enviarnos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este folleto).
 - —o— Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los siete días de la semana, y pedir ser desafiado. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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

SECCIÓN 3 Cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente u Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿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 pueden realizar cambios en otras épocas del año. A partir del 2020, hay límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.1, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le gusta su opción de 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 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Pennsylvania, el SHIP se llama APPRISE.

APPRISE es independiente (no está afiliado a ninguna compañía de seguros ni plan médico). 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 APPRISE pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambiarse de plan. Puede llamar a APPRISE al **1-800-783-7067**. Para conocer más acerca de APPRISE, visite el sitio de Internet en <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) al **1-800-692-7462** entre las 8:30 a.m. y las 4:45 p.m., de lunes a viernes. Si tiene una incapacidad auditiva, llame a TTY/TTD al **1-800-451-5886**. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura de Asistencia Médica de Pennsylvania.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta

Usted podría 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 la “Ayuda Extra”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Extra” paga algunas de sus primas de medicamentos bajo receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que cumple con los requisitos, no tiene un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda Extra, llame al:
 - **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los siete días de la semana;

- la oficina de Administración de Seguro Social al **1-800-772-1213** entre las 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o
- 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 por los medicamentos bajo receta sobre la base de sus necesidades económicas, edad o condición médica. Para informarse más acerca de este programa, consulte su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, los bajos ingresos según lo define el estado y el estado de cobertura médica ya sea no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos bajo receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costos compartidos de recetas médicas a través del **Programa especial de beneficios farmacéuticos** (SPBP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a:

Teléfono: **1-800-922-9384**

Correo electrónico: **spbp@pa.gov**

Correo postal:

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

Fax: **1-888-656-0372**

SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1: cómo obtener ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al **1-866-533-5490**. (Solo TTY, llame al **711**). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de cobertura para el 2020 (incluye detalles 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 2020. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para el 2020 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 servicios y medicamentos bajo receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio de Internet en www.amerhealthcaritasvipcare.com. Puede revisar la *Evidencia de cobertura* que se envía por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar que se le envíe por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio de Internet

También puede visitar nuestro sitio de Internet en www.amerhealthcaritasvipcare.com. Le recordamos que nuestro sitio de Internet tiene información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Listado de medicamentos).

Sección 6.2: cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Visite el sitio de Internet de Medicare

Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio de Internet de Medicare. (Para ver la información sobre planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans”.)

Lea *Medicare y usted 2020*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Todos los años en otoño, todas las personas con Medicare reciben este folleto 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 folleto, puede obtener una en el sitio de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 6.3: cómo obtener ayuda de Medicaid

Para recibir información sobre Asistencia Médica (Medicaid) de Pennsylvania, puede llamar a la Oficina de Asistencia Médica al **1-800-692-7462**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-451-5886**.