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

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP).

Esta publicación describe los cambios en nuestros costos y beneficios del plan para el próximo año.

- **Usted tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2026, seguirá en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted de 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. En la *Evidencia de Cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las normas. Obtenga una copia en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care o llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Esta publicación está disponible de manera gratuita en español.
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-433-3767 (TTY 711) 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. La llamada es gratuita.
- Llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención del 1.º de octubre al 31 de marzo es 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. Esta llamada es gratuita.
- Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo, como letra grande, braille o audio.

Aprobación de OMB 0938-1051 (expira: 31 de julio de 2029)

Acerca de AmeriHealth Caritas VIP Care

- AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Delaware. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Delaware Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Siempre que esta publicación dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Care.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care.** A partir del 1.º de enero de 2027, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de AmeriHealth Caritas VIP Care. Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y conocer los plazos para hacer un cambio.

H0738_001_128304_M_Accepted_09302026_SPN

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7
Sección 1.2 Cambios en su gasto máximo de bolsillo 7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 9
Sección 1.5 Cambios en sus beneficios y costos por servicios médicos 9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 16
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos bajo receta 17

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan 22
Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan 23
Sección 2.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio? 23

SECCIÓN 3 Obtenga ayuda con el pago de medicamentos bajo receta 24

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas? 25
Obtenga ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care 25
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 26
Reciba ayuda de Medicare 26
Obtenga ayuda de Medicaid 27

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 1.1 para más información.	$0	**$0**
Gasto máximo de bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para más información.)	$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	**$9,850 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.**
Visitas al consultorio de atención primaria	$0 por visita	**$0 por visita**
Visitas al consultorio de un especialista	$0 por visita	**$0 por visita**
Internación hospitalaria Incluye diversas internaciones hospitalarias, como las de atención para agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una internación hospitalaria comienza el día en que usted es admitido formalmente por orden de un	$0 de copago por admisión	**$0 de copago por admisión**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
médico y termina el día anterior a recibir el alta.		
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para más información, incluido el deducible anual, la cobertura inicial, y las etapas de cobertura catastrófica.)	Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D $615 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Medicamento de Nivel 1 – Genérico preferido: Usted paga el 25% del costo total. Medicamento de Nivel 2 – Genérico: Usted paga el 25% del costo total. Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 3 – De marca preferido: Usted paga el 25% del costo total. Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 4 – Medicamento no preferido: Usted paga el 26% del costo total.	**Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D** **$700** **excepto para medicamentos de Nivel 1, productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.** **Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** **Medicamento de Nivel 1 – Genérico preferido: Usted paga $0 del costo total.** **Medicamento de Nivel 2 – Genérico: Usted paga el 25% del costo total.** **Medicamento de Nivel 3 – De marca preferido: Usted paga el 25% del costo total.** **Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamento de Nivel 4 – Medicamento no preferido: Usted paga el 26% del costo total.** **Usted no paga más de $35 por el suministro mensual**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 5 – De especialidad: Usted paga el 25% del costo total. Medicamento de Nivel 6 – Medicamentos de atención seleccionados: Usted paga $0 del costo total. Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamento de Nivel 5 – De especialidad: Usted paga el 25% del costo total.** **Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (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 haya pagado 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 calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Los gastos compartidos que pagan el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios cuentan para este límite máximo de gastos de bolsillo. Debido a que nuestros miembros Medicaid les cubre la mayor parte de los gastos compartidos, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo.	$9,250	**$9,850** **Una vez que haya pagado $9,850 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.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) **cuentan** para su gasto máximo de bolsillo. Sus costos para medicamentos bajo receta **no cuentan** para su gasto máximo de bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores para 2027* www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) pertenecen a nuestra red. A continuación puede ver cómo conseguir un *Directorio de proveedores actualizado*:

- Visite nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care.
- Llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener información actual sobre proveedores o pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos hacer cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Si le afecta un cambio de nuestros proveedores a mitad de año, llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que pueda tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja su plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de 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.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de farmacias de 2027* www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación puede ver cómo conseguir un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care.
- Llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para recibir información actualizada sobre las farmacias o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Farmacias* por correo.

Podemos hacer cambios en farmacias que son parte de nuestro plan durante el año. Si le afecta un cambio de nuestras farmacias a mitad de año, llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en sus beneficios y costos por servicios médicos

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

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios odontológicos	Asignación de $3,600 cada año. Las prótesis maxilofaciales tienen cobertura. Los servicios de prótesis removibles no tienen cobertura. La anestesia no está	**Asignación de $2,500 cada año.** **Las prótesis maxilofaciales no tienen cobertura.** **Añadimos la cobertura de servicios que permiten a su dentista ajustar una prótesis removible existente tras una cirugía de miniimplantes que ayuda a adaptarla**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	cubierta. El óxido nitroso no está cubierto.	**adecuadamente en lugar de necesitar una nueva prótesis.** **La anestesia está cubierta en las siguientes situaciones:** • **Extracciones de muelas del juicio** • **2 o más extracciones quirúrgicas en 2 o más cuadrantes** • **4 o más extracciones quirúrgicas en un cuadrante** • **Documentación que acredite ansiedad situacional** • **Documentación y descripción de la necesidad médica respaldadas por el historial médico presentado (afecciones cardíacas, parálisis cerebral, epilepsia u otras afecciones que impidan al paciente cooperar).** **Puede utilizar óxido nitroso para algunos servicios dentales cubiertos, entre ellos, empastes, coronas, endodoncias y extracciones (excluidas las muelas del juicio), etc.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Equipo médico duradero (DME)	Se requiere Autorización previa para: • Los artículos de DME cubiertos por Medicare mayores a $750 por compra. • Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra. • La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo. • Suplementos para alimentación enteral	**Puede exigirse autorización previa para:** • **Los artículos de DME cubiertos por Medicare por un valor superior a $750 por compra.** • **Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra.** **Se requiere Autorización previa para:** • **La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo.** • **Suplementos para alimentación enteral.**
Servicios ópticos	Asignación de $430 cada año.	**Asignación de $325 cada año.**
Evaluación de ajuste para audífonos	Cada compra de audífonos de la marca TruHearing incluye un año de visitas de seguimiento al proveedor para la adaptación y los ajustes. Estas visitas están disponibles durante 12 meses tras la compra de un audífono de la marca	**Cada compra de audífonos de la marca NationsHearing incluye tres (3) visitas de seguimiento para la adaptación y los ajustes. Las tres (3) visitas pueden utilizarse en el plazo de un año a partir de la fecha de adaptación inicial de un**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	TruHearing mientras el miembro esté inscrito en el plan.	**audífono comprado en NationsHearing, siempre que el miembro esté afiliado al plan.**
Audífonos	Hay una asignación de $1,600 cada tres años. La asignación cubre el costo de dos (2) audífonos no implantables de marca TruHearing Standard cada tres (3) años (límite de 1 audífono por oído). Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes.* Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Primer año de consultas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía ampliada de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables	**Copago de $0** **El beneficio de audífonos con receta médica incluye hasta dos (2) audífonos (uno por oído) cada tres años para determinados niveles tecnológicos de audífonos a través de NationsHearing, sin ningún costo para el miembro.** **Todos los audífonos que se ofrecen a través de NationsHearing incluyen:** • **60 días de evaluación con garantía de devolución del 100% del dinero (sin gastos de reposición)** • **1 ajuste por audífono** • **3 consultas de seguimiento en el plazo de un año desde la fecha del ajuste** • **3 años de suministro de baterías (para audífonos no recargables, hasta 60 pilas por oído al año)** • **3 años de garantía completa del fabricante, que**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes de oído • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales a proveedores • Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no sean audífonos estándar de la marca TruHearing. • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daño Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. * Por costos restantes se entiende cualquier cantidad que supere su asignación	**incluye el reemplazo único de los audífonos perdidos o dañados** • **Moldes auriculares (primer juego, cuando sea necesario)** • **Asistencia continua e ilimitada a los miembros a través de NationsHearing**
Dispositivos y adaptaciones de seguridad para el hogar y el baño	Beneficio no disponible	**Los miembros pueden utilizar la asignación combinada de la tarjeta de débito de gastos flexibles de $152 al mes para comprar dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, como barras de sujeción o**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		manijas para puertas, revestimientos antideslizantes para suelos, sillas de seguridad y ayudas para la adaptación del cuarto de baño. Los miembros pueden comprar a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes. El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al desafiliarse del plan.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y medicamentos para infusión domiciliaria	No se requiere terapia escalonada	**Es posible que se requiera la terapia escalonada de la Parte B.**
Artículos de venta libre (OTC)	$85 por mes para gastar en artículos de venta libre elegibles como vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado y más. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los meses. • Los miembros pueden comprar a través del catálogo de OTC o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en	**Los miembros pueden utilizar la asignación combinada de la tarjeta de débito de gastos flexibles de $152 al mes para comprar artículos de venta libre elegibles.** **Entre los artículos de venta libre se incluyen vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado y otros productos. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los meses.** **• Los miembros pueden comprar**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	el número de artículos o pedidos. • El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al desafiliarse del plan.	**a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes.** **• No hay límite en el número de artículos o pedidos.** **Todos los fondos no utilizados expirarán al final de cada mes o al darse de baja del plan.**
Servicios de podología: cuidados rutinarios de los pies (sin Medicare)	6 visitas al año.	**4 visitas al año.**
Estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare	**Dentro de la red:** $0 de copago por día durante los días 1 a 20. $218 de copago por día durante los días 21 a 100.	**Dentro de la red:** **$0 de copago por día durante los días 1 a 20.** **$221 de copago por día durante los días 21 a 100.**
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas III (SSBCI)	Los miembros que califican pueden utilizar la asignación combinada de la tarjeta de débito de gastos flexibles de $104 al mes para ayudarles con los gastos cotidianos. Este crédito puede usarse para lo siguiente: • Alimentos saludables • Asistencia general para vivienda (por	**Los miembros que califican pueden utilizar la asignación combinada de la tarjeta de débito de gastos flexibles de $152 al mes para ayudarles con los gastos cotidianos. Este crédito puede usarse para lo siguiente:** • **Alimentos saludables**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) • Control de plagas	• **Asistencia general para vivienda (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos)** • **Control de plagas**
Servicios de transporte: transporte aprobado por el plan a ubicaciones relacionadas con la salud	28 viajes cada año a ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).	**20 viajes cada año a ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).**

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestro listado de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Listado de medicamentos. Nuestro Listado de medicamentos se ofrece en formato electrónico y está disponible en línea en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care.

Puede obtener el Listado completo de medicamentos llamando a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visitando nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care.

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 calendario. 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 el médico que receta sus medicamentos para buscar opciones, como pedir suministro temporal, solicitar una excepción y/o buscar otro medicamento. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2027, podremos retirar inmediatamente medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestro Listado de medicamentos si los reemplazamos con nuevos genéricos o determinadas versiones biosimilares del medicamento de marca o el producto biológico original del mismo nivel de costo compartido o de un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro Listado de medicamentos, pero pasarlo de inmediato a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones, o bien ambas.

Por ejemplo, si toma un medicamento de marca o un producto biológico que se está sustituyendo por un genérico o una versión biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes del mismo, o antes de que obtenga un suministro mensual del medicamento de marca o del producto biológico. Puede que obtenga información sobre el cambio específico una vez que se haya realizado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser 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) también brinda información al consumidor acerca de los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o solicitar más información a su proveedor de atención médica, al profesional que realiza las recetas o al farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos bajo receta

¿Obtiene Ayuda Extra para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

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 de la**

Parte D. Le enviamos un material separado denominado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra a fin de pagar sus medicamentos bajo receta* que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si obtiene Ayuda Extra y no obtiene este material antes del 1.º de octubre de 2026, llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula de subsidio por bajos ingresos (cláusula LIS).*

Etapas de pago de medicamentos

Hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de Niveles 2 a 5 hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de Cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año a la fecha suman $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted generalmente permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento bajo receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	$615 Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por sus medicamentos de Nivel 6 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 1 a 5 hasta que alcance el deducible anual.	**$700** **Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por sus medicamentos de Nivel 1 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2 a 5 hasta que alcance el deducible anual.**

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

En el caso de los medicamentos del Nivel 1, su participación en los gastos durante la fase de cobertura inicial pasa de ser un coseguro a un copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2026 a 2027.

La tabla muestra su costo por medicamento recetado por el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los pedidos de medicamentos bajo receta por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,400 de gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la etapa siguiente (la etapa de cobertura catastrófica).

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Nivel 1 – Genéricos preferidos 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.	Usted paga el 25% del costo total. No se ofrece la receta médica por correo con suministro para un mes (30 días).	**Usted paga $0 por receta.** **El costo de su receta médica por correo para un mes (suministro de 30 días) es de $0.**
Nivel 2 – Genéricos 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.	Usted paga el 25% del costo total. Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. No se ofrece la receta médica por correo con suministro para un mes (30 días).	**Usted paga el 25% del costo total.** **Los productos de insulina no tienen cobertura en este nivel.** **Su costo por pedido por correo de medicamentos bajo receta para un mes (30 días) tiene un coseguro del 25%.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 3 – De marca preferidos 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.	Usted paga el 25% del costo total. Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. No se ofrece la receta médica por correo con suministro para un mes (30 días).	**Usted paga el 25% del costo total.** **Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Su costo por pedido por correo de medicamentos bajo receta para un mes (30 días) tiene un coseguro del 25%.**
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos 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.	Usted paga el 26% del costo total. Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. No se ofrece la receta médica por correo con suministro para un mes (30 días).	**Usted paga el 26% del costo total.** **Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Su costo por pedido por correo de medicamentos bajo receta para un mes (30 días) tiene un coseguro del 26%.**

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 5 – Medicamentos de especialidad. 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.	Usted paga el 25% del costo total. Los productos de insulina no tienen cobertura en este nivel. No se ofrece la receta médica por correo con suministro para un mes (30 días).	**Usted paga el 25% del costo total.** **Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Su costo por pedido por correo de medicamentos bajo receta para un mes (30 días) tiene un coseguro del 25%.**
Nivel 6 – Medicamentos de atención seleccionados	Usted paga $0 por receta. Los productos de insulina no tienen cobertura en este nivel. No se ofrece la receta médica por correo con suministro para un mes (30 días).	**No se ofrece el Nivel 6**

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care, usted no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en un plan diferente de Medicare o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre incluido, quedará automáticamente inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care.

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan médico de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Su afiliación al plan AmeriHealth Caritas VIP Care se cancelará automáticamente. Recuerde que no todos los planes médicos de Medicare cubren los medicamentos bajo receta. Además, tenga en cuenta que en muchos planes no es posible afiliarse a un plan médico de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura separada de medicamentos de Medicare**, puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se le dará de baja automáticamente de AmeriHealth Caritas VIP Care.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja; o visite nuestro sitio web para darse de baja en línea en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida ser desafiliado. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Para informarse más sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual Medicare Y Usted de 2027, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 6), o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 2.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2027 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 de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, puede haber otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a personas que:

- Tengan Medicaid
- Obtengan Ayuda Extra para pagar sus medicamentos
- Tengan o dejen la cobertura de su empleador
- Se muden fuera del área de servicio del plan

Como usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía con nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare durante cualquier mes del año.

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con 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 es elegible, 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 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 cobertura de medicamentos 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 2 meses completos después del mes en que deje la institución.

SECCIÓN 3 Obtenga ayuda con el pago de medicamentos bajo receta

Usted podría cumplir los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos bajo receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Extra de Medicare.** Puede que las personas con ingresos limitados cumplan los requisitos para obtener Ayuda Extra para pagar los costos de sus medicamentos bajo receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más del costo de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, a las personas que cumplan los requisitos no se les impondrá una penalización por la inscripción tardía. Para comprobar si usted cumple los requisitos, llame a:
  - 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.
  - 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP).** Delaware cuenta con un programa llamado Programa de Asistencia para Recetas Médicas (DPAP) de Delaware que ayuda a las personas a pagar los medicamentos bajo receta sobre la base de sus necesidades económicas, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) llamando al 1-800-336-9500 o al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia con los 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. Para tener derecho al ADAP que opera en su estado, usted debe cumplir ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y su estado respecto del VIH, los bajos ingresos según lo definido por el estado, y el estado de no asegurado o insuficientemente asegurado. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de las recetas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), llamando al 1-302-744-1050. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) al 1-302-744-1050. Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
- **Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, se renovará su participación automáticamente en 2027. No es necesario que presente una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **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 quienes cumplan los requisitos, ofrece más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (711 para TTY.)**

  Estamos disponibles para recibir 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* de 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener información más detallada, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2027 de AmeriHealth Caritas VIP Care. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos bajo receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care o llame a Servicios al Miembro al 1-833-433-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/care**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Listado de medicamentos*).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Delaware, el SHIP se llama Buró de Asistencia Médica de Delaware.

Llame al Buró de Asistencia Médica de Delaware para obtener asesoramiento gratuito personalizado sobre seguros médicos. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas relacionadas con el cambio de plan. Llame al Buró de Asistencia Médica de Delaware al 1-800-336-9500. Conozca más sobre el Buró de Asistencia Médica de Delaware visitando https://insurance.delaware.gov/divisions/dmab/

Reciba ayuda de Medicare

- **Llame a 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con Medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio web de Medicare incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2027***

  Cada otoño se envía a las personas con Medicare el manual *Medicare y Usted 2027*. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las garantías, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica de Delaware (DMMA) al 1-302-255-9500 o al 1-800-372-2022. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 para recibir ayuda con la inscripción en Medicaid o si tienen preguntas sobre los beneficios.

Declaración de divulgación de PRA. *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*