

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

Aviso anual de cambios para el 2024

En la actualidad usted está inscrito como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluido el premium.**

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

Pasos a seguir

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Consulte los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Considere lo que gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en el Listado de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen teniendo cobertura.
- Compruebe si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está contento/a 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 el listado en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2024*.
- Una vez que haya limitado sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

Y0093_007_2964108_M_SPN_Accepted_09112023

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

- Si no se inscribe en otro plan hasta el 7 de diciembre de 2023, seguirá en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Si desea **cambiar a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva comenzará el **1 de enero de 2024**. Esta acción cancelará su inscripción a AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Consulte la Sección 2.2, página 11 , para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó, vive en la actualidad o acaba de salir de una institución, como un establecimiento de enfermería especializada u hospital de atención médica prolongada, puede cambiar los planes o elegir Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos bajo receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Otros recursos

- Este documento está disponible de manera gratuita en español.
- **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-535-3767 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo es el siguiente: 8 a. m. – 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: 8 a. m. – 8 p. m. de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.
- **Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo, como letra grande, braille o audio.**
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).** Para obtener más información, visite el sitio web de Servicios de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de AmeriHealth Caritas VIP Care

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

Aviso anual de cambios para el 2024 Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen de costos importantes para el 2024 | 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 | 6 |
| Sección 1.3: cambios en las redes de proveedores y farmacias | 7 |
| Sección 1.4: cambios en sus beneficios o en los costos de los servicios médicos..... | 7 |
| Sección 1.5: cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D..... | 9 |
| SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir | 12 |
| Sección 2.1: Si desea permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care | 12 |
| Sección 2.2: si desea cambiar de plan..... | 12 |
| SECCIÓN 3 Cambiar de plan | 13 |
| SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid..... | 14 |
| SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta..... | 14 |
| SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? | 15 |
| Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care | 15 |
| Sección 6.2: cómo recibir ayuda de Medicare | 16 |
| Sección 6.3: cómo recibir ayuda de Medicaid | 16 |

Resumen de costos importantes para el 2024

El siguiente cuadro compara los costos de AmeriHealth Caritas VIP Care para los años 2023 y 2024 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, por las visitas al consultorio médico y por la internación hospitalaria.

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|---|---|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que 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 \$505: excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D. Copago durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamento de Nivel 1: Usted paga \$0, \$1.45 o \$4.15 por receta médica. Medicamento de Nivel 2: Usted paga \$0, \$4.30 o \$10.35 por receta médica. | Deducible: \$0 Copago durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por receta. Cobertura catastrófica: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|--|
| | <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos cubiertos. • Para cada receta, usted paga lo que sea mayor entre las siguientes opciones: un pago igual al 5 % del costo del medicamento (esto se conoce como coseguro), o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos.). | |
| <p>Gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles.)</p> | <p>\$8,300</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> | <p>\$8,850</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> |

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima mensual | \$0 | \$0 |
| <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p> <p>(También deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.)</p> | | |

Sección 1.2: Cambios en su gasto máximo de bolsillo

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

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| Gasto máximo de bolsillo | \$8,300 | \$8,850 |
| <p>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este gasto máximo de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos, tales como copagos, se consideran en el cálculo del gasto máximo de bolsillo.</p> | | |
| | | <p>Una vez que haya pagado \$8,850 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 las redes de proveedores y farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores del 2024* 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 para el 2024* para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Sección 1.4: cambios en sus beneficios o en los costos de los servicios médicos

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

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

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (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 \$370 por trimestre, que puede usarse en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC, en el portal de pedidos en línea y/o 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>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Se pueden gastar hasta \$180 por mes en artículos de venta libre incluidos en el catálogo de OTC, en el portal de pedidos en línea y/o en artículos calificados en los establecimientos minoristas participantes a través de una tarjeta de débito de gasto restringido. No hay límite en la cantidad total de artículos que un miembro puede comprar. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p> |
| <p>Artículos de venta libre (OTC) (Continuación)</p> | <p>Los miembros pueden pedir hasta 6 productos por categoría por trimestre. No hay límite en el total de artículos de su pedido. Los pedidos de artículos OTC se limitan a 3 pedidos por trimestre. Pueden aplicarse límites adicionales a algunos artículos.</p> | <p>Los miembros que califiquen en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar \$180 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo de FarmBox, pueden aplicarse límites a algunos artículos y/o a servicios de alquiler y servicios públicos que cumplan los requisitos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|---|--|
| Beneficio de modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID, por sus siglas en inglés) | El beneficio de modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID) <u>no</u> está cubierto | Su copago por los beneficios VBID es de \$0. Los miembros que califiquen en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar \$180 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo de FarmBox, pueden aplicarse límites a algunos artículos y/o a servicios de alquiler y servicios públicos que cumplan los requisitos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan |

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

Cambios en nuestro listado de medicamentos

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

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

La mayoría de los cambios en el listado de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera peligrosos o que el fabricante 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, verifique el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para buscar opciones, como pedir suministro temporal, solicitar una excepción o buscar otro medicamento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos bajo receta

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información le muestra los cambios 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).

Cambios en la etapa de deducible

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</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.</p> <p>(Consulte el encarte separado, la "Cláusula LIS", para conocer el monto de su deducible)</p> | <p>Debido a que no existe ningún deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

| Etapa | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. La mayoría de vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</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>Su costo por un 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 catastrófica).</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> |

Cambios en sus beneficios de VBID de la Parte D

El modelo de beneficio de modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID) de la Parte D de AmeriHealth Caritas VIP Care elimina los costos compartidos y elimina los Niveles de medicamentos de la Parte D para el año 2024.

Usted pagará \$0 de copago por receta para todos los beneficios de VBID de la Parte D.

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la etapa de Período sin cobertura y la etapa de Cobertura catastrófica) son para personas que tienen costos muy altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care

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

Sección 2.2: si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar los planes para el 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

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

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

SECCIÓN 3 Cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿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.

Debido a que tiene a la Agencia para la Administración de Atención Médica, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especiales**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se mudó, actualmente vive o acaba de salir de una institución, como un establecimiento de enfermería especializada u hospital de atención médica prolongada, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos bajo receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Agencia para la Administración de Atención Médica, llame a la Agencia para la Administración de Atención Médica al 1-877-254-1055 (TTY: 1-866-467-4970) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta a cómo usted obtiene su cobertura de la Agencia para la Administración de Atención Médica.

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

Usted podría recibir ayuda con el pago de medicamentos bajo receta.

- **"Ayuda Extra" de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la "Ayuda Extra", también denominada Subsidio por bajos ingresos. La "Ayuda Extra" paga algunas de las primas de sus medicamentos bajo receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que cumple con los requisitos, no tiene un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda Extra", llame a alguno de los siguientes:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY 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 o a

- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care

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

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (incluye información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2024* de AmeriHealth Caritas VIP Care. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de los servicios y los medicamentos bajo receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar que se le envíe por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 6.2: cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, las personas con Medicare reciben este documento por correo postal. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las garantías, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtener una en el sitio de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o a través del 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3: cómo recibir ayuda de Medicaid

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

2964108_SPN (8/23)