

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

Aviso anual de cambios para el 2026

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

Este material 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 2025, seguirá en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en el reverso de su manual Medicare y Usted de 2026.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. En la Evidencia de Cobertura encontrará más información sobre los costos, beneficios y normas. Obtenga una copia en www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

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

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. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Florida Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Siempre que este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a AmeriHealth Caritas Florida Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Care.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care.** A partir del 1 de enero de 2026, 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.

H6378_001_125681_C_SPN

Índice

Resumen de costos importantes para el 2026		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	8
Sección 1.5	Cambios en sus beneficios o costos por servicios médicos.....	9
Sección 1.6	Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	20
Sección 1.7	Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos bajo receta	21
SECCIÓN 2	Cómo cambiar de plan	25
Sección 2.1	Fechas límite para cambiar de plan.....	26
Sección 2.2	¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?.....	26
SECCIÓN 3	Obtenga ayuda con el pago de medicamentos bajo receta.....	27
SECCIÓN 4	¿Tiene preguntas?	28
	Obtenga ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care	28
	Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	28
	Reciba ayuda de Medicare	29
	Obtenga ayuda de Medicaid	29

Resumen de costos importantes para el 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<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>\$9,350</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo respecto al gasto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,250</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo respecto al gasto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p>Visitas al consultorio de atención primaria</p>	\$0 por visita	\$0 por visita
<p>Visitas al consultorio de un especialista</p>	\$0 por visita	\$0 por visita
<p>Internación hospitalaria</p> <p>Incluye la hospitalización del paciente agudo, hospitalización para 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 recibir el alta es su último día de hospitalización.</p>	Copago de \$0	Copago de \$0

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$590 excepto para insulina proporcionada a través de un artículo de equipo médico duradero.</p>	<p>Deducible: \$615 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D.</p>
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial, y las etapas de cobertura catastrófica.)</p>	<p>Copago durante la etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.</p>	<p>Medicamento de Nivel 1– Genérico preferido: Usted paga el 25% del costo total</p> <p>Medicamento de Nivel 2 – Genérico: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamento de Nivel 3 – de marca preferidos: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		<p>Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamento de Nivel 4 – medicamento no preferido: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamento de Nivel 5 – de especialidad: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Medicamento de Nivel 6 – medicamentos de atención seleccionados: Usted paga \$0 del costo total.</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (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 ha 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo a cuenta del gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) se	\$9,350	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
consideran en el cálculo del 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 de 2026* www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl 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.amerhealthcaritasvipcare.com/fl. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (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 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. 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 nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de farmacias del 2026* www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación puede ver cómo conseguir un *Directorio de farmacias actualizado*:

- Visite nuestro sitio en www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl.

- También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (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 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en sus beneficios o 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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
--	----------------------------	-------------------------------

Servicios odontológicos

Usted paga \$0 de copago.

Preventivos:

Los beneficios dentales preventivos incluyen los siguientes servicios:

- Exámenes bucales: 1 cada 6 meses
- Limpiezas: 1 cada 6 meses
- Tratamiento con flúor: 1 cada 6 meses
- Radiografías dentales: 4 cada año
 - 6 códigos de radiografías cada año por miembro.
 - Serie completa de la boca: una radiografía cada 5 años por miembro.
 - Radiografía panorámica: una cada 5 años por miembro.
 - Radiografía cefalométrica: una cada 5 años por miembro y no computa para 4 radiografías al año o 6 códigos al año.

Integrales:

Los beneficios dentales integrales incluyen los siguientes servicios:

- Restauraciones menores (empastes).
- Extracciones simples.

Usted paga \$0 de copago.

Preventivos:

Los beneficios dentales preventivos incluyen los siguientes servicios:

- Exámenes bucales: 1 cada 6 meses
- Limpiezas: 1 cada 6 meses
- Tratamiento con flúor: 1 cada 6 meses
- Radiografías dentales: 4 cada año
 - 1 radiografía de toda la boca y 1 radiografía panorámica cada 5 años
 - 6 radiografías de mordida o periapicales cada año.

Integrales:

Tiene un límite combinado de \$2,500 cada año. Se aplican límites al servicio. Los beneficios dentales integrales incluyen los siguientes servicios:

- Servicios de restauración:
 - Restauraciones menores (empastes).
 - Se necesita autorización previa
- Endodoncia
 - 1 por pieza dental de por vida.

- Dentaduras postizas, 1 por arco cada 5 años*
- Reparación y alineación de dentaduras postizas*
- Extracciones quirúrgicas (limitadas a 1 por diente, por vida)
- Cirugía bucal*
- Periodoncia (1 cada 24 meses por cuadrante. Desbridamiento, una vez por año)
- Endodoncia (1 por diente de por vida) Se requieren radiografías pre y postoperatorias *
- Coronas, 1 cada 5 años por pieza dental. No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco. *
- Mini-implantes (solo arco inferior) y dentadura postiza soportada por implantes (solo arco inferior) *

*Se requiere autorización previa.

*Pueden aplicarse límites de servicios a servicios integrales.

Los puentes fijos y todos los demás implantes dentales (excepto los mini implantes) no están cubiertos.

- Se requieren radiografías pre y postoperatorias.
- Se requiere autorización previa.
- Periodoncia
 - Raspado y alisado radicular: 1 cada 24 meses por cuadrante.
 - Desbridamiento: una vez por año.
 - Raspado cuando existe inflamación gingival una vez al año.
 - Se requiere autorización previa.
- Prostodoncia, extraíble
 - Dentaduras postizas: 1 por arco cada 5 años.
 - Reparación y alineación de dentaduras postizas: 1 por año.
 - Se requiere autorización previa.
- Prótesis maxilofaciales
 - 1 por arco cada 5 años.
 - Se requiere autorización previa.
- Servicios de implantes
 - Mini-implantes (solo arco inferior) y dentadura postiza soportada por implantes (solo arco inferior): 1 cada 5 años.
 - Los puentes fijos y todos los demás

	<p>Solo pagaremos los servicios dentales cubiertos si consulta con un dentista de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red.</p>	<p>implantes dentales (excepto los mini implantes) no están cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se requiere autorización previa. ● Cirugía oral y maxilofacial: <ul style="list-style-type: none"> ○ Coronas: 1 cada 5 años por pieza dental. No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco por año. ○ Extracciones: 1 por pieza dental de por vida. ○ Otras cirugías orales, se aplican límites. ○ Se necesita autorización previa.
<p>Suministros para la diabetes (Parte B)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Las marcas comerciales no preferidas requerirán autorización.</p> <p>Las marcas preferidas tienen un copago de \$0.</p> <p>Las marcas no preferidas tienen un coseguro del 20%.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán autorización previa y tienen un coseguro del 20% (hasta que el beneficiario alcance un límite de Desembolso Máximo, MOOP).</p> <p>Las marcas preferidas tienen un copago de \$0.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos de venta y</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Se requiere Autorización previa para:</p>

	<p>alquiler cubiertos por Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los artículos de DME cubiertos por Medicare mayores a \$750 por compra. • Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra. • 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 por sonda nasogástrica.
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Se pueden gastar hasta \$225 por trimestre en artículos de venta libre incluidos en el catálogo de OTC, en el portal de pedidos en línea y/o en artículos calificados en los establecimientos minoristas participantes a través de una tarjeta de débito de gasto restringido.</p> <p>No hay límite en la cantidad total de artículos que un miembro puede comprar o pedidos que puede hacer.</p> <p>Todo saldo no utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Los beneficios incluyen \$80 por mes para gastar en elementos de venta libre elegibles como vitaminas, analgésicos, remedios para el resfrío, terapia de reemplazo de nicotina, y otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los fondos se cargan cada mes en una tarjeta de débito emitida por el plan. • Puede comprar a través del catálogo de venta libre o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en el total de artículos o pedidos. • Todos los fondos no utilizados expirarán al

La cobertura incluye Naloxona.

- final de cada mes o al darse de baja del plan.
- La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) ofrecida no duplica ningún medicamento de venta libre o del formulario de la parte D.

Servicios de audiología

Usted paga \$0 de copago.

Sus beneficios incluyen:

- 1 examen de rutina de audición por año.
- 1 ajuste para un audífono (1 por oído) cada año.
- Hasta \$2,000 a cuenta del costo de audífono(s) no implantable(s) correspondiente(s) al catálogo TruHearing Choice cada 3 años (límite de 1 audífono por oído).

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

El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:

- Audífonos de venta libre (OTC)
- Moldes de oído
- Accesorios para audífonos

Usted paga \$0 de copago.

Sus beneficios incluyen:

- 1 examen de rutina de audición por año.
- 12 meses de seguimiento de ajuste/evaluación por audífono. Hasta \$2,000 a cuenta del costo de dos audífonos no implantables de marca TruHearing cada año (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:

- Primeros 12 meses 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

El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:

- Audífonos de venta libre (OTC)
- Moldes de oído

- Consultas adicionales con proveedores
- Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable
- Audífonos que no sean 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.

Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes.*

- Accesorios para audífonos
- Consultas adicionales con proveedores
- Baterías adicionales cuando se compra un audífono recargable
- Audífonos que no sean audífonos avanzados 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

Servicios no cubiertos bajo ninguna condición:

- Audífonos y visitas al proveedor para mantenimiento de audífonos (excepto el que se describe específicamente en los Beneficios Cubiertos)
- Audífonos de venta libre (OTC)
- Tarifas de reclamación en garantía de moldes de oído, accesorios para audífonos
- Pilas de audífonos (que superen las 80 pilas gratuitas por audífono)

		no recargable comprado).
<p>Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Los Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) no están cubiertos.</p>	<p>Su copago por los SSBCI es de \$0.</p> <p>Los miembros que cumplan los requisitos para SSBCI recibirán un crédito mensual de \$105 por una tarjeta de débito emitida por el plan para ayudar con los gastos cotidianos. Este crédito puede usarse para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables • Apoyo general para la vida (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) <p>Para reunir los requisitos para los Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI), los miembros deben tener al menos 1 de las siguientes afecciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades cardiovasculares • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica (limitado a enfermedad hepática en etapa terminal) • Trastornos pulmonares crónicos (limitado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

		<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca congestiva • Enfermedad del tejido conectivo • Demencia • Diabetes mellitus • Sobrepeso, obesidad, y síndrome metabólico • Accidente cardiovascular (ACV) <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La afección debe suponer una amenaza para la vida o limitar en gran medida la salud o función general • Debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos • Debe requerir coordinación de cuidados intensivos <p>El plan revisará criterios objetivos para determinar su elegibilidad.</p> <p>Para más información o para comprobar su elegibilidad, los miembros deberán contactar al plan.</p>
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Traslados ilimitados por año hacia ubicaciones aprobadas por el plan.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Sin límite de viajes de ida por año hasta ubicaciones aprobadas por el plan.</p>

	<p>Los viajes se deben programar con un mínimo de 1 día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales</p> <p>Se requiere autorización previa para viajes que excedan las 50 millas de ida. Se aplican normas de autorización previa y de programación.</p>	<p>Los viajes se deben programar con un mínimo de 1 día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales.</p> <p>El transporte solamente se autoriza hacia lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).</p>
<p>Beneficio de modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID)</p>	<p>Su copago por los VBID es de \$0.</p> <p>Los miembros que cumplan los requisitos en base a su nivel socioeconómico (LIS) pueden usar \$220 de la prestación mensual en productos y alimentos que cumplan los requisitos en establecimientos minoristas participantes y/o pedidos por correo (pueden aplicarse límites) y/o servicios de alquiler y servicios públicos que cumplan los requisitos, servicios de Internet, de transporte, control de plagas e insumos para mascotas. Todo saldo no utilizado expirará automáticamente al final de cada mes o al darse de baja del plan.</p>	<p>El beneficio de modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID) no está cubierto.</p>

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. Una copia de nuestro listado de medicamentos se ofrece electrónicamente.

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 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.

A partir de 2026, 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 ya una vez 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. Visite el sitio web de la FDA: www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede contactarse con Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o solicitarle 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 sus costos de 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 de octubre de 2025, llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la Cláusula de subsidio por bajos ingresos (LIS).

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos:** La etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de período sin cobertura y el programa de descuento de período sin cobertura ya no existen en los beneficios de la Parte D.

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

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo completo de su(s) medicamento(s) de nivel(es) 1-5 de la Parte D hasta que haya alcanzado 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 generalmente permanece en esta etapa hasta que sus costos totales de medicamentos del año hasta la fecha alcanzan los \$2,100.

- ***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.

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

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Deducible de \$590	Deducible de \$615

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos en los niveles del 1 al 5, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambia de un copago a un coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2025 a 2026.

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

Una vez que haya pagado \$2,100 de gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la etapa siguiente (la etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1: Genéricos preferidos	Usted paga \$0 de copago.	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Su costo por pedidos de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días tiene un coseguro del 25%</p>
Nivel 2: Genéricos	Usted paga \$0 de copago.	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por pedidos de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días tiene un coseguro del 25%</p>
Nivel 3: de marca preferidos	Usted paga \$0 de copago.	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total</p> <p>Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por pedidos de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días tiene un coseguro del 25%.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga \$0 de copago.	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Usted no paga más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por pedidos de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días tiene un coseguro del 25%.</p>
Nivel 5: de especialidad	Usted paga \$0 de copago.	<p>Costo compartido estándar: Usted paga el 25% del costo total</p> <p>Su costo por pedidos de medicamentos bajo receta por correo de 61 a 100 días tiene un coseguro del 25%.</p>
Nivel 6: medicamentos de atención seleccionados	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 del costo total.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestro listado de medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búselos en el listado de medicamentos.

Cambios en sus beneficios de VBID de la Parte D

En 2026 los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han dejado de usar el modelo de Diseño del seguro basado en el valor (VBID) en todos los planes Medicare Advantage. En 2025 usamos el VBID para reducir los costos compartidos de los medicamentos para nuestros miembros con Ayuda Extra a \$0. A partir de 2026, dependiendo del nivel de Ayuda Extra que reciban los miembros, es posible que los miembros tengan que pagar un copago/coseguro por sus medicamentos.

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

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 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 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su afiliación al plan AmeriHealth Caritas VIP Care se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su afiliación al plan AmeriHealth Caritas VIP Care se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para desinscribirse o visitar nuestro sitio web para desinscribirse en línea en www.amerhealthcaritasvipcare.com/fl o llamar a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información de cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que se le desinscriba. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D, visite la Sección 3.
- **Para informarse más sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual Medicare Y Usted de 2026, 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 de enero de 2026 y no le gusta el plan que ha escogido, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

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. Los ejemplos incluyen a personas que:

- Tengan Medicaid
- Obtengan Ayuda Extra para pagar sus medicamentos
- Tengan o dejen la cobertura de su empleador
- Se muden dentro o 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 de medicamentos bajo receta de Medicare diferente.
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no recibir una inscripción automática), o
- Si cumple los requisitos, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si 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 por separado) 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 abandone 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 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 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.
- **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 un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, aunque no le ahorra 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. Todos los miembros pueden optar por participar en el Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-535-3767 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de AmeriHealth Caritas VIP Care

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.)**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 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 2026***

Este Aviso anual de cambios le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2026. Para obtener información más detallada, consulte la *Evidencia de cobertura* para el 2026 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/fl o llame a Servicios al Miembro al 1-833-535-3767 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/fl.**

Le recordamos que 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, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Atención a las Necesidades de Seguros Médicos de las Personas de la Tercera Edad (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Llame a SHINE 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 a SHINE al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337). Puede leer más información sobre SHINE en <https://www.floridashine.org/>

Reciba ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.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 2026***

Cada otoño se envía a las personas con Medicare el manual Medicare Y Usted 2026. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las garantías, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Consiga una copia en www.Medicare.gov o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a Medicaid Florida al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8711 para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o si tienen preguntas sobre los beneficios.