



Keystone First
VIP Choice

Coverage by Vista Health Plan,
an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Aviso anual de cambios para el **2019**



CS 1925

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

Y0093_ANO_257566_M

Keystone First VIP Choice® (HMO-SNP) se ofrece a través de Vista Health Plan Inc.

Aviso anual de cambios para el 2019

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

Pasos a seguir:

1. Pregúntese: ¿qué cambios lo afectan?

- Compruebe los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.**
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1 y 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos para nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de farmacia para ver si le afectan.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente con costos compartidos distintos?
 - ¿Alguno de los medicamentos tiene restricciones nuevas, como un requisito de aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta médica?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en los costos por el uso de esta farmacia?
 - Consulte el listado de medicamentos del 2019 y revise la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios a nuestra cobertura de farmacia.
- Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
- Piense sobre los costos generales de su atención médica.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos bajo receta que utiliza normalmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está contento con nuestro plan.**

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

- Compruebe la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio de Internet **www.medicare.gov**. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes médicos y de farmacia).
 - Revise la lista al reverso de su manual de Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 3 para informarse más sobre sus opciones.
- Una vez que haya limitado sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio de Internet del plan.

3. **Elija:** decida si quiere cambiar de plan

- Si desea **seguir** con Keystone First VIP Choice, no necesita hacer nada más. Usted permanecerá en Keystone First VIP Choice.
- Si desea **cambiar a otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre ahora y el 31 de diciembre. Consulte la Sección 3.2 en la página 10 para informarse más sobre sus opciones.

4. **Inscríbese:** para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre **ahora y el 31 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en Keystone First VIP Choice.
- Si **se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- A partir del 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Mire en la sección 4, página 11, para obtener más información.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al **1-800-450-1166** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.) El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- El departamento de Servicios al Miembro cuenta con un servicio gratuito de intérpretes para quienes no hablan inglés (los números de teléfono están en la Sección 7 de este folleto).
- Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita este documento en otro formato, como en letra grande, Braille o audio.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura esencial mínima (en inglés, QHC)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida que establece la Protección al paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (en inglés, ACA). Visite el sitio de Internet de Servicios de Impuestos Internos (en inglés, IRS) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información.

Acerca de Keystone First VIP Choice

Keystone First VIP Choice es un plan HMO-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Keystone First VIP Choice depende de la renovación del contrato. Este plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medicaid de Pennsylvania para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Siempre que este folleto dice “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Vista Health Plan Inc. Donde dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Keystone First VIP Choice.

Resumen de costos importantes para el 2019

El siguiente cuadro compara los costos de Keystone First VIP Choice para los años 2018 y 2019 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios** y revisar el Resumen de beneficios adjunto para ver si hay otros cambios en los beneficios o costos que le afectan. Si usted es elegible para recibir asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las visitas al consultorio médico e internación hospitalaria.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita
Internación hospitalaria Incluye hospitalizaciones por enfermedades graves, rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La hospitalización comienza el día en que es formalmente admitido en el hospital por orden del médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día de hospitalización.	\$0 de copago	\$0 de copago

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura de farmacia de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$405</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1: Paga \$0, \$1.25 o \$3.35 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamento 2: Paga \$0, \$1.25 o \$3.35 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamento 3: Paga \$0, \$3.70 u \$8.35 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamento 4: Paga \$0, \$3.70 u \$8.35 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamento 5: Paga \$0, \$3.70 u \$8.35 por receta médica.</p>	<p>Deducible: \$415</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1: Paga \$0, \$1.25 o \$3.40 por receta médica.</p> <p>Nivel de medicamento 2: Paga \$0, \$3.80 u \$8.50 por receta médica.</p>
<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>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hacia el gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hacia el gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para el 2019

Contenido

Resumen de costos importantes para el 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año	4
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2: Cambios a su gasto máximo de bolsillo.....	5
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5: No hay cambios a sus beneficios o cantidades que paga por los servicios médicos	6
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de farmacia de la Parte D.....	6
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	10
SECCIÓN 3 Decidir en algún plan	10
Sección 3.1: Si desea permanecer en Keystone First VIP Choice.....	10
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 4 Cambiar de plan	11
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare y Medicaid	11
SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta	12
SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?	13
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Keystone First VIP Choice.....	13
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare.....	13
Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	14

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
También deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.		

Sección 1.2: Cambios en su gasto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de “gastos de bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “gasto máximo de bolsillo”. Una vez que alcance esta cantidad, en general no deberá pagar nada más por los servicios de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo	\$3,400	\$3,400
<p>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos llegan a este gasto máximo de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto de gastos máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) se consideran en el cálculo del gasto máximo de bolsillo. Sus costos para medicamentos bajo receta no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.</p>		
		Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por lo que resta del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio de Internet en **www.keystonefirstvipchoice.com**. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias por correo postal. **Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para el 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

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

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

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos bajo receta pueden variar de acuerdo a la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio de Internet en **www.keystonefirstvipchoice.com**. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias por correo postal. **Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para el 2019 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5: No hay cambios a sus beneficios o cantidades que paga por servicios médicos

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

Nuestros beneficios y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos serán exactamente los mismos en el 2019 que en el 2018.

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

Cambios a nuestro listado de medicamentos

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

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

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

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

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un único suministro temporal de un medicamento que no esté en el listado durante los primeros 90 días del año de cobertura del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una brecha en la terapia. Para el 2019, los miembros en centros de atención a largo plazo (en inglés, LTC) ahora recibirán un suministro temporal que es la misma cantidad de días provistos en todos los demás casos: *31 días* de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en el 2018 (*90 días* de medicamentos). (Para informarse más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*.) Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y le cubra su medicamento actual.

Si recibió permiso de nuestra parte en el 2018 para usar un medicamento que no está en nuestro listado, conocido como excepción del listado, usted puede continuar tomando ese medicamento en el 2019, siempre que su proveedor se lo recete. Si se le recetó un medicamento de control que tenía requisitos específicos que cumplió o recibió permiso de nuestra parte para usarlo en el 2018, conocido como determinación de cobertura, puede

continuar utilizando este medicamento en el 2019, siempre que su proveedor se lo recete. Sin embargo, si recibió una determinación de cobertura para un medicamento que no sea de control en el 2018, y su proveedor se lo receta nuevamente en el 2019, usted o su proveedor tendrán que presentar una solicitud de determinación de cobertura para determinar si es adecuado que usted tome ese medicamento en el 2019. Su plan le notificará si necesita hacer una nueva solicitud de determinación de cobertura por alguno de los medicamentos que le recetaron.

La mayoría de los cambios en el Listado de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos si, al mismo tiempo, se reemplaza por un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o con un nivel de costo menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestro Listado de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando el medicamento de marca que está siendo reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o el nivel o restricción en los cambios de medicamentos de marca), no siempre recibirá notificación del cambio 60 días antes de que lo hagamos o recibamos una recarga de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de realizar otros cambios durante el año a nuestro Listado de medicamentos que requieren que le notifiquemos con anticipación si está tomando un medicamento, le enviaremos un aviso 30 días, en lugar de 60 días, antes de que hagamos el cambio. O bien, le daremos una recarga de 31 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

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

Cambios a los costos de los medicamentos bajo receta

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información sobre los costos de los medicamentos bajo receta de la Parte D no se le aplicará a usted.** Hemos incluido un inserto separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar sus medicamentos bajo receta” (también denominado “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Extra” y no recibió este inserto con este paquete, comuníquese con Servicios al Miembro y pida por la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios al Miembro se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto.

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

La siguiente información le muestra los cambios para el próximo año de las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta Etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>La cantidad de su deducible es de \$0 o \$405 según el nivel de "Ayuda Extra" que reciba. (Mire el inserto separado, la "Cláusula LIS", para la cantidad de su deducible.)</p>	<p>La cantidad de su deducible es de \$0 o \$415 según el nivel de "Ayuda Extra" que reciba. (Mire el inserto separado, la "Cláusula LIS", para la cantidad de su deducible.)</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, o para el pedido de medicamentos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestro Listado de medicamentos. Para ver si sus medicamentos se encontrarán en un nivel diferente, búsquelos en el Listado de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico preferido (Nivel 1): Paga \$0, \$1.25 o \$3.35 por receta médica.</p> <p>Genérico (Nivel 2): Paga \$0, \$1.25 o \$3.35 por receta médica.</p> <p>Marca preferida (Nivel 3): Paga \$0, \$3.70 u \$8.35 por receta médica.</p> <p>Marca no preferida (Nivel 4): Paga \$0, \$3.70 u \$8.35 por receta médica.</p> <p>Especialidad (Nivel 5): Paga \$0, \$3.70 u \$8.35 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$5,000 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico (Nivel 1): Paga \$0, \$1.25 o \$3.40 por receta médica.</p> <p>Marca (Nivel 2): Paga \$0, \$3.80 u \$8.50 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

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

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare	No se necesita autorización	Se necesita autorización

SECCIÓN 3 Decidir en algún plan

Sección 3.1: Si desea permanecer con Keystone First VIP Choice

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o se cambia a Original Medicare, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para el 2019.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare,
- —O— puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si inscribirse al plan de medicamentos de Medicare.

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

Para informarse más sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted para 2019*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción del plan Keystone First VIP Choice.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de farmacia**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción del plan Keystone First VIP Choice.

- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de farmacia**, deberá elegir entre:
 - Enviarnos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Ponerse en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este folleto).
 - —o— Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los siete días de la semana, y pedir ser desafiliado. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de farmacia de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos a menos que haya optado por no realizar una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente u Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también se permiten en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda extra” para pagar sus medicamentos, las que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden realizar cambios en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

[Nota: si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.]

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare y Medicaid

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

APPRISE es independiente (no está afiliado a ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal financiado por el gobierno federal que brinda asesoramiento **gratuito** sobre el seguro médico local a las personas que tienen Medicare. Los asesores de APPRISE pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambiarse de plan. Puede llamar a APPRISE al **1-800-783-7067**. Para conocer más acerca de APPRISE, visite el sitio de Internet en **www.portal.state.pa.us**.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Asistencia Médica de Pennsylvania, comuníquese con la Oficina de Programas de Asistencia Médica (en inglés, OMAP) al **1-800-692-7462** entre las 8:30 a.m. y las 4:45 p.m., de lunes a viernes. Si tiene una incapacidad auditiva, llame a TTY/TTD al **1-800-451-5886**. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura de Asistencia Médica.

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

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

- **“Ayuda Extra” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Extra”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Extra” paga algunas de sus primas de medicamentos bajo receta, deducibles anuales y coseguro. Debido a que cumple con los requisitos, no tiene un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda Extra, llame al:
 - **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los siete días de la semana;
 - La oficina de Administración de Seguro Social al **1-800-772-1213** entre las 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Pennsylvania cuenta con un programa llamado PACE/PACENET que ayuda a las personas a pagar por los medicamentos bajo receta sobre la base de sus necesidades económicas, edad o condición médica. Para informarse más acerca de este programa, consulte su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA**
El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (en inglés, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, los bajos ingresos según lo define el estado y el estado de cobertura médica ya sea no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos bajo receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costos compartidos de recetas médicas a través del **Programa especial de beneficios farmacéuticos (en inglés, SPBP)**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a:

Teléfono: **1-800-922-9384**

Correo electrónico: **spbp@pa.gov**

Correo postal:

PA Department of Health
Special Pharmaceutical Benefits Program
625 Forster Street
H&W Building, Room 611
Harrisburg, PA 17120

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Keystone First VIP Choice

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al **1-800-450-1166**. (Solo TTY, llame al **711**). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de cobertura para el 2019 (incluye detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2019. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2019 de Keystone First VIP Choice. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos bajo receta. La Evidencia de cobertura estará disponible en nuestro sitio de Internet el 15 de octubre. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar que se le envíe por correo la Evidencia de cobertura.

Visite nuestro sitio de Internet

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

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio de Internet de Medicare

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

Lea Medicare y usted para 2019

Puede leer el manual *Medicare y usted para 2019*. Todos los años en otoño, todas las personas con Medicare reciben este folleto por correo postal. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las garantías, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio de Internet de Medicare (**<https://www.medicare.gov>**) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Asistencia Médica de Medicaid

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