



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 **2022**

CS 1925

Y0093_ANO_ 1319950_M_Accepted_082821

Aprobación de OMB 0938-1051 (Vence: 31 de diciembre de 2022)

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

Aviso anual de cambios para el 2022

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 los cambios.*

Pasos a seguir

1. PREGUNTE: qué cambios le corresponden

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de 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 para 2022 y revise la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de farmacia.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de gastos de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "dashboards" (paneles) en el medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estos paneles destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información relativa a los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.

- 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 web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al reverso de su manual de *Medicare y usted 2022*.
 - Consulte la Sección 2 para informarse más sobre sus opciones.
- Una vez que haya limitado sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se lo inscribirá en Keystone First VIP Choice.
- Si desea **cambiar a otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 3, página 14, para obtener más información sobre sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar de planes, inscríbase entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en Keystone First VIP Choice.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Será automáticamente desafiliado de su plan actual.

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 del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

- Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo como en letra grande, braille o audio.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web de Servicios de impuestos internos (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 y un contrato con el programa Medicaid de Pennsylvania. 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. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Keystone First VIP Choice.
-

Resumen de costos importantes para el 2022

El siguiente cuadro compara los costos de Keystone First VIP Choice para los años 2021 y 2022 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.keystonefirstvipchoice.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para más información.	\$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 hospitalización de agudos, 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 ser dado de alta es su último día de hospitalización.	\$0 de copago	\$0 de copago

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de farmacia de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para más información.)</p>	<p>Deducible: \$0 o \$445</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.70 por receta médica. • Medicamento de Nivel 2: Usted paga \$0, \$4.00 o \$9.20 por receta médica. 	<p>Deducible: \$0 o \$480</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 por receta médica. • Medicamento de Nivel 2: Usted paga \$0, \$4.00 o \$9.85 por receta médica.
<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 más información.)</p>	<p>\$3,400</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>\$3,400</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>

Aviso anual de cambios para el 2022

Índice

Resumen de costos importantes para el 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1: cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2: cambios en su gasto máximo de bolsillo.....	4
Sección 1.3: cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4: cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5: cambios en sus beneficios y costos que paga por servicios médicos.....	7
Sección 1.6: cambios en la cobertura de farmacia de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	15
Sección 2.1: Si desea permanecer en Keystone First VIP Choice	15
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare y Medicaid.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de medicamentos bajo receta.....	17
SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?	18
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Keystone First VIP Choice	18
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	18
Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid	19

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

Sección 1.1: cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.) No hay cambios para el próximo año de beneficios.	\$0	\$0

Sección 1.2: cambios en su gasto máximo de bolsillo

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

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Gasto máximo de bolsillo</p> <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 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. Sus costos para medicamentos bajo receta no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p>	\$3,400	\$3,400

Sección 1.3: cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.keystonefirstvipchoice.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal. **Consulte el *Directorio de proveedores para el 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) pertenecen a 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 dejar 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, tenemos la obligación de brindar 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 deje 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 ante nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista van a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.

Sección 1.4: cambios en la red de farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.keystonefirstvipchoice.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de farmacias. **Consulte el *Directorio de farmacias* para el 2022 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5: cambios en sus beneficios y costos que paga por servicios médicos

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

Estamos cambiando la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información siguiente describe estos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura para el 2022*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.keystonefirstvipchoice.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT).
- Suministro y administración de medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas toxicológicas.
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios odontológicos preventivos	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Radiografías dentales (2 cada año)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Radiografías dentales (4 cada año)</p> <p>6 códigos de radiografías cada año. Serie de radiografías de toda la boca, 1 cada 60 meses. Radiografía panorámica, 1 cada 60 meses.</p>
Servicios odontológicos integrales	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia. • Endodoncia. <p>Se requiere autorización previa para periodoncia y endodoncia.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia: 1 cada 24 meses por cuadrante. Desbridamiento, una vez por año. • Endodoncia: 1 por pieza dental de por vida. <p>Se aplican límites a los servicios y se requiere autorización previa para periodoncia y endodoncia.</p>
Suministros y servicios para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos	<p>Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Las marcas no preferidas requieren autorización previa</p>	<p>Usted paga \$0 de copago en las marcas preferidas</p> <p>Usted paga el 20% del costo total en las marcas no preferidas.</p> <p>Las marcas no preferidas requieren autorización previa</p>

Servicios para la audición

Usted paga \$0 de copago

La compra de audífonos incluye: 48 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años.

Usted debe recibir atención de un proveedor de la red

Usted paga \$0 de copago

La compra de audífonos incluye: 80 baterías por audífono para modelos no recargables cada tres años.

El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: moldes de oídos, accesorios para audífonos, visitas adicionales al proveedor, pilas adicionales, audífonos que no estén en el catálogo aplicable de TruHearing y costos asociados a los reclamos de garantía por pérdidas y daños.

Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.

Los costos que usted pague por los servicios de audición, incluidos los copagos de los exámenes de audición y los costos de los audífonos, no se tendrán en cuenta para el máximo de bolsillo.

Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio.

Cada compra de audífonos de la marca TruHearing incluye un año de visitas de seguimiento al proveedor para la adaptación y los ajustes. Estas visitas están disponibles durante los 12 meses siguientes a la compra de un audífono de la marca TruHearing y únicamente con la compra de un audífono de la marca TruHearing.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>NO se requiere autorización previa</p>
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio incluye una asignación de hasta \$365 por trimestre, que puede gastarse en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC.</p> <p>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>El beneficio incluye una asignación de hasta \$300 por trimestre, que puede gastarse en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC.</p> <p>Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>Los miembros pueden pedir hasta 6 productos por categoría por trimestre. No hay límite en el número de artículos totales de su pedido. Los pedidos de artículos OTC se limitan a 3 pedidos por trimestre. Pueden aplicarse límites adicionales a algunos artículos.</p>
Servicios de podología	Sin cobertura	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>6 visitas de cuidado de los pies de rutina por año.</p> <p>NO se requiere autorización previa</p>

Sección 1.6: cambios en la cobertura de farmacia 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.

Realizamos cambios en nuestro listado de medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en 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:

- **Consultar a 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.
- **Consultar a su médico (u otro profesional que receta) para buscar un medicamento diferente** que nosotros cubrimos. Puede llamar a Servicios al Miembro para pedir un listado de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un único suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario durante los primeros 90 días del año de cobertura del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para 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 2021 para usar un medicamento que no está en nuestro formulario, conocido como excepción del formulario, usted puede continuar tomando ese medicamento en el 2022, siempre que su proveedor se lo recete. Si se le recetó un medicamento de mantenimiento que tenía requisitos específicos que usted cumplió o recibió permiso de nuestra parte para usarlo en el 2021, conocido como determinación de cobertura, puede continuar utilizando este medicamento en el 2022, siempre que su proveedor se lo recete. Sin embargo, si recibió una determinación de cobertura para un medicamento que no sea de mantenimiento en el 2021, y su proveedor se lo receta nuevamente en el 2022, 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 2022. 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.

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 en 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”), **no se verá afectado por la información sobre los costos de los medicamentos bajo receta de la Parte D.** 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 solicite la “Cláusula LIS”.

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 en la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta Etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El monto de su deducible es de \$0 o \$445 según el nivel de "Ayuda Extra" que reciba.	El monto de su deducible es de \$0 o \$480 según el nivel de "Ayuda Extra" que reciba. (Consulte el inserto separado, la "Cláusula LIS", para conocer el monto de su deducible.)

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2021 (este año)	2022 (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, búselos 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 (Nivel 1): Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.70 por receta médica.</p> <p>De marca (Nivel 2): Usted paga \$0, \$4.00 o \$9.20 por receta médica</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$6,550 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): Usted paga \$0, \$1.35 o \$3.95 por receta médica.</p> <p>Genéricos y de marca (Nivel 2): Usted paga \$0, \$4.00 o \$9.85 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,050 de gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

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

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

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en Keystone First VIP Choice

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare de aquí al 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito en nuestro Keystone First VIP Choice.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2022, 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, 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 el manual *Medicare y usted 2022*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **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**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Keystone First VIP Choice.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de farmacia**, inscribese en el nuevo plan de farmacia. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Keystone First VIP Choice.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de farmacia**, deberá elegir entre:
 - Enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito. Ponerse en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este folleto).
 - – *o*– Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 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 farmacia 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 2022.

¿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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 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 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare y Medicaid

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

PA MEDI es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros o 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 PA MEDI 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. También puede llamar a PA MEDI al 1-800-783-7067 (TTY 711). Para conocer más acerca de PA MEDI, visite su sitio web (<https://www.aging.pa.gov>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Asistencia Médica de Pennsylvania, comuníquese con la Oficina de Programas de Asistencia Médica (OMAP) al 1-800-692-7462 (TTY 711) entre las 8:30 a.m. y las 4:45 p.m. de lunes a viernes. Pregunte de qué forma se vería afectada la manera en que obtiene la cobertura de Asistencia Médica de Pennsylvania al inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare.

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

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

- **“Ayuda Extra” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Extra”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. “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 "Ayuda Extra", llame a alguno de los siguientes:
 - 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 7 días de la semana.
 - La oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. y las 8 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o
 - a 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 los medicamentos bajo receta sobre la base de sus necesidades económicas, edad o afección. Para informarse más acerca de este programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, los bajos ingresos según lo define el estado y no estar asegurado o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos bajo receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costos compartidos de recetas médicas a través del Programa especial de beneficios farmacéuticos (SPBP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a:
Teléfono: 1-800-922-9384, Fax: 1-888-656-0372. Correo electrónico: spbp@pa.gov. O bien por correo postal a:

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

SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Keystone First VIP Choice

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-450-1166. (Solo para TTY, llame 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, y 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* para el 2022 (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 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para el 2022 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 los servicios y los medicamentos bajo receta.

Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.keystonefirstvipchoice.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.keystonefirstvipchoice.com. 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene 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 web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov/plan-compare>).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Cada 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 web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 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 recibir información sobre Asistencia Médica de Pennsylvania (Medicaid), puede llamar a la Oficina de Asistencia Médica al 1-800-692-7462. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Keystone First *VIP Choice*®

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