



## VNS Health EasyCare (HMO) ofrecido por VNS Health Medicare

### Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de VNS Health EasyCare. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para acceder a un Resumen de costos importantes, que incluye información sobre la prima.***

Este documento le brinda información sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [vnshealthplans.org/2024-ec](https://vnshealthplans.org/2024-ec). También puede llamarnos para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

### Qué debe hacer ahora

#### 1. PREGÚNTESE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.

Piense si está conforme con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de plan.

Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista impresa en la portada posterior de su manual *Medicare & You* (Medicare y usted) 2024.

Una vez que haya reducido sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en la página web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en VNS Health EasyCare.
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en VNS Health EasyCare.
- Si hace poco se ha mudado a una institución, la ha abandonado o está viviendo en ella (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

## Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish and Chinese.  
Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.  
本文件免費提供英文和西班牙文版本。
- Comuníquese con su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información adicional. El horario es los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, de 8 am a 8 pm (abr. – sept.). Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711),

los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, de 8 am a 8 pm (abr. – sept.).

- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de VNS Health EasyCare**

- VNS Health Medicare es una organización de Medicare Advantage con contratos con Medicare y Medicaid que ofrece planes HMO D-SNP y HMO. La inscripción en VNS Health Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando, en este documento, se usa “nosotros”, “nos” o “nuestro(a)”, se hace referencia a los planes VNS Health. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VNS Health EasyCare.

H5549\_2024 EC ANOC\_M Accepted 08282023

**Aviso anual de cambios para 2024**  
**Índice**

**Resumen de costos importantes para 2024 ..... 5**

**SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en VNS Health EasyCare en 2024 ..... 8**

**SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año ..... 8**

Sección 2.1: cambios en la prima mensual .....8

Sección 2.2: cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....9

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias .....10

Sección 2.4: cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....10

Sección 2.5: cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D .....15

**SECCIÓN 3 Cambios administrativos ..... 19**

**SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir..... 20**

Sección 4.1: Si desea seguir inscrito en VNS Health EasyCare.....20

Sección 4.2: si desea cambiarse de plan .....20

**SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan ..... 21**

**SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... 21**

**SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados ..... 22**

**SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?..... 23**

Sección 8.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare.....23

Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare .....24

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para VNS Health EasyCare 2024 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	Prima del plan de \$25.00	Prima del plan de \$25.00
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> 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 2.2 para obtener detalles).	\$8,300	\$8,850
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: \$10 por visita.  Visitas al especialista: \$40 por visita.	Visitas de atención primaria: \$0 por visita.  Visitas al especialista: \$35 por visita.
<b>Atención para pacientes hospitalizados en un hospital</b>	Días 1 a 5: \$400 Días 6 a 90: \$0	Días 1 a 5: \$400 Días 6 a 90: \$0

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>                      (continúa en la página siguiente)                      (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0 a \$505 según su nivel de LIS.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</b>                      Usted paga \$15 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</b>                      Usted paga \$20 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</b>                      Usted paga \$47 por mes de suministro.</p> <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)</b>                      Usted paga \$100 por mes de suministro.</p>	<p>Deducible: \$0 o \$145 según su nivel de LIS, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Usted paga un deducible de \$0 para los Niveles 1 y 6.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</b>                      Usted paga \$15 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</b>                      Usted paga \$20 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)</b>                      Usted paga \$47 por mes de suministro.</p> <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (continuación)</p>	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados)</b></p>	<p><b>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)</b></p>
	<p>Usted paga un coseguro del 25% por mes de suministro.</p>	<p>Usted paga \$100 por mes de suministro.</p>
	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Nivel 6 (medicamentos selectos)</b></p>	<p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados)</b></p>
	<p>Usted paga \$0 por mes de suministro después de alcanzar un deducible de \$505.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 31%.</p>
	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p>	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</p>	<p><b>Nivel 6 (medicamentos selectos)</b></p>
	<p>Por cada medicamento recetado, usted paga el costo que sea mayor: un pago equivalente al</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
		<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p>
		<p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (continuación)	5% del costo del medicamento (esto se llama <b>coseguro</b> ) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos).	cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

**SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en VNS Health EasyCare en 2024**

Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro VNS Health EasyCare. Esto significa que a partir del 1 de enero de 2024, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de VNS Health EasyCare. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para la “Ayuda adicional”, es posible que pueda cambiar de plan en otros momentos.

**SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**

**Sección 2.1: cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	Sin cambios. \$25.00 prima mensual	Sin cambios. \$25.00 prima mensual



- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, por quedarse sin otra cobertura para medicamentos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

## Sección 2.2: cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$8,300</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por 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 el resto del año calendario.</p>

## Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [vnshealthplans.org/providers](https://vnshealthplans.org/providers). También puede llamar a su equipo de atención para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de servicios de proveedores para el año próximo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con su Equipo de atención para que podamos ayudarle.

## Sección 2.4: cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Cambiaremos costos y beneficios para determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Acupuntura</b>	Usted paga un copago de \$0, hasta 12 visitas por año. Requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0, hasta 12 visitas por año. No se requiere autorización previa.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga un copago de \$20 por visita.	Usted paga un copago de \$15 por visita.
<b>Servicios de quiropráctica</b>	Usted paga un copago de \$20 por visita.	Usted paga un copago de \$15 por visita.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: \$10 por visita.	Visitas de atención primaria: \$0 por visita.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga un copago de \$90 por visita.	Usted paga un copago de \$100 por visita.
<b>Audífonos</b>	<p>2 audífonos complementarios cada tres años.</p> <p>El límite de cobertura de nuestros planes es de \$1,000 para audífonos complementarios, limitado a \$500 por año (uno derecho y uno izquierdo) cada tres años.</p> <p>Requiere autorización previa.</p>	<p>2 audífonos complementarios cada tres años.</p> <p>El límite de cobertura de nuestros planes es de \$1,000 para audífonos complementarios, limitado a \$500 por año (uno derecho y uno izquierdo) cada tres años.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Cuidados en centros para enfermos terminales</b></p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Período de atención simultánea de transición: Si es elegible para un centro para enfermos terminales y elige uno, puede ser elegible para la atención simultánea de transición (TCC). La TCC incluye servicios necesarios para seguir atendiendo las necesidades de atención, según sea médicamente apropiado, para el tratamiento de su afección terminal. Estos servicios ayudan a proporcionar una transición a los cuidados para enfermos terminales y pueden incluir la reducción gradual de un tratamiento curativo específico con el tiempo. La TCC requiere autorización previa y está disponible hasta <b>un mes</b> después de elegir el centro para enfermos terminales, solo si elige un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red. Consulte el Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) para obtener más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Período de atención simultánea de transición: Si es elegible para un centro para enfermos terminales y elige uno, puede ser elegible para la atención simultánea de transición (TCC). La TCC incluye servicios necesarios para seguir atendiendo las necesidades de atención, según sea médicamente apropiado, para el tratamiento de su afección terminal. Estos servicios ayudan a proporcionar una transición a los cuidados para enfermos terminales y pueden incluir la reducción gradual de un tratamiento curativo específico con el tiempo. La TCC requiere autorización previa y está disponible hasta <b>60 días</b> después de elegir el centro para enfermos terminales, solo si elige un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red. Consulte el Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) para obtener más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Comidas (después del alta)</b></p>	<p>El beneficio de comidas no está cubierto.</p>	<p>Puede usar este beneficio para que le entreguen las comidas en su hogar después de un alta hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos.</p> <p>Tiene cobertura para 28 comidas durante un período de 2 semanas hasta 3 visitas al hospital para pacientes hospitalizados al año.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>Consulte su Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$90.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100.</p>
<p><b>Tarjeta para productos de venta libre (OTC)</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta \$50 por trimestre para artículos de venta libre.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta \$87 por trimestre para artículos de venta libre.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por visita.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Podiatría de rutina</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita, hasta 6 visitas por año.</p> <p>Requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita, hasta 6 visitas por año.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>
<b>Centro de enfermería especializado (SNF)</b>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 20.</p> <p>\$188 para los días 21 a 100.</p>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 20.</p> <p>\$203 para los días 21 a 100.</p>
<b>Terapia de ejercicio supervisada</b>	<p>Usted paga un copago de \$20.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15.</p>
<b>Atención de urgencias</b>	<p>Usted paga un copago de \$60 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$55 por visita.</p>
<b>Servicios de la vista</b>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 examen de la vista de rutina por año.</li> <li>• 1 examen de la vista para anteojos cada 2 años.</li> </ul> <p>Un examen de la vista de rutina es para verificar la visión, detectar enfermedades oculares y/o actualizar las prescripciones de anteojos o lentes de contacto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 examen de la vista de rutina por año.</li> <li>• 1 examen de la vista de rutina adicional cada 2 años.</li> </ul> <p>Un examen de la vista de rutina es para verificar la visión, detectar enfermedades oculares y/o actualizar las prescripciones de anteojos o lentes de contacto.</p>
<b>Cobertura mundial de emergencias</b>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por visita.</p>

---

## Sección 2.5: cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

---

### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Ofrecemos una copia electrónica de nuestra “Lista de medicamentos”. Podrá encontrar un formulario actualizado en nuestro sitio web en [vnshealthplans.org/formulary](https://vnshealthplans.org/formulary). También puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitarnos que le enviemos un formulario por correo.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo diferente.**

La mayoría de los cambios de la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podríamos efectuar otros cambios permitidos conforme a las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar de forma inmediata medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considere inseguros o que un fabricante de productos haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si le afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, tales como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con su Equipo de atención para obtener más información.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

**Nota:** Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula

adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a su equipo de atención y pregunte por la Cláusula adicional LIS.

Existen cuatro etapas de pago de los medicamentos.

La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

**Cambios en la Etapa del deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de los medicamentos de la Parte D hasta que llegue a su deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajar.</p>	<p>El deducible es \$505.</p>	<p>El deducible es \$145.</p> <p>Durante esta etapa, usted pagaría \$15 de costo compartido por los medicamentos con medicamentos genéricos preferidos y \$0 por medicamentos selectos, y el costo total de los medicamentos con medicamentos genéricos, de marca preferidos, de marca no preferidos y selectos hasta que alcance el deducible anual.</p>



## Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b> (continúa en la página siguiente)</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de servicios que ofrece un costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red de servicios que ofrece costos compartidos preferidos; o para recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i> La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> Usted paga \$15 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> Usted paga \$20 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</b> Usted paga \$47 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos):</b> Usted paga \$100 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b></p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> Usted paga \$15 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b> Usted paga \$20 por mes de suministro.</p> <p><b>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</b> Usted paga \$47 por mes de suministro.  Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos):</b> Usted paga \$100 por mes de suministro.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b> (continuación)</p>	<p>Usted paga el 25 % de la suma total.</p> <p><b>Nivel 6 (medicamentos selectos):</b> Usted paga \$0 por mes de suministro.</p> <p>Una vez que los costos totales de su medicamento alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 (medicamentos especializados):</b> Usted paga el 31% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 6 (medicamentos selectos):</b> Usted paga \$0 por mes de suministro.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>
<p><b>Suministro estándar de pedidos por correo y minoristas</b></p>	<p>Suministro para 90 días para todos los niveles, excepto medicamentos especializados de Nivel 5.</p>	<p>Suministro para 100 días para todos los niveles, excepto medicamentos especializados de Nivel 5.</p>

## Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

### SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<b>Programa de recompensas para miembros</b>	El programa de recompensas para miembros tiene actividades y montos de recompensas desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.	El programa de recompensas para miembros tendrá nuevas actividades y montos de recompensas a partir del 1 de enero de 2024. Los detalles se enviarán por correo en diciembre.
<b>Área de servicios</b>	El área de servicios incluye: los condados de Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, Nueva York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Suffolk y Westchester.	El área de servicios incluye: los condados de Albany, Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, Nueva York (Manhattan), Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Schenectady, Suffolk y Westchester.

## SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1: Si desea seguir inscrito en VNS Health EasyCare

Para seguir inscrito en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se registra en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en VNS Health EasyCare.

### Sección 4.2: si desea cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar en 2024, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte la publicación *Medicare & You* (Medicare y usted) 2024, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el plan nuevo. Su inscripción en VNS Health EasyCare se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan nuevo de medicamentos. Su inscripción en VNS Health EasyCare se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene las siguientes posibilidades:

- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o comuníquese con su equipo de atención si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- *O bien*, póngase en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

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

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las personas que se trasladan fuera del área de servicios.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si hace poco se ha mudado a una institución, la ha abandonado o está viviendo en ella (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin la cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los

estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de información, asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma **gratuita** a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden responder las preguntas o atender los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el HIICAP en la página web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

## **SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados**

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, se enumeran distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar el costo de los medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección

médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia de seguros de salud.

- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, lo que incluye un documento que demuestre que residen en el estado y su estado del VIH, prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado y prueba de que no están aseguradas o qué están infraseguradas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el ADAP, cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través de los programas para personas sin seguro con VIH del estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

## SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

### Sección 8.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, de 8 am a 8 pm (abr. – sept.). Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para VNS Health EasyCare. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web [vnshealthplans.org/2024-ec](https://vnshealthplans.org/2024-ec). También puede llamar a su Equipo de atención para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

## Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en [vnshealthplans.org](https://vnshealthplans.org). Como recordatorio, en nuestra página web, puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/“Lista de medicamentos”)*.

---

## Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

### Visite la página web de Medicare

Visite la página web de Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You (Medicare y usted) 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.