



VNS Health EasyCare (HMO) ofrecido por VNS Health Medicare

Aviso anual de cambios para 2023

En la actualidad, usted está inscrito como miembro de VNSNY CHOICE 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 informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestra página web en vnshealthplans.org/2023-ec. También puede llamarnos para pedirnos 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 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma aún tienen cobertura.

Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas farmacias, estarán en nuestra red de servicios 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. Use el Buscador de planes de Medicare en la página web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la portada posterior de su manual *Medicare & You* (Medicare y usted) 2023.

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 une a otro plan para el 7 de diciembre de 2022, 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 iniciará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en VNSNY CHOICE 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 English and Chinese.
Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.
本文件免費提供英文和中文版本。
- Comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm. (oct. – marzo.) y los días de semana, de 8 am a 8 pm. (abr. – sept.).
- 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

horarios son los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm. (oct. – marzo.) y los días de semana, 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 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_2023 EC ANOC_M Accepted 09052022

Aviso anual de cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023 5

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan.....7

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7

 Sección 2.1: cambios en la prima mensual.....7

 Sección 2.2: cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo8

 Sección 2.3: cambios en la red de servicios de proveedores y farmacias8

 Sección 2.4: cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos9

 Sección 2.5: cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D12

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 15

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir 16

 Sección 4.1: si desea permanecer en VNS Health EasyCare16

 Sección 4.2: si desea cambiarse de plan17

SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan 17

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... 18

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 19

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?.....20

 Sección 8.1: cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare.....20

 Sección 8.2: cómo recibir ayuda de Medicare.....20

Resumen de costos importantes para 2023

En la tabla de abajo, se comparan los costos de 2022 y los de 2023 para VNS Health EasyCare en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	Prima del plan de \$25.00	Prima del plan de \$25.00
Deducible	\$480	\$505
Monto máximo que paga de su 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 2.2 para obtener detalles).	\$7,550	\$8,300
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$10 por visita. Visitas al especialista: \$40 por visita.	Visitas de atención primaria: \$10 por visita. Visitas al especialista: \$40 por visita.
Hospitalización del paciente	Días 1 a 5: \$400 Días 6 a 90: \$0	Días 1 a 5: \$400 Días 6 a 90: \$0

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0 a \$480 según su nivel de Subsidio por bajos ingresos (LIS).</p>	<p>Deducible: \$0 a \$505 según su nivel de Subsidio por bajos ingresos (LIS).</p>
	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p>
	<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) Usted paga \$15 por receta.</p>	<p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) Usted paga \$15 por receta.</p>
	<p>Nivel 2 (medicamentos genéricos) Usted paga \$20 por receta.</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos genéricos) Usted paga \$20 por receta.</p>
	<p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) Usted paga \$47 por receta.</p>	<p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) Usted paga \$47 por receta.</p>
	<p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) Usted paga \$100 por receta.</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) Usted paga \$100 por receta.</p>
	<p>Nivel 5 (medicamentos especializados) Usted paga 25 % de coseguro.</p>	<p>Nivel 5 (medicamentos especializados) Usted paga 25 % de coseguro.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (continuación)	Nivel 6 (medicamentos selectos) Usted paga \$0 después de alcanzar el deducible de \$480.	Nivel 6 (medicamentos selectos) Usted paga \$0 después de alcanzar el deducible de \$505.

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1 de enero de 2023, el nombre de nuestro plan cambiará de VNSNY CHOICE EasyCare a VNS Health EasyCare.

En diciembre, recibirá una nueva tarjeta de identificación en el correo con el nombre del plan VNS Health EasyCare. Además, empezará a ver materiales con el nombre del plan VNS Health EasyCare.

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

Sección 2.1: cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual (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 el monto 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	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</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>	\$7,550	<p>\$8,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,300 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 durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3: cambios en la red de servicios de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestra página web en vnshealthplans.org/providers. También puede llamar a su Equipo de atención para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Hemos cambiado nuestra red de servicios de proveedores para el año próximo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2023* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red de servicios.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, los médicos, los especialistas (proveedores), y las 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	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Acupuntura	La acupuntura <u>no</u> tiene cobertura.	12 visitas por año. Se requiere autorización previa.
Visita anual de bienestar	Usted paga \$10 de copago para una visita anual de bienestar.	Usted paga \$0 de copago para una visita anual de bienestar.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Servicios odontológicos	<p>Usted paga \$0 de costo compartido/copago para la cobertura odontológica preventiva e integral. Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$1,500 por año.</p> <p>Se requiere autorización previa. Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para obtener más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.</p>	<p>Usted paga \$0 de costo compartido/copago para la cobertura odontológica preventiva e integral. Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$2,000 por año.</p> <p>Se requiere autorización previa. Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para obtener más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.</p>
Centro de cuidados paliativos	<p>La Asignación de sustento para cuidados paliativos no tiene cobertura.</p>	<p>Asignación de sustento para cuidados paliativos: si cumple los requisitos y elige los cuidados paliativos con un proveedor de atención paliativa dentro de la red de servicios, puede ser elegible para una Asignación de sustento para cuidados paliativos de \$500.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Centro de cuidados paliativos (continuación)</p>		<p>La asignación es un beneficio complementario que permite la compra de bienes o servicios que sus beneficios del plan de salud no cubren. Estos bienes o servicios deben relacionarse con la provisión de comodidad y la mejoría de su calidad de vida mientras recibe atención paliativa. Algunos ejemplos, entre otros, son los dispositivos y las modificaciones de seguridad en el baño y el hogar; el sustento para cuidadores de personas inscritas, etc. Se requiere aprobación previa del plan de salud para los bienes o servicios solicitados.</p> <p>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	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC)	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$45 por trimestre para productos de venta libre.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$70 por trimestre para productos de venta libre.</p>
Atención de urgencias	<p>Usted paga \$65 de copago por visita.</p>	<p>Usted paga \$60 de copago 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 nuestra página web en 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 pedirnos que le enviemos un formulario por correo.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

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 de medicamentos más actual.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a su equipo de atención para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente-mente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

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 el 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 el paquete, llame a su Equipo de atención y solicite 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	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los</p>	<p>El deducible es \$480.</p>	<p>El deducible es \$505.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
medicamentos de la Parte D hasta que llegue a su deducible anual.		

Cambios en sus costos compartidos en la de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (el 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 la parte que le corresponde del costo de los medicamentos, y usted paga su parte del costo.</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. 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></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>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos) Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)</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>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos) Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	Usted paga \$100 por receta. Nivel 5 (medicamentos especializados) Usted paga el 25 % de la suma total.	Usted paga \$100 por receta. Nivel 5 (medicamentos especializados) Usted paga el 25 % de la suma total.
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	Nivel 6 (medicamentos selectos) Usted paga \$0 por receta. Una vez que los costos totales de su medicamento alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Nivel 6 (medicamentos selectos) Usted paga \$0 por receta. Una vez que los costos totales de su medicamento alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Cambio de nombre del programa de recompensas	Healthy CHOICE, Healthy You (Elección saludable, vida saludable)	Programa de recompensas para miembros

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Recompensas y actividades del programa de recompensas	Las actividades de salud elegibles y la información sobre el monto de recompensa se enviaron por correo a su hogar.	Actividades de salud elegibles y montos de recompensa actualizados. Se le enviará más información por correo a su hogar.
Tarjeta del programa de recompensas	La primera vez que complete una actividad de salud, le enviaremos una tarjeta de regalo MasterCard® recargable como recompensa.	Cuando complete una actividad de salud, le enviaremos una tarjeta de regalo como recompensa.
Proveedor de productos de venta libre (OTC)	Los productos OTC están disponibles a través de DrugSource.	Los productos OTC están disponibles a través de Convey. Se emitirá un catálogo actualizado con información sobre cómo hacer pedidos.

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

Sección 4.1: si desea permanecer 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 durante 2023, pero, si desea cambiar de planes, 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, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2023*, 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 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Los ejemplos de quienes pueden hacerlo son 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 mudan fuera del área de servicios.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2023 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 2023.

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 ayuda sobre 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 su 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.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus 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.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 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 personas de la tercera edad (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para conocer más sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre 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. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm. (oct. – marzo.) y los días de semana, de 8 am a 8 pm. (abr. – sept.). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2023* (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 2023. Para obtener detalles, busque VNS Health EasyCare en la *Evidencia de cobertura de 2023*. 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/2023-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. Como recordatorio, en nuestra página web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de servicios de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 8.2: cómo recibir 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). Encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare dentro de su área. Para ver información sobre planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You* (Medicare y usted) 2023

Lea el manual *Medicare & You* (Medicare y usted) 2023. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen 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.