



VNS Health Total (HMO D-SNP) ofrecido por VNS Health Medicare

Aviso anual de cambios para 2023

En la actualidad, está inscrito como miembro de VNSNY CHOICE Total. 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.**

En este documento, se 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-total. También puede llamarnos para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

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 Total.
- 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 Total (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 4.2 en la página 21 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 (TTY: 711) para obtener más información. Los horarios son los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (oct. – marzo.) y días laborables, 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

7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (oct. – marzo.) y 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 Asequible (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 Total

- 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 Total.

H5549_2023 Total ANOC_M Accepted 08312022

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 bolsillo	8
Sección 2.3: cambios en la red de servicios de proveedores y farmacias	9
Sección 2.4: cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 2.5: cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.....	16
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	19
SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir.....	21
Sección 4.1: si desea permanecer en VNS Health Total	21
Sección 4.2: si desea cambiarse de plan	21
SECCIÓN 5 Cambio de plan	22
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	22
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	23
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	24
Sección 8.1: cómo recibir ayuda de VNS Health Total.....	24
Sección 8.2: cómo recibir ayuda de Medicare.....	25
Sección 8.3: cómo recibir ayuda de Medicaid.....	25

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para VNS Health Total en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 en concepto de deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones del paciente.

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.</p>	Prima del plan de \$0	Prima del plan de \$0
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$0 por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$0 por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Hospitalización del paciente</p>	<p>Copago de \$0 Deducible de \$0</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: Copago de \$0 Deducible de \$0</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Copago de \$0 Deducible de \$0</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: Copago de \$0 Deducible de \$0</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$480*</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), cualquiera de los siguientes: Copago de \$0</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es probable que usted no tenga que pagar ningún costo compartido. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>Deducible: \$505*</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), cualquiera de los siguientes: Copago de \$0</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es probable que usted no tenga que pagar ningún costo compartido. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>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).</p>	<p>Los servicios cubiertos por Medicare tienen un límite de \$7,550 para lo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto del monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Los servicios cubiertos por Medicare tienen un límite de lo que paga de su bolsillo de \$8,300.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto del monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

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

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

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)
<p>Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	<p>Sin cambios. Prima de \$0</p>	<p>Sin cambios. Prima de \$0</p>

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>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto del monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p style="text-align: center;">\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 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>	<p style="text-align: center;">\$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, proveedores de cuidados paliativos, 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

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

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)
<p>Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE) (son apoyos móviles de salud conductual centrados en la persona y orientados a la recuperación. Los servicios de CORE lo ayudan a aprender habilidades y volverse autosuficiente, lo que promueve y facilita la participación en la comunidad y la independencia).</p>	<p>No disponible</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Los servicios de CORE están disponibles para los miembros que cumplen con determinados requisitos clínicos. Cualquier persona puede ser remitida o autoremitirse a los servicios de CORE.</p> <p>Consulte el Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) o llame a su Equipo de atención para obtener más información o para determinar si es elegible para los servicios de CORE.</p>
<p>Servicios odontológicos</p>	<p>Copago de \$0 para cobertura odontológica integral. Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$1,500 por año.</p> <p>Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para obtener más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.</p>	<p>Copago de \$0 para cobertura odontológica integral. Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$3,000 por año.</p> <p>Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para obtener más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Flex	<p>Copago de \$0</p> <p>Un beneficio de \$750 con tarjeta de débito Mastercard® (\$187.50 por trimestre). Se puede usar para pagar artículos o servicios asociados con servicios dentales, de acondicionamiento físico, de audición o de la vista. Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles. El saldo de la tarjeta se transfiere después de cada trimestre, pero debe usarse antes del final del año calendario (del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022).</p> <p>Consulte su Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Un beneficio de \$750 con tarjeta de débito precargada para usar durante el año. Durante el primer trimestre del año (de enero a marzo), puede usar un máximo de \$187.50 para pagar artículos o servicios elegibles. A partir de abril hasta diciembre, puede usar \$62.50 por mes para pagar artículos o servicios elegibles. El saldo de la tarjeta se transfiere después de cada período de acumulación, pero debe usarse antes del final del año calendario (del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023).</p> <p>La tarjeta de beneficios puede usarse para pagar artículos o servicios asociados con servicios dentales, de audición o de la vista. Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles.</p> <p>Consulte su Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para obtener más información.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Audición	<p>Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan cubre exámenes de audición de rutina, uno por año; evaluaciones y pruebas para audífonos. \$700 cada tres años, con un audífono para cada oído.</p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Nuestro plan cubre exámenes de audición de rutina, uno por año; evaluaciones y pruebas para audífonos. \$750 cada tres años, con un audífono para cada oído.</p> <p>Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>
Centro de cuidados paliativos	<p>La asignación de sustento para cuidados paliativos no está cubierta.</p>	<p>Usted paga \$0 por un programa de centros de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p> <p>No existe un límite para este beneficio, siempre que continúe cumpliendo con los criterios de elegibilidad.</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> <p>La asignación es un beneficio complementario que permite la compra de bienes o servicios que sus beneficios del plan de salud no cubren.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Centro de cuidados paliativos (continuación)</p>		<p>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 son, entre otros, dispositivos/modificaciones de seguridad en el baño y el hogar; apoyo para cuidadores de personas inscritas, etc.</p> <p>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)
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico, hospital general, unidad psiquiátrica de un hospital de atención de urgencia, centro de atención a corto plazo [STCF] u hospital de acceso crítico).</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Todos los miembros tienen cobertura del plan para la hospitalización por casos agudos en un hospital general, independientemente del diagnóstico del ingreso o el tratamiento.</p> <p>Salvo en casos de emergencia, el proveedor de atención médica debe informar al plan de su ingreso en el hospital.</p>
<p>Servicios móviles para crisis (evaluación telefónica o respuesta del equipo de crisis móvil); estabilización de crisis domiciliaria a corto plazo (para crisis de salud mental)</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Cualquier proveedor aprobado de crisis móvil o autorizado de crisis domiciliaria en el estado de Nueva York</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Atención de salud mental ambulatoria (incluidos, entre otros, la asistencia psicológica y terapia clínicas, el apoyo entre pares, la rehabilitación psicosocial, el manejo de medicamentos, la educación psicológica familiar y los modelos de atención intensiva ambulatoria).</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Los servicios pueden estar a cargo de cualquier agencia de proveedores autorizada, designada o aprobada por la OMH, o un psiquiatra autorizado a nivel estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista clínico en enfermería, enfermera facultativa, asociado médico, psiquiatra de la <i>Independent Practitioner Network (IPN)</i>, psicólogo o enfermera de práctica avanzada (APN), u otro profesional calificado de salud mental según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p> <p>Llame a su Equipo de atención o consulte el Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) para obtener más información.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) y compras</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$180 por mes para productos de venta libre y artículos de compras. También puede utilizar este beneficio para que le envíen productos frescos y alimentos directo a su hogar. No se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$232 por mes para productos de venta libre y artículos de compras. También puede utilizar este beneficio para que le envíen productos frescos y alimentos directo a su hogar. No se requiere autorización previa.</p> <p>El beneficio de comestibles forma parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican.</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 \$0 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.

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 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 medicamentos de la Parte D hasta que llegue a su deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$480.</p> <p>Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible podría ser de \$0*. Consulte el inserto separado, la Cláusula adicional LIS, para conocer el monto de su deducible.</p>	<p>El deducible es \$505.</p> <p>Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible podría ser de \$0*. Consulte el inserto separado, la Cláusula adicional LIS, para conocer el monto de su deducible.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>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>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): copago de \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0</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>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): copago de \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días.</i>	<i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días.</i>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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>Una vez que los costos totales de su medicamento alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</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>

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
<p>Cambio de nombre del programa de recompensas</p>	<p>Healthy CHOICE, Healthy You (Elección saludable, vida saludable)</p>	<p>Programa de recompensas para miembros</p>
<p>Recompensas y actividades del programa de recompensas</p>	<p>Se envió por correo a su hogar información sobre el monto de recompensa y las actividades de salud elegibles.</p>	<p>Actividades de salud elegibles y montos de recompensa actualizados. Se le enviará más información por correo a su hogar.</p>

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Tarjeta del programa de recompensas	La primera vez que complete una actividad de salud, le enviaremos una tarjeta Mastercard® recargable de regalo 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.
Área de servicio	El área de servicio incluye los condados del Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Suffolk y Westchester.	El área de servicio incluye los condados de Albany (aprobación del Departamento de Salud [DOH] pendiente), Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Rensselaer (aprobación del DOH pendiente), Schenectady (aprobación del DOH pendiente), Suffolk y Westchester.

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

Sección 4.1: si desea permanecer en VNS Health Total

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 hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en VNS Health Total.

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 cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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* (Medicare y usted) 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. Se cancelará automáticamente su inscripción en VNS Health Total.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan nuevo de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en VNS Health Total.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene las siguientes posibilidades:

Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. 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.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Cambio 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 y Medicaid

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 en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden atender las preguntas o 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>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios del Programa Medicaid del Estado de Nueva York, llame al 1-800-541-2831 (TTY: 711). Pregunte cómo afectará inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare la forma en que recibe su cobertura del Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

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.** Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa de “Ayuda adicional”, también conocido como Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de los medicamentos recetados, algunos deducibles anuales y coseguros. Como usted reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
 - 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 que 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 Total

¿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. – marzo.) y días laborables, 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 Total 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 en vnshealthplans.org/2023-total. 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 sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) 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). Contiene 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.

Sección 8.3: cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831 (TTY: 711).