



VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP) ofrecido por VNS Health Medicare

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP). 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/2024-ecp. 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 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 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) 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 une a otro plan para el 7 de diciembre de 2023, permanecerá en VNS Health EasyCare Plus.
- 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en VNS Health EasyCare Plus.
- 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 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 para obtener más información.

Acerca de VNS Health EasyCare Plus

- VNS Health Medicare es una organización de Medicare Advantage que tiene contratos con Medicare y Medicaid y 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 Plus.
-

H5549_2024 ECP ANOC_M Accepted 09022023

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 Plus en 2024..... 10

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año..... 10

 Sección 2.1: Cambios en la prima mensual.....10

 Sección 2.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo10

 Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias11

 Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos12

 Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D18

SECCIÓN 3 Cambios administrativos..... 21

SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir 22

 Sección 4.1: Si desea permanecer en VNS Health EasyCare Plus.....22

 Sección 4.2: Si desea cambiarse de plan22

SECCIÓN 5 Cambio de plan..... 23

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid..... 24

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 25

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas? 26

 Sección 8.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare Plus.....26

 Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare27

 Sección 8.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid.....27

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para VNS Health EasyCare Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 en concepto de deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones del paciente.

El costo compartido de la tabla muestra su costo compartido después de que Medicaid paga los copagos, el coseguro y los deducibles de VNS Health EasyCare Plus en su nombre. Si en algún momento pierde su cobertura de Medicaid o su cobertura de Medicaid caduca, usted es responsable de este costo compartido durante su inelegibilidad para Medicaid y su proveedor puede facturarle.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan*	Prima del plan de \$38.90	Prima del plan de \$48.70
* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.		
Deducible	\$0 Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.	\$230* excepto para la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
* Este monto puede cambiar.		

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Visitas al consultorio del médico	<p>Visitas de atención primaria: coseguro del 0% al 20% por visita</p> <p>Visitas al especialista: coseguro del 0% al 20% por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: coseguro del 0% al 20% por visita</p> <p>Visitas al especialista: coseguro del 0% al 20% por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Hospitalización del paciente	<p>Coseguro del 0% o deducible de \$1,556 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: coseguro de \$0 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: coseguro de \$389 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 en adelante: coseguro de \$778 por cada día de reserva de por vida después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados: Copago de \$0 Deducible de \$0</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Estos son los montos de costos compartidos de 2023 y pueden cambiar para 2024. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p> <p>Coseguro del 0% o deducible de \$1,600 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: coseguro de \$0 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: coseguro de \$400 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 en adelante: coseguro de \$800 por cada día de reserva de por vida después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados: Copago de \$0 Deducible de \$0</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continúa en la página siguiente) (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0 o \$505* * Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), cualquiera de los siguientes: Copago de \$0; o copago de \$1.45; o copago de \$4.15; o coseguro del 15%.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0; o copago de \$4.30; o copago de \$10.35; o coseguro del 15%.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p> <p>Por cada receta, usted paga el monto que sea mayor entre: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un</p>	<p>Deducible: \$0 o \$545* * Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), cualquiera de los siguientes: Copago de \$0; o copago de \$1.55; o copago de \$4.50.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0; o copago de \$4.60; o copago de \$11.20.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>copago de \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y de \$10.35 para todos los demás medicamentos.</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>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 \$8,300 para lo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, 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 \$8,850 para lo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, 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 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en VNS Health EasyCare Plus en 2024

Si no hace nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en VNS Health EasyCare Plus. 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 Plus. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare y recibir su cobertura de medicamentos recetados a través del plan de medicamentos recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

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)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	Prima del plan de \$38.90	Prima del plan de \$48.70

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>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez el monto máximo que pagan de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos y los deducibles 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 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 nuestra página web en 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 proveedores para el próximo año. **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, 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 Medicare.

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)
Acupuntura	Usted paga un copago de \$0 por visita, hasta 30 visitas por año. Requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por visita, hasta 30 visitas por año. No se requiere autorización previa.
Atención de emergencia	Usted paga un coseguro del 20% por visita y un copago máximo de \$20.	Usted paga un coseguro del 20% por visita y un copago máximo de \$100.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Flex	El beneficio de Flex no está cubierto.	<p>Un beneficio de \$350 en la tarjeta de débito precargada para usar durante el año. Durante el primer trimestre del año (de enero a marzo), puede usar un máximo de \$89 para pagar artículos o servicios elegibles. A partir de abril hasta diciembre, puede usar \$29 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 2024 al 31 de diciembre de 2024).</p> <p>La tarjeta de beneficios se puede usar para pagar ciertos servicios públicos (electricidad, gas, internet y teléfono). También se puede usar para pagar artículos o servicios que superen el máximo cubierto para servicios dentales (servicios de diagnóstico y de restauración, prostodoncia, otra cirugía maxilofacial), de audición (audífonos de todos los tipos) o de la vista (anteojos; lentes y marcos). Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles.</p> <p>Consulte su Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios auditivos</p>	<p>2 audífonos complementarios cada tres años.</p> <p>El límite de cobertura de nuestros planes es de \$1,400 para audífonos complementarios, limitado a \$700 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 \$1,400 para audífonos complementarios, limitado a \$700 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>Cuidados en centros para enfermos terminales</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Período de atención simultánea de transición:</p> <p>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 abordando 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 un mes después de elegir el centro para enfermos terminales, solo si elige un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red.</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>	<p>Copago de \$0</p> <p>Período de atención simultánea de transición:</p> <p>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 abordando 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 60 días después de elegir el centro para enfermos terminales, solo si elige un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red.</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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Comidas (después del alta)</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>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p>Sin coseguro</p>
<p>Tarjeta de productos de venta libre (OTC) y comestibles</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$160 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.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>El beneficio de comestibles forma parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$225 por mes para productos de venta libre y comestibles. También puede utilizar este beneficio para que le envíen productos frescos y alimentos directo a su hogar.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>El beneficio de comestibles forma parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Centro de enfermería especializado (SNF)</p>	<p>No se aplica un deducible anual por categoría de servicio.</p> <p>\$0 por los primeros 20 días de cada período de beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 por día por los días 21 a 100 de cada período de beneficios. • Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios. <p>Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Requiere autorización previa.</p>	<p>No se aplica un deducible anual por categoría de servicio.</p> <p>En el 2023, los montos para cada período de beneficio eran de \$0 por los primeros 20 días de cada período de beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 por día por los días 21 a 100 de cada período de beneficios. • Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios. <p>Estos montos pueden cambiar en 2024.</p> <p>Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p> <p>Requiere autorización previa.</p>
<p>Podiatría de rutina</p>	<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>
<p>Servicios de la vista</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la vista de rutina por año. • 1 examen de la vista para anteojos cada 2 años. <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"> • 1 examen de la vista de rutina por año. • 1 examen de la vista de rutina adicional cada 2 años. <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>

Sección 2.5: Cambios en la cobertura de 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.

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 sus medicamentos pasaron a un nivel de costo compartido 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>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. 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>Su deducible es de \$0 o \$505, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Consulte el inserto separado, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible.</p>	<p>Su deducible es de \$0 o \$545, dependiendo del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Consulte la “Cláusula adicional LIS” separada, para conocer el monto de su deducible.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (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>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>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga: Copago de \$0; o copago de \$1.45; o copago de \$4.15; o coseguro del 15%.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga: Copago de \$0; o copago de \$4.30; o copago de \$10.35; o coseguro del 15%.</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>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):</p> <p>Usted paga: Copago de \$0; o copago de \$1.55; o copago de \$4.50.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga: Copago de \$0; o copago de \$4.60; o copago de \$11.20.</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>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Suministros para pedidos por correo y minoristas estándar	Suministro para 90 días de todos los medicamentos, excepto los medicamentos especializados.	Suministro para 100 días de todos los medicamentos, excepto los medicamentos especializados.

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

Las otras dos etapas de cobertura de 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)
Programa de recompensas para miembros	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.

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Área de servicios	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 Decidir qué plan elegir

Sección 4.1: Si desea permanecer en VNS Health EasyCare Plus

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 EasyCare Plus.

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 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, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *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 **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en VNS Health EasyCare Plus.
- 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 EasyCare Plus.
- Para **cambiarse 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 2024.

¿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.

Debido a que usted tiene Medicaid del estado de Nueva York, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

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 de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de 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 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 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 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 responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el HIICAP visitando su sitio 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 a Medicaid del estado de Nueva York 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 Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas. 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 tiene un programa llamado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia de seguros de salud.
- **Asistencia con los costos compartidos 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 Plus

¿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 detalles, busque VNS Health EasyCare Plus en la *Evidencia de cobertura de 2024*. 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-ecp. 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 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). 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 la información sobre los planes, visite 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.

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).