



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

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de VNS Health Total. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en vnshealthplans.org/2024-total. También puede llamarnos para solicitarnos 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 las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho 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 el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista la parte posterior de su manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Una vez que haya reducido sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en VNS Health Total.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en VNS Health Total.
- Consulte la Sección 4.2, página 17, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó, actualmente vive o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (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 (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio 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 este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a los planes de salud de VNS Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a VNS Health Total.

H5549_2024 Total ANOC_M Accepted 09182023

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 Total en 2024	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	7
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
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	14
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir.....	19
Sección 4.1: Si desea seguir inscrito en VNS Health Total	19
Sección 4.2: Si desea cambiarse de plan	19
SECCIÓN 5 Cambio de plan	20
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	21
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	21
SECTION 8 ¿Tiene preguntas?.....	22
Sección 8.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health Total	22
Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	23
Sección 8.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	24

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para VNS Health Total en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de 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	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.</p>	<p>Prima del plan de \$0.</p>	<p>Prima del plan de \$0.</p>
<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 con los costos compartidos 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 con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
<p>Pacientes hospitalizados en un hospital</p>	<p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$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 para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Sin copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para medicamentos genéricos, de marca y especializados.</p> <p>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>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>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>Deducible: \$0</p> <p>Sin copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial para medicamentos genéricos, de marca y especializados.</p> <p>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>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>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>Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos Servicios de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$0</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>	<p>\$0</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 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en VNS Health Total en 2024

Si no hace nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en VNS Health Total. Esto significa que a partir del 1 de enero de 2024, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de VNS Health Total. Si desea cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un 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).	Sin cambios. Prima de \$0	Sin cambios. Prima de \$0

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 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 por 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 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>\$0</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Una vez que haya pagado \$0 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar más nada por los servicios cubiertos para el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en vnshealthplans.org/providers. 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.) se encuentran en nuestra red.

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

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 y Medicaid.

El próximo año haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Flex	<p>Beneficio de \$750 para el año, cargados previamente en una tarjeta de débito. 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). Consulte su Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) para obtener más información.</p>	<p>Beneficio de \$760 para el año, cargados previamente en una tarjeta de débito. Durante el primer trimestre del año (de enero a marzo), puede usar un máximo de \$193 para pagar artículos o servicios elegibles. A partir de abril hasta diciembre, puede usar \$63 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 ayudar a pagar ciertos servicios públicos (electricidad, gas, internet y teléfono). La tarjeta de beneficios también se puede usar para cubrir artículos o servicios que superen el monto máximo cubierto para servicios dentales (servicios dentales de diagnóstico y restauración dental, prostodoncia, otra cirugía maxilofacial), audición (audífonos: todos los tipos) o Visión (anteojos: lentes y marcos). Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles. Consulte su Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) para obtener más información.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Audición	<p>2 audífonos complementarios cada tres años.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$1,500 para audífonos complementarios limitados a \$750 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>Límite de cobertura del plan de \$1,500 para audífonos complementarios limitados a \$750 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: Si es elegible para un centro para enfermos terminales y elige uno, puede ser elegible para la atención simultánea de transición (TCC). La TCC incluye servicios necesarios para seguir atendiendo las necesidades de atención, según sea médicamente apropiado, para el tratamiento de su afección terminal. Estos servicios ayudan a proporcionar una transición a los cuidados para enfermos terminales y pueden incluir la reducción gradual de un tratamiento curativo específico con el tiempo. La TCC requiere autorización previa y está disponible hasta 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: Si es elegible para un centro para enfermos terminales y elige uno, puede ser elegible para la atención simultánea de transición (TCC). La TCC incluye servicios necesarios para seguir atendiendo las necesidades de atención, según sea médicamente apropiado, para el tratamiento de su afección terminal. Estos servicios ayudan a proporcionar una transición a los cuidados para enfermos terminales y pueden incluir la reducción gradual de un tratamiento curativo específico con el tiempo. La TCC requiere autorización previa y está disponible hasta 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>Requiere autorización previa.</p> <p>Consulte su Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) para obtener más información.</p>
<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 \$232 por mes para artículos de venta libre y comestibles. 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 para comestibles es parte de un programa complementario especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$266 por mes para artículos de venta libre y comestibles. 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 para comestibles es parte de un programa complementario especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Podiatría de rutina	Usted paga un copago de \$0 por visita, hasta 6 visitas por año. Requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por visita, hasta 6 visitas por año. No se requiere autorización previa.
Vista	Usted paga un copago de \$0. <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. Un examen de la vista de rutina es para verificar la visión, detectar enfermedades oculares o actualizar las prescripciones de anteojos o lentes de contacto.	Usted paga un copago de \$0. <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. Un examen de la vista de rutina es para verificar la visión, detectar enfermedades oculares o actualizar las prescripciones de anteojos o lentes de contacto.

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”. En nuestra página web, www.vnsnychoice.org/totalformulary, podrá encontrar un formulario actualizado. También puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información actualizada sobre medicamentos o para solicitarnos que le enviemos un formulario por correo.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus**

medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento ha sido trasladado 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 eliminar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar 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. Dado que recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con el paquete, llame a su Equipo de Atención de CHOICE y solicite la Cláusula adicional LIS.

Hay 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 las vacunas para viajes.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</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.</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>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno 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: un copago de \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga: un copago de \$0</p> <p><i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días.</i></p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos 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: un copago de \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga: un copago de \$0</p> <p><i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días.</i></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>

Suministro estándar de pedidos por correo y minoristas	Formulario de varios niveles.	Formulario de un solo nivel.
	Suministro para 90 días para todos los niveles, excepto los medicamentos especializados de Nivel 5.	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 para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

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

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *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.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1: Si desea seguir inscrito 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 el próximo año, pero si desea cambiar para 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, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea 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 **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en VNS Health Total se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el plan nuevo de medicamentos. Su inscripción en VNS Health Total 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. 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 cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Debido a que usted tiene Medicaid 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 recientemente se mudó, actualmente vive o acaba de mudarse de una institución (como un centro 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 (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin

una cobertura separada para 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 la página web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid de Nueva York, llame al 1-800-541-2831 (TTY: 711). Pregunte si inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la forma en que recibe su cobertura de Medicaid 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 cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia 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 con los costos compartidos 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.

SECTION 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. – mar.) y los días laborables, de 8 am a 8 pm (abr. – sept.). Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para VNS Health Total. 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/2024-total. También puede llamar a su equipo de atención para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

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

Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You 2024 (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, 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 a Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831 (TTY: 711).