

VNS Health EasyCare (HMO) ofrecido por VNS Health Medicare

Aviso anual de cambios para 2027

Está inscrito como miembro de VNS Health EasyCare.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2026, permanecerá en VNS Health EasyCare.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2027* (Medicare y usted).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en vnshealthplans.org/ec-eoc o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

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

Acerca de VNS Health EasyCare

- VNS Health Medicare es una organización de Medicare Advantage con contratos con Medicare y Medicaid que ofrece planes HMO D-SNP y HMO. La inscripción en VNS Health Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a VNS Health Medicare. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VNS Health EasyCare.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en VNS Health EasyCare.** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de VNS Health EasyCare. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	5
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	13
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan.....	14
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para realizar un cambio?	14
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados	15
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	16
Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare	16
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	17
Obtener ayuda de Medicare.....	17

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$25	\$25
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$9,250	\$9,850
Consultas con un médico de atención primaria	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
Visitas al consultorio del especialista	Copago de \$35 por visita	Copago de \$35 por visita
Hospitalización del paciente Incluye varias hospitalizaciones para pacientes, como atención aguda, de rehabilitación y a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que lo admiten formalmente con la orden de un médico y finaliza el día antes de que le den de alta.	Días 1 a 5: copago de \$400 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.	Días 1 a 5: copago de \$490 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$500 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: - Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0 - Nivel 2 de medicamentos: copago de \$20	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$650 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0 Nivel 2 de medicamentos: copago de \$20
	- Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 No paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 No paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 No paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 No paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
	- Nivel 5 de medicamentos: 27% del costo total No paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. - Nivel 6 de medicamentos: copago de \$0 Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Nivel 5 de medicamentos: 26% del costo total No paga más de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 6 de medicamentos: copago de \$0 Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$25	\$25 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía - La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener la Parte D u otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.

- Recargo por ingresos más altos - Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda adicional - La prima mensual de su plan será *menor* si recibe Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre la Ayuda adicional de Medicare.

Sección 1.2 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 haya pagado 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 calendario.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta 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.	\$9,250	\$9,850 Una vez que haya pagado \$9,850 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.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 vnshealthplans.org/providers para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en vnshealthplans.org/providers.
- Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Durante el año, podemos realizar cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja de estar en nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la que acuda. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 vnshealthplans.org/providers para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red de servicios. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en vnshealthplans.org/providers.
- Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información actualizada sobre las farmacias o solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Durante el año, podemos realizar cambios en las farmacias que son parte de nuestro plan. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Acupuntura	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por cada visita de acupuntura de rutina (20 visitas cada año).	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por cada visita de acupuntura de rutina (10 visitas cada año).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$250 por cada servicio de ida de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Copago de \$250 por cada servicio de ida de ambulancia aérea cubierto por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$300 por cada servicio de ida de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Copago de \$300 por cada servicio de ida de ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Servicios auditivos	Monto máximo de cobertura del plan de \$750 cada 3 años (por oído) para audífonos recetados.	Monto máximo de cobertura del plan de \$500 cada 3 años (por oído) para audífonos recetados.
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare, Días 1 a 5: copago de \$400 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare, Días 1 a 5: copago de \$490 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones de salud mental cubiertas por Medicare, Días 1 a 5: copago de \$300 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.	<u>Dentro de la red</u> Para hospitalizaciones de salud mental cubiertas por Medicare, Días 1 a 5: copago de \$400 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Para servicios de radiología diagnóstica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), copago de \$110.	<u>Dentro de la red</u> Para servicios de radiología diagnóstica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), copago de \$145.
Productos de venta libre	Monto máximo de cobertura del plan de \$107 cada 3 meses para productos de venta libre (OTC).	Monto máximo de cobertura del plan de \$50 cada 3 meses para productos de venta libre (OTC).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Beneficios de telesalud (adicionales)	<u>Dentro de la red</u> Se requiere autorización previa para los beneficios de telesalud adicionales.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere autorización previa para los beneficios de telesalud adicionales.
Servicios de transporte (de rutina)	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por los servicios de transporte de rutina (11 viajes de ida y vuelta cada año a sitios relacionados con la salud aprobados por el plan) en taxi, servicios de viaje compartido, autobús/metro, furgoneta y transporte médico.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por los servicios de transporte de rutina (5 viajes de ida y vuelta cada año a sitios relacionados con la salud aprobados por el plan) en taxi, servicios de viaje compartido, autobús/ metro, furgoneta y transporte médico.
Cuidado de la vista	Monto máximo de cobertura del plan de \$300 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare.	Monto máximo de cobertura del plan de \$200 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos 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 y la publicamos en línea en vnshealthplans.org/formulary.

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

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afecte el acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso.

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 persona autorizada a dar recetas para averiguar sus opciones, tales como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D que no se aplique a usted.** Hemos incluido material separado, llamado *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), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibió este material con este paquete, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de los medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos genéricos de Nivel 2, medicamentos de marca preferidos de Nivel 3, de marca no preferidos de Nivel 4 y de nivel de especialidad de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo compartido de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que los costos totales de los medicamentos del año hasta la fecha alcancen \$2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago de los medicamentos. En esta etapa, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Tampoco paga nada por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Deducible anual	\$500 Durante esta etapa, usted paga un costo compartido por el copago de \$0 por los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1, los medicamentos selectos de Nivel 6 y el costo total de los medicamentos genéricos de Nivel 2, de marca preferidos de Nivel 3, de marca no preferidos de Nivel 4, de especialidad de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	\$650 Durante esta etapa, usted paga un costo compartido por el copago de \$0 por los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1, los medicamentos selectos de Nivel 6 y el costo total de los medicamentos genéricos de Nivel 2, de marca preferidos de Nivel 3, de marca no preferidos de Nivel 4, de especialidad de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo por receta por un suministro para un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo; o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos genéricos preferidos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Copago de \$0	Copago de \$0
Medicamentos genéricos:	copago de \$20	Copago de \$20
Medicamentos de marca preferidos:	copago de \$47	Copago de \$47
Medicamentos de marca no preferidos:	Copago de \$100	Copago de \$100
Nivel de especialidad:	27% del costo total	26% del costo total
Medicamentos selectos:	Copago de \$0	Copago de \$0

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Programa de incentivos para miembros	El programa de incentivos para miembros tiene actividades y montos de incentivos desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.	<i>El programa de incentivos para miembros incluirá una nueva actividad de salud y montos de recompensas actualizados a partir del 1 de enero de 2027.</i>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en VNS Health EasyCare, no debe hacer nada. A menos que se registre en un plan diferente o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en VNS Health EasyCare.

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Su inscripción en VNS Health EasyCare se cancelará de forma automática. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiarse a Original Medicare con la cobertura de medicamentos de Medicare por separado**, puede inscribirse en un plan de la Parte D y se cancelará de forma automática su inscripción en VNS Health EasyCare.
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual *Medicare & You 2027* (Medicare y usted), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage con vigencia a partir del 1 de enero de 2027 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 separada) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para realizar un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o abandonan la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Si hace poco se ha mudado a una institución 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 (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin una cobertura separada de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica (SPAP) de su estado.** El estado de 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 sobre seguros de salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.
- **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. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de falta o insuficiencia de seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la ayuda con el costo compartido para los

medicamentos recetados a través de los Programas de cuidado para personas sin seguro del estado de New York (incluido el ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame a los Programas de cuidado para personas sin seguro del estado de New York (incluido el ADAP) al 1-800-542-2437. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o ingrese en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare

- **Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444. (TTY: 711).**

Estamos disponibles para atender su llamado los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.) Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura de 2027***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la Evidencia de cobertura de 2027 de VNS Health EasyCare. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en vnshealthplans.org/ec-eoc o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite vnshealthplans.org/ec-eoc**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP).

Llame al HIICAP para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Llame al HIICAP al 1-800-701-0501.

Obtener ayuda de Medicare

- **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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2027* (Medicare y usted)**

El manual *Medicare & You 2027* (Medicare y usted) se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. 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. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.