



PLANES DE SALUD

VNS Health EasyCare (HMO)

2027

Resumen de beneficios

Representante de ventas

Teléfono

Correo electrónico

es.vnshealthplans.org



Breve descripción de los beneficios

VNS Health EasyCare (HMO) es un plan Medicare Advantage que ofrece más que el servicio regular de Medicare e incluye beneficios adicionales. Además, ofrece acceso fácil a servicios para llevar una vida saludable, junto con el apoyo personal de su equipo de gestión de la atención.

*Cubierto por la Cláusula adicional para subsidio por bajos ingreso (LIS) si recibe Ayuda adicional. Si pierde la Ayuda adicional, su prima mensual podría ser \$25.



Más beneficios que Medicare regular

\$0

\$0 de prima mensual del plan (Parte C)*



Tan bajo como \$0 para la prima mensual de la Parte D*



\$50/trimestre por artículos de venta libre (OTC)



\$2,500/año para la atención dental integral e implantes



\$200/año para anteojos



\$1,000/3 años para audífonos



Acupuntura, podología y más



5 viajes de ida y vuelta por año a centros de atención médica aprobados



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios que cubre VNS Health EasyCare. Incluye respuestas a las preguntas frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de VNS Health EasyCare. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Breve descripción de los beneficios	2
B. Información útil	4
C. Recursos de Ayuda adicional	5
D. Tabla de subsidio por bajos ingresos.....	7
E. Descargos de responsabilidades y descripción general del plan	8
F. Resumen de los servicios	10
G. Lista de servicios cubiertos	11
H. Preguntas frecuentes (FAQ).....	29
I. Definiciones útiles	32
J. Resumen de beneficios dentales.....	33
K. Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) ...	34
L. Aviso de asistencia lingüística	35
M. Recursos para los miembros.....	37
N. Lista de verificación previa a la inscripción	38



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Información útil

Su Equipo de atención

1-866-783-1444 (TTY: 711)

7 días de la semana, 8 am – 8 pm
(oct. – mar.) días laborables, 8 am
– 8 pm (abr. – sep.)



Fecha de entrada en vigencia del plan

Proveedor de atención primaria (PCP)

¿Le interesa inscribirse? Llame al:

1-866-414-6715 (TTY: 711)

Los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm, del 1 de octubre de 2026 al 31 de marzo de 2027.

Los días laborables, de 8 am a 8 pm, del 1 de abril de 2027 al 30 de septiembre de 2027.

Directorio de proveedores y farmacias

La mejor forma de encontrar un médico, un especialista o una farmacia en la red de servicios del plan es visitar

vnshealthplans.org/providers.

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)

El *Formulario* es una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Para encontrar el *Formulario*, visite vnshealthplans.org/formulary.

Medicare & You (Medicare y usted)

Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para visualizar el manual en línea o solicite una copia llamando a **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048). También puede descargar una copia visitando el siguiente enlace: [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

C. ¿Necesita ayuda financiera adicional?

Los beneficiarios de Medicare cuya situación se encuadra dentro de ciertos límites en cuanto a ingresos y recursos pueden calificar para ingresar en los siguientes programas de asistencia financiera:

	Programas de Ahorros Medicare (Medicare Savings Programs, MSP) Administrados por el estado de NY	Ayuda adicional/Subsidio por bajos ingresos (Extra Help/Low Income Subsidy, LIS) Administrado por la Administración del Seguro Social	Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program, EPIC) Administrado por el estado de NY
Cómo ayuda este programa a pagar sus costos médicos	• Todos los programas pagan la prima de la Parte B. • Algunos programas pagan la prima de la Parte A (en caso de ser necesario). • Algunos programas pagan los copagos y coseguros de Medicare.	• Paga las primas mensuales de la Parte D de Medicare. • Ayuda a disminuir los copagos o coseguros de la Parte D de Medicare.	• Paga algunas primas de la Parte D y ahorra más dinero del costo de sus medicamentos con receta médica.
¿Es usted elegible para otros programas?	Los beneficiarios de Programas de Ahorros Medicare (MSP) calificarán en forma automática para Ayuda adicional. Algunos beneficiarios de MSP también tendrán ingresos que permitan incluirlos en Medicaid.	Algunos beneficiarios que obtienen Ayuda adicional pueden ser incluidos en Medicaid o MSP.	Algunos beneficiarios del EPIC también tendrán ingresos que permitan incluirlos en Ayuda adicional (Extra Help).



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

¿Necesita ayuda financiera adicional? (continuación)

	Programas de Ahorros Medicare (Medicare Savings Programs, MSP) Administrados por el estado de NY	Ayuda adicional/Subsidio por bajos ingresos (Extra Help/Low Income Subsidy, LIS) Administrado por la Administración del Seguro Social	Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program, EPIC) Administrado por el estado de NY
Para obtener más información, llame a VNS Health EasyCare 1-866-783-1444 (TTY: 711)	Departamento de Servicios Sociales de NYC: 1-718-557-1399	Administración del Seguro Social 1-800-772-1213	EPIC 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138)
	Departamento de Servicios Sociales de Westchester: 1-914-995-3333 Departamento de Servicios Sociales de Nassau: 1-516-227-8519		



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

D. Tabla de subsidio por bajos ingresos

Prima mensual del plan para personas que reciben Ayuda adicional de parte de Medicare para ayudarlos a pagar los costos de los medicamentos recetados

Si usted recibe Ayuda adicional de parte de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de sus medicamentos recetados, la prima mensual del plan será menor que la prima que usted debería pagar si no obtuviera Ayuda adicional de parte de Medicare.

Esta tabla muestra cuál será la prima mensual de su plan si obtiene Ayuda adicional.

Su nivel de Ayuda adicional	Prima para VNS Health EasyCare (HMO)**
100%	\$0.00
0%	\$25

Si usted no está recibiendo Ayuda adicional, llame para saber si califica:

- a) **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048)** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana),
- b) a la Administración de la Seguridad Social al **1-800-772-1213**; Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** entre **8 am y las 7 pm, de lunes a viernes.**

**Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que usted pueda tener que pagar.

La prima del plan VNS Health EasyCare incluye cobertura tanto para los servicios de salud como para los medicamentos recetados.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

E. Descargos de responsabilidades y descripción general del plan

Este es un resumen de los servicios de salud que cubre VNS Health EasyCare para 2027. Esto es solo un resumen. Lea la *Evidencia de cobertura* para ver la lista completa de beneficios. Si desea solicitar una copia impresa de la *Evidencia de cobertura*, llame a su Equipo de atención a los números que figuran en la parte inferior de esta página. O para acceder en línea, visite, **vnshealthplans.org/ec-eoc**.

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.

VNS Health EasyCare es una HMO de Medicare Advantage

(las siglas en inglés “HMO” significan Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

A fin de cumplir con los requisitos para nuestro plan, usted debe:

- Ser elegible para la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Residir en el área de servicio del plan: Condados de Albany, Bronx, Dutchess, Erie, Kings (Brooklyn), Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Onondaga, Orange, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Saratoga, Schenectady, Suffolk, Sullivan y Westchester en el New York State. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal, o no tener ciudadanía pero ser elegible.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.vnshealthplans.org**

Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en línea en la página web de Medicare [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048).

Esta información está disponible de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711) 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.) La llamada es gratuita.

Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.

This document is available for free in Spanish and Chinese.

本文件免費提供英文和西班牙文版本。

Durante su llamada de bienvenida, confirmaremos su idioma o preferencia de formato para correos y comunicaciones futuras. Si en algún momento necesita solicitar un cambio, comuníquese con su Equipo de atención.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

F. Resumen de los servicios

Prima mensual, deducible y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos.		
Prima mensual del plan, incluidas las primas de la Parte C y la Parte D	\$0 o \$25	Su prima mensual para la cobertura de medicamentos recetados depende de su nivel de subsidio por bajos ingresos (LIS) o Ayuda adicional. Los miembros con Ayuda adicional tendrán primas mensuales de \$0 y deducibles anuales de \$0. Si pierde la Ayuda adicional, su prima mensual podría ser \$25.
Deducible	\$0 o \$650	Si paga o no un deducible para la cobertura de medicamentos recetados depende de su LIS o de la Ayuda adicional. Los miembros con Ayuda adicional tendrán un deducible anual de \$0. Si pierde la Ayuda adicional total, el deducible de la Parte D será de \$650.
Máximo de bolsillo (MOOP)	\$9,850	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales sobre los costos que usted debe pagar con dinero de su bolsillo para atención médica y hospitalaria. El límite anual de su plan es el siguiente: \$9,850 por los servicios que recibe de proveedores de la red. Si alcanza el límite de los costos que paga de su bolsillo, el plan pagará la totalidad de los servicios médicos y hospitalarios cubiertos durante el resto del año. Todavía deberá seguir pagando sus primas mensuales.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

G. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es un resumen general de los servicios que puede necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Atención para pacientes hospitalizados en un hospital	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. Copago de \$0 para los días 91 en adelante.	Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centros de atención de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido servicios de atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el copago hospitalario para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Requiere autorización previa. Excepto en caso de emergencia, su proveedor de atención médica debe informarle al plan su ingreso en el hospital.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluido el tratamiento ambulatorio por parte de un médico o cirujano)	Copago de \$200	El plan cubre servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Requiere autorización previa.
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$110 por estadía	Requiere autorización previa.
Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Copago de \$200	Requiere autorización previa.
Consultas médicas (incluidas las consultas a los proveedores de atención primaria)	Copago de \$0	No se requiere autorización previa.
Atención especializada	Copago de \$35	No se requiere autorización previa.
Atención preventiva (atención para evitar que se enferme, como vacunas antigripales y otras inmunizaciones)	Copago de \$0	No se requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Servicios en la sala de emergencias	Copago de \$115	Puede ir a cualquier sala de emergencias cuando sea necesario. No es necesario que esté dentro de la red. No se requiere autorización previa. Tiene cobertura de hasta \$50,000 por año para recibir atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
Atención de urgencia	Copago de \$40	Servicios de urgencia dentro y fuera de los Estados Unidos. La atención de urgencia NO es atención de emergencias. No es necesario que esté dentro de la red. No se requiere autorización previa. Tiene cobertura de hasta \$50,000 por año para recibir atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
Servicios de diagnóstico y estudios por imágenes	Procedimientos/pruebas de diagnóstico (EEG): copago de \$50 Servicios radiológicos avanzados (tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [MRI]): copago de \$145	Se requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Servicios radiológicos	Radiografías para pacientes ambulatorios: copago de \$15	Requiere autorización previa.
Análisis de laboratorio, como análisis de sangre	Copago de \$0	Puede requerir autorización previa.
Pruebas de detección, como pruebas genéticas para detectar cáncer	Copago de \$0	Puede requerir autorización previa.
Examen auditivo	Copago de \$0	1 examen de rutina al año para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio. No se requiere autorización previa.
Audífonos	Copago de \$0 El límite de cobertura del plan es de \$1,000 para audífonos, limitado a \$500 por oído (uno derecho, uno izquierdo) cada 3 años.	El ajuste/la evaluación se limitan a uno por oído (uno derecho, uno izquierdo) cada tres años. El plan cubre los servicios y productos de audición cuando sean médicamente necesarios para aliviar las discapacidades auditivas. No se requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Atención dental	Copago de \$0	No hay un monto máximo de cobertura del plan para los servicios dentales de diagnóstico y preventivos. Monto máximo de cobertura del plan de \$2,500 cada año para servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los beneficios cubiertos por Medicare. Servicios dentales (que incluyen, entre otros, exámenes y limpiezas de rutina, radiografías, empastes, coronas, extracciones, tratamientos de conducto, dentaduras postizas, implantes y atención endodóntica y periodontal). No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista. Puede requerir autorización previa. Consulte la página 32 para obtener más información, incluida la cobertura dental preventiva.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Examen de la vista de rutina	Copago de \$0	1 examen de la vista de rutina por año. El examen de la vista de rutina es para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares. 1 examen de la vista de rutina adicional (cada 2 años). Examen de la vista para hacerse anteojos cada dos años. No se requiere autorización previa.
Anteojos o lentes de contacto	Copago de \$0	Los anteojos o lentes de contacto se limitan a un par cada 12 meses, salvo que sean médicamente necesarios. El costo de los lentes y marcos estándar se limita a \$200 para un par de anteojos o lentes de contacto, pero no para ambos. Los lentes estándar incluyen monofocales, bifocales o trifocales; no incluyen lentes especiales (es decir, de transición, tonalizados, progresivos, de policarbonato). Los lentes de contacto estándares incluyen los de uso cotidiano intensivo, los descartables, los de uso cotidiano estándar, los tóricos o los rígidos permeables al gas. No se requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Servicios de la salud mental o del comportamiento	Copago de \$0	El plan cubre los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Sesiones individuales o grupales. No se requiere autorización previa.
Atención hospitalaria para personas que necesitan servicios de la salud mental (ingreso voluntario o involuntario)	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.	90 días de internación hospitalaria. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. No obstante, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. Requiere autorización previa.
Centro de enfermería especializada	Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: • \$0 por los primeros 20 días de cada período de beneficios. Copago de \$218 por día para 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.	El plan cubre los días adicionales más allá de Medicare. No se requiere hospitalización previa. Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de enfermería especializada. Requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Terapia ocupacional, física o del habla	Copago de \$35	El plan cubre los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • visitas de fisioterapia; • visitas de terapia del habla y el lenguaje; y • visitas de terapia ocupacional. Requiere autorización previa.
Servicios de ambulancia	Copago de \$300	Los servicios de ambulancia deben ser médicamente necesarios. Se requiere autorización previa para los servicios que no sean de emergencia. No es necesario que esté dentro de la red.
Transporte a servicios de atención médica	Copago de \$0	Nuestro plan cubre 5 viajes de ida y de vuelta a sitios de rutina que no sean de emergencia aprobados por el plan para recibir atención y servicios médicos. Existe un beneficio máximo de \$100 por viaje de ida y vuelta. La cobertura incluye taxi, servicios de viaje compartido, autobús/metro, furgoneta y transporte médico. Requiere autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo total	Lea la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información sobre estos medicamentos. Requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continúa en la página siguiente)	Deducible: \$0 (si tiene LIS) o \$650 (sin LIS). Paga un deducible de \$0 por los medicamentos de Nivel 1, los medicamentos de Nivel 6, los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Los costos de la Parte D están determinados por el nivel de costo compartido de bajos ingresos (LICS) (Ayuda adicional) de la Parte D. Los medicamentos de nivel son genéricos o de marca. Consulte a continuación el desglose. Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro para 30 días): • Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0 • Nivel 2 de medicamentos: copago de \$20 Usted paga hasta \$20 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Es posible que haya limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte el <i>Formulario</i> de VNS Health EasyCare en vnshealthplans.org/formulary para obtener más información. VNS Health EasyCare puede exigirle que primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Esto suele denominarse tratamiento escalonado (ST). Algunos medicamentos tienen límites de cantidad (QL). Algunos medicamentos conocidos como opioides (comúnmente utilizados para el dolor) y otros (cuyo uso está restringido por Medicare) pueden requerir autorizaciones previas adicionales para confirmar el diagnóstico antes de cubrirlos. Algunos medicamentos requieren que acuda a determinadas farmacias. Estos medicamentos se indican en el <i>Formulario</i> como medicamentos especializados o de distribución limitada (LDD). El <i>Formulario</i> se publica en la página web del plan, así como en el Buscador de planes de medicamentos recetados de Medicare, en Medicare.gov



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	• Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 Usted paga hasta \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 Usted paga hasta \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: 26% del costo total Usted paga hasta \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 6 de medicamentos: copago de \$0 Usted paga \$0 por mes de suministro de cada	Puede obtener suministros a largo plazo a través de pedidos por correo o en una farmacia minorista. El monto que paga por los suministros a largo plazo (100 días) es el mismo para los suministros de un mes (30 días) (si tiene LIS). Se requiere autorización previa (PA) para ciertos medicamentos.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
	producto de insulina cubierto en este nivel.	
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Si tiene Ayuda adicional, tendrá 1 de 3 niveles. Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Si tiene LICS 1, los costos de la Parte D no superarán: • \$5.80 para medicamentos genéricos • \$14.40 para medicamentos de marca Si tiene LICS 2, los costos de la Parte D no superarán:	

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	• \$1.65 para medicamentos genéricos • \$5.00 para medicamentos de marca Si tiene LICs 3, los costos de la Parte D son de \$0 para todos los medicamentos, genéricos o de marca cubiertos. Para todos los miembros (con o sin Ayuda adicional) 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. El plan cubre ciertos medicamentos adicionales que normalmente no están cubiertos por la Parte D de Medicare, incluidas vitaminas seleccionadas y medicamentos para la tos. Consulte la <i>Evidencia de</i>	



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
	<i>cobertura</i> para obtener más información.	
Servicios de podiatría de rutina	Copago de \$0 por cuidado de rutina de los pies	Cuidado de rutina de los pies (hasta 6 consultas al año). No se requiere autorización previa.
Servicios de podiatría	Copago de \$25 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare	Servicios de podiatría cubiertos por Medicare Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes o cumple con ciertas condiciones. Los servicios de podiatría cubiertos por Medicare requieren autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Equipos médicos duraderos (DME) o suministros	Coseguro del 20%	El plan cubre sillas de ruedas, nebulizadores, muletas, andadores para rodillas, andadores, equipos y suministros de oxígeno, prótesis, dispositivos ortopédicos y calzado ortopédico, etc. Nota: Para obtener una lista completa de DME o suministros, llame a su Equipo de atención o lea la <i>Evidencia de cobertura</i> . Requiere autorización previa.
Acupuntura	Copago de \$0	Se cubren hasta 10 consultas al año. No se requiere autorización previa.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	Copago de \$0	Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare que cumplan con los criterios para dolor en la parte baja de la espalda. No se requiere autorización previa.
Servicios adicionales de telesalud (continúa en la página siguiente)	Copago de \$0 a \$200	Cubre los siguientes servicios: • Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (ASC); • Capacitación para el autocontrol de la diabetes



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Servicios adicionales de telesalud (continuación)		• Sesiones grupales para servicios de especialidad en salud mental • Sesiones grupales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Sesiones grupales para servicios de psiquiatría; • Sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental; • Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Sesiones individuales para servicios de psiquiatría; • Servicios de atención médica a domicilio; • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Servicios de terapia ocupacional; • Servicios del programa de tratamiento con opioides; • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios; • Servicios de médicos especialistas; • Servicios de fisioterapia y de patologías del habla y el lenguaje; • Servicios de médicos de atención primaria; • Servicios de urgencia; No se requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Suministros para la diabetes	Coseguro del 20%	Ascensia/Bayer Diabetes Care (Contour o Contour Next) es la marca elegida por el plan para los suministros de pruebas y control de la diabetes cuando se obtienen en una farmacia minorista de la red. Calzado y plantillas para afecciones relacionadas con la diabetes. Se requiere autorización previa.
Mayor control de enfermedades	Copago de \$0	Los servicios incluyen lo siguiente: • Visitas a domicilio por parte de un enfermero para evaluar las necesidades de salud, sociales y de seguridad en el hogar • Asistencia para encontrar médicos y programar citas. • Asistencia para tomar los medicamentos de la forma correcta • Conexiones con los recursos de la comunidad No se requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Membresía de gimnasio	Copago de \$0	Tiene cobertura para una membresía en el club de salud a través de SilverSneakers®, un programa de acondicionamiento físico diseñado para beneficiarios de Medicare. Esto incluye clases grupales de ejercicio en las instalaciones del club de salud participantes y en línea. Para obtener más información, visite silversneakers.com.
Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) (continúa en la página siguiente)	Copago de \$0	Recibirá un monto máximo de cobertura del plan de \$50 cada 3 meses para productos de venta libre (OTC). Este monto se cargará automáticamente en una tarjeta de débito llamada Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales). ¡Use la asignación de su tarjeta para comprar artículos de salud, como analgésicos, pasta de dientes, vendajes y más! Consulte el catálogo de OTC para obtener una lista de los artículos aprobados por el plan y las ubicaciones adheridas a la red de OTC, como tiendas de conveniencia, farmacias y supermercados.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (normas sobre beneficios)
Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) (continuación)		Los saldos restantes al final de cada trimestre no se trasladan al siguiente. Para obtener más información, consulte el Catálogo de OTC.
Comidas (después del alta)	Copago de \$0	Puede usar este beneficio para que le entreguen las comidas en su hogar después del alta hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos. Tiene cobertura para 28 comidas durante un período de 2 semanas, hasta un máximo de 3 internaciones hospitalarias por año. No se requiere autorización previa.

El resumen de beneficios anterior se proporciona solo con fines informativos y no es una lista completa de los beneficios. Llame a su Equipo de atención o lea la *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre otros servicios cubiertos.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

H. Preguntas frecuentes (FAQ)

En la tabla siguiente se enumeran las preguntas más frecuentes.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es un plan Medicare Advantage?	Los planes Medicare Advantage combinan la Parte A y la Parte B y, por lo general, la Parte D en un solo plan con una red de proveedores. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer beneficios adicionales, como cobertura oftalmológica, odontológica y auditiva y programas de acondicionamiento físico como SilverSneakers.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare que recibo ahora en VNS Health EasyCare?	Si se pasa a VNS Health EasyCare desde Original Medicare u otro plan de Medicare, es posible que reciba beneficios o servicios de manera diferente. Recibirá todos los beneficios de Medicare cubiertos directamente de VNS Health EasyCare. Cuando se inscriba en VNS Health EasyCare, usted y su Equipo de atención trabajarán juntos para desarrollar un Plan de atención personalizado que cubra sus necesidades de salud y apoyo, reflejando así sus preferencias y objetivos personales. Si toma medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que VNS Health EasyCare no cubre normalmente, puede obtener un suministro temporal y lo ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento o a obtener una excepción para que VNS Health EasyCare cubra su medicamento, si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a su Equipo de atención a los números que figuran en la parte inferior de esta página.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Puedo acudir a los mismos proveedores de atención médica que ahora?	Si sus proveedores (incluidos médicos y farmacias) trabajan con VNS Health EasyCare y tienen contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos. • Los proveedores con un contrato con nosotros están “dentro de la red”. En la mayoría de los casos, debe acudir a proveedores de la red de VNS Health EasyCare. • Si necesita atención de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede acudir a proveedores fuera de la red de servicios de VNS Health EasyCare. También puede acudir a proveedores fuera de la red si VNS Health EasyCare lo autoriza a hacerlo. Para saber si sus proveedores pertenecen a la red del plan, llame a su Equipo de atención o lea el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> de VNS Health EasyCare. También puede visitar nuestra página web en vnshealthplans.org/providers para ver el listado más actualizado.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie en la red de servicios de VNS Health EasyCare puede brindármelo?	Nuestros proveedores de la red proporcionarán la mayoría de los servicios. Si necesita un servicio cubierto que nuestra red de servicios no puede proporcionar, por ejemplo, debido a la falta de personal con la experiencia o disponibilidad necesaria para brindar servicios, VNS Health EasyCare autorizará y cubrirá los servicios provistos por un proveedor fuera de la red, con algunas limitaciones.
¿Qué es un administrador de atención?	Un administrador de atención es su contacto principal en nuestro plan. Esta persona lo ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que obtenga lo que necesita.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org**

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Dónde está disponible VNS Health EasyCare?	El área de servicio para este plan incluye: Condados de Albany, Bronx, Dutchess, Erie, Kings (Brooklyn), Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Onondaga, Orange, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Saratoga, Schenectady, Suffolk, Sullivan y Westchester en el New York State. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.
¿Qué es la autorización de servicio o autorización previa?	La autorización de servicio o autorización previa significa que debe recibir aprobación de VNS Health EasyCare antes de obtener un servicio o un medicamento específicos o consultar a un proveedor fuera de la red. Si no tiene la aprobación, es posible que VNS Health EasyCare no cubra el servicio o medicamento. Si necesita atención de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita la aprobación previa. Para obtener más información acerca de la autorización previa o autorización de servicio, consulte el Capítulo 3 de la <i>Evidencia de cobertura</i>. Para obtener más información acerca de los servicios que requieren autorización previa o autorización de servicio, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

I. Definiciones útiles

Servicios de cuidados médicos en el hogar: incluye una amplia gama de servicios que se le pueden brindar en su domicilio por una enfermedad o lesión. Algunos ejemplos de servicios incluyen atención de enfermería especializada o terapia física, del habla u ocupacional y servicios sociales médicos. Un doctor debe certificar que usted necesita estos servicios a domicilio.

Centro de enfermería especializada: luego de ser dado de alta del hospital, usted puede necesitar cuidados médicos altamente especializados que se encuentran fuera del alcance de lo que su familia o amigos pueden brindarle. Puede ser atendido en un centro de enfermería especializada para recibir cuidados específicos adicionales o servicios de rehabilitación. Para calificar, su doctor debe certificar que usted necesita cuidados diarios especializados; por ejemplo, inyecciones intravenosas o fisioterapia.

Servicios de emergencia: debe concurrir a una sala de emergencias cuando tiene una lesión grave, una enfermedad repentina o una enfermedad que está empeorando rápidamente.

Atención de urgencia: si tiene una lesión menor o una enfermedad que no constituye una emergencia y no puede conseguir una cita a tiempo con su PCP, concurrir a un centro de atención de urgencia puede ser una buena opción.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

J. Resumen de beneficios dentales

Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes bucales, limpiezas y radiografías y están cubiertos. Los servicios integrales incluyen empastes, extracciones, tratamientos de conducto, puentes, coronas, dentaduras postizas e implantes. Es posible que determinados procedimientos requieran autorización previa***.

Si necesita servicios adicionales, como implantes, periodoncia o dentaduras postizas de reemplazo, necesitará una recomendación de su dentista para determinar si es médicamente necesario.

Categoría	Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Diagnóstico y prevención	Examen bucal	\$0	Sin límite
	Serie bucal completa o radiografía panorámica	\$0	Sin límite
	Radiografías simples (periapicales)	\$0	Sin límite
	Series de aleta de mordida	\$0	Sin límite
	Profilaxis (limpieza)	\$0	Sin límite
	Tratamiento con fluoruro	\$0	Sin límite
	Empastes (plateados o del color del diente)	\$0	Hasta 2 por año
Restauración	Extracciones	\$0	Hasta 2 por año
Cirugía bucal	***Tratamiento de conducto radicular: anterior/premolar/molar	\$0	Hasta 2 por año
Endodoncia	***Raspado/alizado radicular, por cuadrante	\$0	Hasta 2 por año
Prótesis	***Coronas individuales	\$0	Hasta 2 por año
Coronas	Perno	\$0	Hasta 2 por año
	Reconstrucción, corona	\$0	Hasta 2 por año
Prótesis	***Dentadura postiza superior/inferior completa	\$0	Hasta 2 por año
Removibles	***Dentadura postiza superior/inferior parcial	\$0	Hasta 2 por año
	Ajustes/reparaciones de dentadura postiza	\$0	Hasta 2 por año
	Rebase/revestimiento de la dentadura postiza	\$0	Hasta 2 por año
	Implantes	\$0	Hasta una vez al año



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

K. Resumen de la Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales)

La Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) es una tarjeta de débito precargada con la siguiente asignación:

- **\$50/trimestre para productos de venta libre (OTC)**

Cualquier saldo restante para productos de venta libre (OTC) vencerá al final de cada trimestre.

Puede usar su asignación para OTC para comprar artículos de salud (analgésicos, pasta dental, vendajes), así como alimentos y bebidas. Consulte el catálogo de OTC para obtener una lista de artículos aprobados y tiendas que aceptan la tarjeta, como farmacias y supermercados.



Programa de incentivos para miembros

Como miembro de nuestro plan, se le inscribe automáticamente en nuestro Programa de incentivos para miembros. Puede ganar incentivos por completar actividades de salud elegibles.

¿Cómo obtendré mis recompensas?

Confirmaremos con su médico que ha completado la actividad de salud. Sus incentivos se cargarán en su Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) **tres veces al año** cuando complete las actividades de salud indicadas en su plan. Sus incentivos estarán disponibles para su uso una vez que su beneficio para OTC se haya utilizado por completo cada trimestre.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org

L. Aviso de asistencia lingüística

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-866-783-1444 (TTY: 711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-783-1444 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-866-783-1444 (TTY : 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-783-1444 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועלעבל פאר אייך אומזיסט. 1-866-783-1444 (TTY: 711) רופט	Yiddish



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-866-783-1444 (TTY: 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-783-1444 (TTY: 711)۔	Urdu



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

M. Recursos para los miembros

Puede acceder **de manera electrónica** al siguiente material para miembros de VNS Health EasyCare 2027.

Evidencia de cobertura (PDF descargable)	vnshealthplans.org/ec-eoc
Formulario (PDF descargable y herramienta de búsqueda en línea)	vnshealthplans.org/formulary
Directorio de proveedores y farmacias (Herramienta de búsqueda en línea)	vnshealthplans.org/providers
Aviso conjunto de la HIPAA sobre prácticas de privacidad (PDF descargable)	vnshealthplans.org/hipaa

Si desea solicitar una copia impresa del material mencionado, llame a su Equipo de atención al número a continuación o envíenos un correo electrónico a CareTeam@vnshealth.org.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.vnshealthplans.org

N. Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que conozca completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Entender los beneficios

- ☐ La *Evidencia de cobertura* proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite es.vnshealthplans.org/ec-eoc o llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para ver una copia de la *EOC*.
- ☐ Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora forman parte de la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que tenga que elegir un médico nuevo.
- ☐ Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para asegurarse que la farmacia que le proporciona sus medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una farmacia nueva para obtener sus medicamentos recetados.
- ☐ Revise el *Formulario* para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las reglas importantes

- ☐ Además de la prima del plan mensual, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele descontarse de su cheque de Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el *Directorio de proveedores y farmacias*).
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.



Si tiene preguntas, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.vnshealthplans.org



¿Tiene alguna pregunta? Llámenos a esta línea gratuita:

1-866-783-1444 (TTY: 711)

Del 1 de octubre de 2026 al 31 de marzo de 2027

7 días de la semana, 8 am – 8 pm

Del 1 de abril de 2027 al 30 de septiembre de 2027

días laborables, 8 am – 8 pm

© 2026 VNS Health

H5549_2027 EC_SB_M Accepted 09052026