



VNS Health EasyCare (HMO) ofrecido por VNS Health Medicare

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de VNS Health EasyCare (HMO). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para acceder a un Resumen de costos importantes, que incluye información sobre la prima.**

En este documento, se le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestra página web en vnshealthplans.org/easycare-eoc. También puede llamar a su Equipo de atención para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

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, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

- Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de plan.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista la parte posterior de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que haya reducido sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2024, permanecerá en VNS Health EasyCare (HMO).
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en VNS Health EasyCare (HMO).
- 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 de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos recetados 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.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.
- Comuníquese con el número de su Equipo de atención al 1-866-783-1444 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.). Esta llamada es gratuita.
- También puede obtener este documento en forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o en audio.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de VNS Health EasyCare (HMO)

- VNS Health Medicare es una organización de Medicare Advantage que tiene contratos con Medicare y Medicaid y ofrece planes HMO D-SNP y HMO. La inscripción en VNS Health Medicare depende de la renovación del contrato.
- Cuando, en este documento, se usa “nosotros”, “nos” o “nuestro(a)”, se hace referencia a VNS Health Medicare (VNS Health Health Plans). Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VNS Health EasyCare (HMO).

H5549_2025 EC ANOC_M Accepted 09032024

Aviso anual de cambios para 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	8
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias.....	9
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	19
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	20
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en VNS Health EasyCare (HMO).....	20
Sección 3.2: Si desea cambiarse de plan.....	20
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	21
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	22
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	23
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	24
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare (HMO).....	24
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	25

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para VNS Health EasyCare (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (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 detalles.	\$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 detalles).	\$8,850	\$9,350
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita Visitas al especialista: copago de \$35 por visita	Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita Visitas al especialista: copago de \$35 por visita
Hospitalización del paciente	Copago de \$400 por día para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día para los días 6 a 90	Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar para 2025. VNS Health EasyCare (HMO) proporcionará

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Copago de \$400 por día para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día para los días 6 a 90
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continúa en la página siguiente) (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0 o \$145 según su nivel de LIS, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Usted paga un deducible de \$0 para los Niveles 1 y 6.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: copago de \$15 • Nivel 2 de medicamentos: copago de \$20 • Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 	<p>Deducible: \$0 o \$145 según su nivel de LIS, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Usted paga un deducible de \$0 para los Niveles 1 y 6.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0 • Nivel 2 de medicamentos: copago de \$20 • Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)</p>	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 <p>Usted paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 5 de medicamentos: 31% del costo total <p>Usted paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 6 de medicamentos: copago de \$0 <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>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 5 de medicamentos: 31% del costo total <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 6 de medicamentos: copago de \$0 <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>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$25	No hay cambios para el próximo año de beneficios.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, por quedarse sin otra cobertura de medicamentos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre “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 alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$8,850	<p style="text-align: center;">\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. 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 incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestra página web en vnshealthplans.org. 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, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025*** vnshealthplans.org/providers para verificar qué proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) y farmacias están en nuestra red.

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

Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Cambiaremos costos y beneficios para determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>
Servicios dentales	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$2,000 por año para servicios dentales de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$2,500 por año para servicios dentales de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$100 por cada visita de servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$110 por cada visita de servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.
Servicios auditivos	Monto máximo de cobertura del plan de \$500 cada 3 años (por oído) para audífonos recetados.	Monto máximo de cobertura del plan de \$750 cada 3 años (por oído) para audífonos recetados.
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$100 por estadía por los servicios de observación hospitalaria cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios.	Usted paga un copago de \$110 por estadía por los servicios de observación hospitalaria cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Productos de venta libre	Monto máximo de cobertura del plan de \$87 cada 3 meses para productos de venta libre (OTC).	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Monto máximo de cobertura del plan de \$160 cada 3 meses para productos OTC.</p> <p>Use su asignación para OTC para obtener artículos de salud. También se ofrece la entrega a domicilio de comidas preparadas y productos.</p> <p>Los saldos restantes se trasladarán al final de cada mes y todas las asignaciones deben utilizarse antes del final del año calendario (12/31/2025).</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga un copago de \$15 por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)	Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: copago de \$0 por día para los días 1 a 20 copago de \$203 por día para los días 21 a 100	Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: copago de \$0 por día para los días 1 a 20 copago de \$214 por día para los días 21 a 100

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Terapia de ejercicio supervisada (SET)	Usted paga un copago de \$15 por cada visita de SET cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.	Usted paga un copago de \$20 por cada visita de SET cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.
Servicios de atención de urgencia	Usted paga un copago de \$55 por cada visita de servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$45 por cada visita de servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.
Cuidado de la vista	Monto máximo de cobertura del plan de \$200 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare.	Monto máximo de cobertura del plan de \$300 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare.
Emergencia en todo el mundo	Usted paga un copago de \$100 por cada visita de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Usted paga un copago de \$110 por cada visita de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Ofrecemos una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos.

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 del plan. 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 médico para averiguar sus opciones, tales como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con su Equipo de atención para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar de manera inmediata un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión de medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de uno menor y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca reemplazado. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener también el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hacemos el cambio, aún obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con su Equipo de atención o pedirle más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a recetar o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Nota: 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 recetados de la Parte D que no se aplique a usted.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos recetados), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a su Equipo de atención y pregunte por la Cláusula adicional LIS.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos de fabricantes. En el Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta que llegue a su deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajar.</p>	<p>El deducible es \$0 o \$145.</p> <p>Durante esta etapa, usted pagaría \$15 de costo compartido por los medicamentos en el nivel de medicamentos genéricos preferidos y \$0 por los medicamentos en el nivel de medicamentos selectos, y el costo total de los medicamentos en los niveles de medicamentos genéricos, de marca preferidos, de marca no preferidos hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$0 o \$145.</p> <p>Durante esta etapa, usted pagaría \$0 de costo compartido por los medicamentos en el nivel de medicamentos genéricos preferidos y en el nivel de medicamentos selectos, y el costo total de los medicamentos en los niveles de medicamentos genéricos, de marca preferidos, de marca no preferidos hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo compartido de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta tabla son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de servicios que ofrece un costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red de servicios que ofrece costos compartidos preferidos; o para recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar es el siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga un copago de \$15 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga un copago de \$20 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga un copago de \$47 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga un copago de \$100 por medicamento recetado.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar es el siguiente:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga un copago de \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga un copago de \$20 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga un copago de \$47 por medicamento recetado. Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga un copago de \$100 por medicamento recetado.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Trasladamos algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos” a un nivel de medicamentos más alto o más bajo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted</p>	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de especialidad: Usted paga el 31% del costo total por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos selectos: Usted paga un copago de \$0 por medicamento recetado.</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>	<p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel de especialidad: Usted paga el 31% del costo total por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos selectos: Usted paga un copago de \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuentos de fabricantes no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Incentivos para miembros	El programa de incentivos para miembros tiene actividades y montos de incentivos desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.	El programa de incentivos para miembros tendrá nuevas actividades y montos de incentivos a partir del 1 de enero de 2025. Los detalles se enviarán por correo en diciembre de 2024.
Área de servicio	Condados de Albany, Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Schenectady, Suffolk y Westchester en el estado de New York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.	Condados de Albany, Bronx, Erie (Aprobación Pendiente), Kings (Brooklyn), Monroe (Aprobación Pendiente), Nassau, New York (Manhattan), Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Schenectady, Suffolk y Westchester en el estado de New York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No aplica	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o ingrese en Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en VNS Health EasyCare (HMO)

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 antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en VNS Health EasyCare (HMO).

Sección 3.2: Si desea cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar en 2025, 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You (Medicare y usted) 2025*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el plan nuevo. Su inscripción en VNS Health EasyCare (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan nuevo de medicamentos. Su inscripción en VNS Health EasyCare (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos 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.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2025 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 2025.

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 (ya sea con o sin la cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento. 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 5 Programas que ofrecen 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 New York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el HIICAP al ingresar en su sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los 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 de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no quedarán supeditadas a 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 deben llamar al 1-877-486-2048, 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.
 - Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El estado de New 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.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que le ayudará a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **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 Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. 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 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444. (Los usuarios de TTY deben llamar al 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. – set.). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (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 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para VNS Health EasyCare (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web vnshealthplans.org/easycare-eoc. También puede llamar a su Equipo de atención para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en vnshealthplans.org. Como recordatorio, en nuestra página web, puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov). 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 la información sobre los planes, ingrese en www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You (Medicare y usted) 2025*

Lea el manual *Medicare & You (Medicare y usted) 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.