



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

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de VNS Health Total (HMO D-SNP). 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/2025-total. También puede llamar a su Equipo de atención para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, 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 farmacias, estarán en nuestra red de servicios 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. Utilice el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista impresa en la portada 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 Total (HMO D-SNP).
- 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 Total (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3, en la página 19, para obtener más información sobre sus opciones.
- 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

- This document is available for free in English and Chinese.
Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.
本文件免費提供英文和西班牙文版本。
- Comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 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.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.). Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.).
- **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 Total (HMO D-SNP)

- 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. El plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a VNS Health Medicare. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VNS Health Total (HMO D-SNP).

H5549_2025 Total ANOC_M Accepted 09112024

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	15
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	19
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	20
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en VNS Health Total (HMO D-SNP).....	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 y Medicaid.....	22
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	23
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	23
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health Total (HMO D-SNP).....	23
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare.....	24
Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	25

Resumen de costos importantes para 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$0 por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$0 por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
<p>Hospitalización del paciente</p>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 90</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 90</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: Paga un copago de \$0 por mes por suministro de medicamentos genéricos, de marca y especializados. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: Paga un copago de \$0 por mes por suministro de medicamentos genéricos, de marca y especializados. <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$0 Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$0 Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

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, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

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>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto del monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Una vez que haya pagado \$0 de su bolsillo por 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> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</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 de servicios.

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, los médicos, los especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con su Equipo de atención para que podamos ayudarle.

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios relativos a sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

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 dentales	Cobertura máxima de \$3,000 para servicios dentales integrales.	Monto máximo de cobertura del plan de \$3,500 por año para servicios dentales de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios dentales (cont.)		dentales integrales no cubierto por Medicare.
Beneficio de la tarjeta Flex	Obtiene \$63 al mes para ayudar a pagar ciertas utilidades del hogar, como facturas de electricidad, gas, teléfono e Internet. También se puede usar para cubrir artículos o servicios dentales, de audición y de la vista que superen el monto máximo cubierto.	Consulte la información de productos de venta libre (OTC)/comestibles y de la tarjeta Flex para obtener más información.
Servicios auditivos	2 audífonos complementarios cada tres años. Límite de cobertura del plan de \$1,500 para audífonos complementarios limitados a \$750 por oído (uno derecho y uno izquierdo) cada tres años. No se requiere autorización previa.	2 audífonos complementarios cada tres años. El límite de cobertura de nuestros planes es de \$2,000 para audífonos complementarios, limitado a \$1,000 por oído (uno derecho y uno izquierdo) cada tres años. No se requiere autorización previa.
Centro de cuidados paliativos	Usted paga \$0 por un programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Asignación de sustento para cuidados paliativos: Si cumple los requisitos y elige un centro de cuidados para enfermos terminales con un	Si elige los servicios de cuidados para enfermos terminales a partir del 1 de enero de 2025, Original Medicare cubrirá estos servicios. Los beneficios suplementarios de cuidados para enfermos terminales ya no están

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Centro de cuidados paliativos (cont.)</p>	<p>proveedor de este tipo de atención dentro de la red de servicios, puede ser elegible para una Asignación de sustento para cuidados en un centro para enfermos terminales de \$500.</p> <p>La asignación es un beneficio complementario que permite la compra de bienes o servicios que sus beneficios del plan de salud no cubren. Estos bienes o servicios deben relacionarse con la provisión de comodidad y la mejoría de su calidad de vida mientras recibe cuidados paliativos. Algunos ejemplos son, entre otros, dispositivos/modificaciones de seguridad en el baño y el hogar; apoyo para cuidadores de personas inscritas, etc. Se requiere aprobación previa del plan de salud para los bienes o servicios solicitados.</p> <p>Consulte el Manual del miembro (<i>Evidencia de cobertura</i>) para obtener</p>	<p>cubiertos por el plan. Es posible que haya cambios en los costos compartidos con Original Medicare.</p> <p>La atención simultánea de transición (TCC) ya no estará cubierta por el plan.</p> <p>Si tiene preguntas sobre estos cambios o necesita más aclaraciones, comuníquese con su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Centro de cuidados paliativos (cont.)	más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.	
Tarjeta para productos de venta libre (OTC)/comestibles y Flex	<p>Copago de \$0</p> <p>La tarjeta para OTC/comestibles es un beneficio único. Tiene cobertura por un monto máximo de \$266 para artículos de venta libre y comestibles. Use su tarjeta para obtener productos de salud y comestibles. También se ofrece la entrega a domicilio de comidas preparadas y productos.</p> <p>Los saldos sin usar no se trasladan de un mes al mes siguiente. El beneficio para comestibles es parte de un programa complementario especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>La tarjeta para OTC/comestibles y Flex es un paquete de beneficios combinado.</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$375 por mes y recibirá una tarjeta con asignaciones separadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$310 cada mes para OTC/comestibles; • \$65 para Flex <p>Use su asignación para OTC/comestibles para obtener productos de salud y comestibles. También se ofrece la entrega a domicilio de comidas preparadas y productos. Use su asignación Flex para ayudar a pagar ciertas utilidades del hogar (electricidad, gas, Internet y teléfono). También podría usarse para cubrir artículos o servicios dentales, de audición y de la vista que</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Tarjetas para productos de venta libre (OTC)/comestibles y Flex (cont.)</p>		<p>superen el monto máximo cubierto.</p> <p>Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles. 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> <p>Los beneficios para comestibles y utilidades del hogar son parte de un beneficio complementario especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican. Dentro de las enfermedades crónicas se incluyen demencia, insuficiencia cardíaca, trastornos pulmonares, accidente cerebrovascular, diabetes y otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse basándose solamente en su afección. Todos los requerimientos aplicables de elegibilidad deben cumplirse antes de que el beneficio se proporcione. Par más detalles, contáctenos.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Cuidado de la vista	Monto máximo de cobertura del plan de \$300 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare.	Monto máximo de cobertura del plan de \$350 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare.

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 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 inmediatamente agregar nuevas restricciones.

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

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Parte de la información descrita en esta sección puede no aplicarse a usted. **Nota:** Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos recetados), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a su Equipo de atención y pregunte por la Cláusula adicional LIS.

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)
Etapa 1: etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.

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>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red.</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>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Usted paga: un copago de \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Usted paga: un copago de \$0</p> <p>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro por 30 días.</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>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Usted paga: un copago de \$0</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Usted paga: un copago de \$0</p> <p>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro por 30 días.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000, 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

En 2025, el área de servicio y el programa de recompensas para miembros de VNS Health Total (HMO D-SNP) cambiarán. Lea a continuación para obtener más información.

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 servicios	Condados de Albany, Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Rensselaer, 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, Kings (Brooklyn), Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Rensselaer, Schenectady, Suffolk y Westchester en el estado de New York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en VNS Health Total (HMO D-SNP)

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 Total (HMO D-SNP).

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 cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) 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**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en VNS Health Total (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el plan nuevo de medicamentos. Su inscripción en VNS Health Total (HMO D-SNP) 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.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 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.

Debido a que tiene Medicaid de Nueva York, puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluso:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).

- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, también 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 y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP es conocido como Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (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 Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el HIICAP ingresando en su sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Nueva York, comuníquese con Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831 (TTY: 711). Pregunte sobre cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene la cobertura de Medicaid de Nueva York.

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.** Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa de “Ayuda adicional”, también conocido como subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de los medicamentos recetados, algunos deducibles anuales y coseguros. Como usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia de seguros de salud.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de VNS Health Total (HMO D-SNP)

¿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.), 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 detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para VNS Health Total (HMO D-SNP). 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/2025-total. 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.

Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831 (TTY: 711).