

VNS Health EasyCare (HMO) ofrecido por VNS Health Medicare

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de VNS Health EasyCare (HMO).

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2025, permanecerá en VNS Health EasyCare.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2026* (Medicare y usted).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en vnshealthplans.org/ec-eoc o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- This material is available for free in Spanish 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。
- **English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.
- **Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- **Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-783-1444, TTY/TDD 711。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。
- **Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-783-1444, TTY/TDD 711。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。
- **Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

- French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-783-1444, TTY/TDD 711번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-783-1444 (телетайп: TTY/TDD 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.
- Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.
- Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.
- Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
- Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Ta usługa jest bezpłatna.
- Albanian:** Kemi shërbime përkthimi falas për t'iu përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin ose planin e mjekimeve. Për të marrë një përkthyes, thjesht na telefononi në 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Dikush që flet anglisht/gjuhën mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim falas.
- Yiddish:** מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס איר קענט האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. איינער וואס רעדט ענגליש/אידיש קען אייך העלפן. דאס איז א סערוויס וואס קאסט נישט קיין געלט.

- Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. 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.

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 este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a VNS Health Medicare. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VNS Health EasyCare (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en VNS Health EasyCare.** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de VNS Health EasyCare. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H5549_2026 EC ANOC_M Accepted 08302025

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	8
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	9
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	10
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	16
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	17
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	21
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	22
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	23
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para realizar un cambio?.....	23
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados	24
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	25
Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare (HMO)	25
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	26
Obtener ayuda de Medicare	26

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$25	\$25
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	\$9,350	\$9,250
<p>Consultas con un médico de atención primaria</p>	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
<p>Visitas al consultorio del especialista</p>	Copago de \$35 por visita	Copago de \$35 por visita
<p>Hospitalización del paciente</p> <p>Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	Días 1 a 5: copago de \$400 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.	Días 1 a 5: copago de \$400 por día de cada período de beneficios. Días 6 a 90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles).</p>	<p>\$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.</p> <p>Usted paga un deducible de \$0 para los Niveles 1 y 6.</p>	<p>\$0 o \$500 según su nivel de LIS, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Usted paga un deducible de \$0 para los Niveles 1 y 6.</p>
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Medicamentos genéricos preferidos Copago de \$0 • Nivel 2 de medicamentos: Medicamentos genéricos Copago de \$20 • Usted paga un copago de \$20 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Medicamentos genéricos preferidos Copago de \$0 • Nivel 2 de medicamentos: Medicamentos genéricos Copago de \$20 • Usted paga el menor de 25% de coseguro o copago de \$20 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3 de medicamentos: Medicamentos de marca preferidos Copago de \$47 Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: Medicamentos de marca no preferidos Copago de \$100 • Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: Nivel de especialidad 31% del costo total • Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3 de medicamentos: Medicamentos de marca preferidos Copago de \$47 Usted paga el menor de 25% de coseguro o copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 4 de medicamentos: Medicamentos de marca no preferidos Copago de \$100 • Usted paga el menor de 25% de coseguro o copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Nivel 5 de medicamentos: Nivel de especialidad 27% del costo total • Usted paga el menor de 25% de coseguro o copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 6 de medicamentos: Medicamentos selectos Copago de \$0 <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 6 de medicamentos: Medicamentos selectos Copago de \$0 <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$25	\$25 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

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

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

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Nuestra 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>	\$9,350	<p>\$9,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,250 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

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2026* vnshealthplans.org/providers para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

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

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

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

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

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2026 vnshealthplans.org/providers para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red de servicios. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

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

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

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prueba de detección de cáncer colorrectal (Enemas de bario)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$0 de copago por cada consulta de enema de bario cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>El beneficio de enema de bario cubierto por Medicare <u>no</u> está cubierto.</p>
Servicios dentales	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por cada visita de servicios de implantes (1 visita cada 3 años).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por cada visita de servicios de implantes (1 cada año).</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	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.	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.
Atención de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$110 por cada visita de servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$115 por cada visita de servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.
Terapia de infusión en el hogar	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> De 0% a 20% del costo total por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.
Servicios por enfermedad renal	No se requiere autorización previa para los servicios de diálisis renal.	Se requiere autorización previa para los servicios de diálisis renal.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$0 de copago por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>De 0% a 20% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>De 0% a 20% del costo total por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
Servicios de exámenes de sangre para pacientes ambulatorios	<p>No se requiere autorización previa para los servicios de la sangre para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de la sangre para pacientes ambulatorios.</p>
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	<p>No se requiere autorización previa para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Se requiere autorización previa para las sesiones de terapia individual con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).</p> <p>Se requiere autorización previa para las sesiones de terapia grupal con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).</p>	<p>No se requiere autorización previa para las sesiones de terapia individual con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).</p> <p>No se requiere autorización previa para las sesiones de terapia grupal con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).</p>
Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos	<p>Se requiere autorización previa para las sesiones individuales de los servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos.</p> <p>Se requiere autorización previa para las sesiones grupales de los servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos.</p>	<p>No se requiere autorización previa para sesiones individuales de los servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos.</p> <p>No se requiere autorización previa para sesiones grupales de los servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Productos de venta libre (OTC)	Monto máximo de cobertura del plan de \$160 cada 3 meses para productos de venta libre (OTC).	Monto máximo de cobertura del plan de \$107 cada 3 meses para productos de OTC.
Servicios de podiatría	No se requiere autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare.	Se requiere autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH	Dentro de la red La profilaxis preexposición (PrEP) cubierta por Medicare para el beneficio de prevención del VIH <u>no</u> está cubierta.	Dentro de la red No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)	<u>Dentro de la red</u> Para estadías en SNF cubiertas por Medicare, copago de \$0 por los primeros 20 días de cada período de beneficios. Copago de \$214 por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios.	<u>Dentro de la red</u> Para estadías en SNF cubiertas por Medicare, copago de \$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.

	<p align="center">2025 (este año)</p>	<p align="center">2026 (el próximo año)</p>
<p>Beneficios de telesalud (adicionales)</p>	<p align="center"><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para los beneficios adicionales de telesalud, copago de \$0 a \$200 para servicios de urgencia necesarios, servicios de atención médica a domicilio, servicios de médico de atención primaria, servicios de terapia ocupacional, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales para servicios de especialidad de la salud mental, sesiones grupales para servicios de especialidad de la salud mental, sesiones individuales para servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, servicios del programa de tratamiento con opioides, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio, sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, servicios educativos sobre la enfermedad renal, y capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>	<p align="center"><u>Dentro de la red</u></p> <p>Para los beneficios adicionales de telesalud, copago de \$0 a \$200 para servicios de urgencia necesarios, servicios de atención médica a domicilio, servicios de médico de atención primaria, servicios de médicos especialistas, servicios de terapia ocupacional, sesiones individuales para servicios de especialidad de la salud mental, sesiones grupales para servicios de especialidad de la salud mental, sesiones grupales para servicios psiquiátricos, fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales para servicios psiquiátricos, servicios del programa de tratamiento con opioides, servicios del Centro Quirúrgico Ambulatorio, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, servicios educativos sobre la enfermedad renal, y capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios de atención de urgencia	<p style="text-align: center;"><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Copago de \$45 por cada visita de servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Copago de \$40 por cada visita de servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de atención de urgencia/emergencia en todo el mundo	<p>Usted paga un copago de \$110 para cada visita de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Copago de \$45 para cada visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$115 por cada consulta de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Copago de \$40 por cada consulta de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

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

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en

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

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

El Programa de descuentos para el período sin cobertura ha sido 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 de nuestro 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.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	<p>\$145</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y los medicamentos selectos de Nivel 6 y el costo total de los medicamentos genéricos de Nivel 2, de marca preferidos de Nivel 3, de marca no preferidos de Nivel 4, de especialidad de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>\$500</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y los medicamentos selectos de Nivel 6 y el costo total de los medicamentos genéricos de Nivel 2, de marca preferidos de Nivel 3, de marca no preferidos de Nivel 4, de especialidad de Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

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

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Trasladamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más alto o bajo.</p>	Copago de \$0	Copago de \$0
<p>Medicamentos genéricos:</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Trasladamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más alto o bajo.</p>	<p>Copago de \$20</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Copago de \$20</p> <p>Usted paga lo que sea menor: 25% del coseguro o copago de \$20 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Medicamentos de marca preferidos:</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Trasladamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más alto o más bajo.</p>	<p>Copago de \$47</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Copago de \$47</p> <p>Usted paga lo que sea menor: 25% del coseguro o copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
<p>Medicamentos de marca no preferidos:</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Trasladamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más alto o más bajo.</p>	<p>Copago de \$100</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Copago de \$100</p> <p>Usted paga lo que sea menor: 25% del coseguro o copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
<p>Nivel de especialidad:</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Trasladamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más alto o más bajo.</p>	<p>31% del costo total</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>27% del costo total</p> <p>Usted paga lo que sea menor: 25% del coseguro o copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Medicamentos selectos:</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Trasladamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más alto o más bajo.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Salud conductual/mental: Número de TTY de Carelon</p>	<p>El número de TTY es 1-866-835-2755.</p>	<p>El número de TTY es 711.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.
Área de servicios	Condados de Albany, Bronx, Erie, Kings (Brooklyn), Monroe, Nassau, Nueva York (Manhattan), Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Schenectady, Suffolk y Westchester en el estado de Nueva York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al 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 estado de Nueva York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

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

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el plan nuevo. Su inscripción en VNS Health EasyCare (HMO) se cancelará de forma automática.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en VNS Health EasyCare (HMO) se cancelará de forma automática.
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, ingrese en www.Medicare.gov, consulte la publicación *Medicare & You 2026* (Medicare y usted), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2026 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare separada) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

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

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

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

Si hace poco se ha mudado a una institución o está viviendo en ella (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de

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

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados

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

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Su oficina del programa New York State Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica (SPAP) de su estado.** El estado de Nueva York tiene un programa llamado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de falta o insuficiencia de seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de asistencia de medicamentos para el

SIDA (ADAP) al 1-800-542-2437. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Cómo recibir ayuda de VNS Health EasyCare (HMO)

- **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 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, busque VNS Health EasyCare (HMO) en la *Evidencia de cobertura de 2026*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados.

Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en vnshealthplans.org/ec-eoc o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

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

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

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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

Obtener ayuda de Medicare

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

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

- **Chatee en vivo en www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

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

- **Lea *Medicare & You 2026* (Medicare y usted)**

El manual *Medicare & You 2026* (Medicare y usted) se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.