

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

Aviso anual de cambios para 2026

Actualmente está inscrito como miembro de VNS Health Total (HMO D-SNP).

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

- **Tiene tiempo 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 inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en VNS Health Total (HMO D-SNP).
- 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 los costos, beneficios y normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en vnshealthplans.org/total-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 대해 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. א 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, como tamaño de letra grande, braille o en audio. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711) 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.)

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. Nuestro plan también tiene un contrato escrito con el programa New York State Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- 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 Total (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en VNS Health Total (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de VNS Health Total (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H5549_2026 Total ANOC_M Accepted 08302025

Índice

Resumen de costos importantes para 2026		5
SECCIÓN 1	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1	Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2	Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3	Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4	Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5	Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6	Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	12
Sección 1.7	Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	12
SECCIÓN 2	Cambios administrativos	15
SECCIÓN 3	Cómo cambiar de plan	17
Sección 3.1	Plazos para cambiar de plan	18
Sección 3.2	¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	18
SECCIÓN 4	Obtenga ayuda para pagar los medicamentos recetados	19
SECCIÓN 5	¿Tiene preguntas?	20
	Cómo recibir ayuda de VNS Health Total (HMO D-SNP)	20
	Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
	Obtenga ayuda de Medicare	21
	Obtenga ayuda de Medicaid	21

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 a esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<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 detalles).</p>	<p>\$0</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, 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.</p>	<p>\$0</p> <p>Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, 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.</p>
<p>Consultas con un médico de atención primaria:</p>	<p>Copago de \$0 por consulta</p> <p>Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta</p> <p>Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>
<p>Consultas con un especialista</p>	<p>Copago de \$0 por consulta</p> <p>Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>Copago de \$0 por consulta</p> <p>Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Hospitalización del paciente 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 comienzan 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>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 90</p> <p>Si es elegible para la ayuda 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 ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</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 cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>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, 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 haya pagado este monto, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (ni por otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para la ayuda 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>\$0</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</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>

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 para 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 a 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 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 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 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 la farmacia o para solicitar 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 a 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

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Acupuntura	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de acupuntura de rutina (30 consultas cada año).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de acupuntura de rutina (55 consultas cada año).</p>
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>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios dentales	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de implantes (1 consulta cada 3 años).</p> <p>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 dentales integrales no cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de implantes (1 consulta cada año).</p> <p>No hay monto máximo de cobertura del plan para los servicios dentales de diagnóstico y preventivos.</p>
Beneficio de la tarjeta Flex	\$65 por mes	\$70 por mes
Beneficio de comidas	Se requiere autorización previa para el beneficio de comidas.	No se requiere autorización previa para el beneficio de comidas.
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>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios para desórdenes por el uso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Se requiere autorización previa para las sesiones individuales para los servicios ambulatorios para desórdenes por el uso de sustancias.</p> <p>Se requiere autorización previa para las sesiones grupales para los servicios ambulatorios para desórdenes por el uso de sustancias.</p>	<p>No se requiere autorización previa para las sesiones individuales para los servicios ambulatorios para desórdenes por el uso de sustancias.</p> <p>No se requiere autorización previa para las sesiones grupales para los servicios ambulatorios para desórdenes por el uso de sustancias.</p>
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$310 por mes para artículos OTC.</p> <p>La porción no utilizada se traslada al siguiente período.</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de \$310 por mes para artículos OTC.</p> <p>La porción no utilizada <u>no</u> se traslada al siguiente período.</p>
Servicios de podiatría	<p>No se requiere autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de atención de podiatría cubiertos por Medicare.</p>
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>La profilaxis preexposición (PrEP) cubierta por Medicare para el beneficio de prevención del VIH <u>no</u> está cubierta.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para 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. La Lista de medicamentos incluye muchos, pero no todos, los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún esté cubierto. **Puede obtener la Lista completa de medicamentos** llamando a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web (vnshealthplans.org/formulary).

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

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

Si le afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con la persona autorizada a darle recetas para averiguar sus opciones, tales como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Etapas de pago de los medicamentos

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 no existen más en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible anual**

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo compartido de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta

etapa hasta que los costos de sus medicamentos del año hasta la fecha alcancen los \$2,100.

- **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	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.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

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 información sobre los costos, consulte el 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)
Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y todos los demás medicamentos:	Copago de \$0	Copago de \$0

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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*.

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Proceso de apelaciones de miembros de Medicaid Advantage Plus para servicios cubiertos por Medicaid	<p>Proceso de apelaciones de Nivel 2</p> <p>La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.</p> <p>Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la Oficina de Audiencias revisa nuestra decisión de su apelación de Nivel 1. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.</p>	<p>La forma en que solicita una apelación de Nivel 2 cambiará.</p> <p>A partir del 1 de enero de 2026, si nuestra decisión de apelación de Nivel 1 es adversa y el beneficio solo está cubierto por Medicaid, usted o su representante autorizado deben solicitar al estado una apelación de Medicaid de Nivel 2 (audiencia imparcial). Tendrá 120 días para solicitar una audiencia imparcial.</p> <p>Si estamos cambiando la atención que está recibiendo en este momento y desea que sus servicios sigan siendo los mismos, debe solicitar la audiencia imparcial en un plazo de 10 días calendario a partir de la decisión de apelación de Nivel 1 o antes de la fecha de entrada en vigencia de la decisión de apelación, lo que ocurra más tarde. Sus servicios seguirán siendo los mismos hasta que se tome la decisión sobre la audiencia imparcial. Si la Audiencia imparcial no se resuelve a su favor, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Proceso de apelaciones de miembros de Medicaid Advantage Plus para servicios cubiertos por Medicaid (continuación)</p>		<p>Si nuestra decisión de apelación de Nivel 1 es adversa para usted y el beneficio solo está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación de Medicare tan pronto como se complete su apelación de Nivel 1.</p> <p>Si nuestra decisión de apelación de Nivel 1 es adversa y el beneficio está cubierto por Medicare y Medicaid, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación de Medicare, y también puede solicitar una apelación de Nivel 2 de Medicaid (audiencia imparcial).</p> <p>Esto significa que usted, o su representante, tendrá que solicitar una apelación de Nivel 2 para los servicios cubiertos por Medicaid, ya que esto ya no sucederá automáticamente.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Proceso de apelaciones de miembros de Medicaid Advantage Plus para servicios cubiertos por Medicaid (continuación)</p>		<p>Para los servicios cubiertos por Medicare, continuaremos enviando automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación de Medicare.</p> <p>Para las apelaciones adversas de Nivel 1 que involucren beneficios cubiertos <i>únicamente por Medicaid, o por Medicare y Medicaid</i> cuando nuestra decisión se basó en una necesidad médica o se determinó que el beneficio era experimental o de investigación, usted seguirá teniendo derechos de apelación externa. Esta parte del proceso no cambiará.</p>

SECCIÓN 3 **Cómo cambiar de plan**

Para permanecer en VNS Health Total (HMO D-SNP), no necesita 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 Total.

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. Se cancelará automáticamente su inscripción en VNS Health Total (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en VNS Health Total (HMO D-SNP).
- **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 su 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 (vaya a 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 de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura independiente de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

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

Debido a que tiene New York State Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- 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 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 para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin una cobertura independiente para 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 Obtenga 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, durante las 24 horas, 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.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

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

- **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 más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026* para VNS Health Total (HMO D-SNP). 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/total-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/total-eoc**

Nuestra página web tiene 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 información, asesoramiento y asistencia sobre seguros de salud (HIICAP).

Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) para obtener asesoramiento gratuito sobre seguros de salud personalizados. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) al 1-800-701-0501. Obtenga más información sobre el Programa de información, asesoramiento y asistencia sobre seguros médicos (HIICAP) visitando (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>).

Obtenga 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.
- **Chatea en vivo con www.Medicare.gov**
Puedes chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
- **Escriba a Medicare**
Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
- **Visita www.Medicare.gov**
El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.
- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)***
El manual *Medicare & You 2026* 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 llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

- Llame al Programa New York State Medicaid al 1-800-541-2831, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p. m. (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o las preguntas sobre beneficios.
- Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.
- El sitio web del Programa de Medicaid del Estado de Nueva York está www.health.ny.gov/health_care/medicaid.
- Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
- Correo electrónico: ICAN@cssny.org
- Sitio web: www.icannys.org