



## EmblemHealth VIP Gold (HMO) ofrecido por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)/EmblemHealth

### Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito/a como miembro de EmblemHealth VIP Gold (HMO). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare). También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

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

---

#### Qué debe hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
  - Evalúe los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
  - Evalúe los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho/a con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- Para cambiar a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de trasladarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

## Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el número de Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (información en formatos alternativos). Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

## Acerca de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

- Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth.
- Cuando en este documento diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto significa HIP/EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Gold (HMO).

H3330\_202465CY24\_M

**Aviso anual de cambios para 2024**  
**Índice**

**Resumen de costos importantes para 2024..... 4**

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año..... 6**

    Sección 1.1: Cambios en la prima mensual..... 6

    Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo ..... 7

    Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias..... 7

    Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos ..... 8

    Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D..... 10

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos ..... 15**

**SECCIÓN 3 Qué plan elegir..... 16**

    Sección 3.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Gold (HMO) ..... 16

    Sección 3.2: Si desea cambiar de plan..... 16

**SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan ..... 17**

**SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare..... 17**

**SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta ..  
..... 17**

**SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? ..... 18**

    Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO)..... 18

    Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare ..... 19

## Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2023 y los costos de 2024 de EmblemHealth VIP Gold (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	<b>\$93.00</b>	<b>\$82.00</b>
<p>*Su prima puede ser mayor o menor que este importe.</p> <p>(Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles).</p>		
<b>Importe de gasto máximo de bolsillo</b>	<b>\$7,550</b>	<b>\$8,850</b>
<p>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 conocer los detalles).</p>		
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p>Visitas de atención primaria: Copago de <b>\$0</b> por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Copago de <b>\$25</b> por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: Copago de <b>\$0</b> por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Copago de <b>\$25</b> por visita</p>
<b>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</b>	<p>Días 1 a 7: copago de <b>\$290</b> por día. Copago de <b>\$0</b> por cada día adicional; para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Días 1 a 7: copago de <b>\$290</b> por día. Copago de <b>\$0</b> por cada día adicional; para cada hospitalización.</p> <p>Sin límite de días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: <b>\$200</b>, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$7</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta. Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta. Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$40</b> por medicamento con receta. Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p>	<p>Deducible: <b>\$200</b>, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$7</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta. Medicamentos de Nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta. Medicamentos de Nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$40</b> por medicamento con receta. Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i></p>

(continúa en la siguiente página)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta Parte D (continuación)</b></p>	<p>Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el <b>29 %</b> del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p>Medicamentos de Nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <p>Cobertura contra catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada medicamento con receta, usted pagará el monto que sea mayor de los siguientes: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 por medicamentos genéricos o tratados como genéricos y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<p>Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el <b>29 %</b> del costo total. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p>Medicamentos de Nivel 6: <i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta. <i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <p>Cobertura contra catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

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

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b>	<b>\$93.00</b>	<b>\$82.00</b>
(También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que tenga, como mínimo, la misma calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina importe de gasto máximo de bolsillo. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Importe de gasto máximo de bolsillo</b>	<b>\$7,550</b>	<b>\$8,850</b>
Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.		Cuando haya pagado <b>\$8,850</b> de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

### Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare). También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.***

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para que podamos ayudarle.

---

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

---

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$25</b> por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$25</b> por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio de telesalud.</b></p>
<p><b>Atención de emergencia/Servicios posteriores a la estabilización</b></p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$95</b> por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>	<p>Usted paga un copago de <b>\$100</b> por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.</p>
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B</b></p>	<p>Usted paga el <b>10 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar.</p> <p>Usted paga el <b>20 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un máximo de <b>\$35</b> por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga el <b>0% al 10 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare en el hogar.</p> <p>Usted paga el <b>0% al 20 %</b> del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare dispensados en una farmacia minorista, en una farmacia de pedidos por correo, en el consultorio del médico y en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga menos si su medicamento está en la lista de reembolsos de medicamentos de la Parte B de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La lista cambia en forma trimestral.</p> <p>Usted paga un máximo de <b>\$35</b> por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Usted paga un copago de <b>\$20</b> para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.  Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de <b>\$15</b> para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.  Se requiere autorización previa.
<b>Tecnologías de acceso remoto/Teladoc®</b>	Usted paga un copago de <b>\$45</b> por cada servicio Teladoc® cubierto.	Usted paga un copago de <b>\$0</b> por cada servicio Teladoc® cubierto.
<b>Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Usted paga un copago de <b>\$0</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de <b>\$196</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.  Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de <b>\$0</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de <b>\$203</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.  Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de emergencia en todo el mundo</b>	Usted paga <b>\$95</b> de copago por servicios de emergencia en todo el mundo.  No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.	Usted paga <b>\$100</b> de copago por servicios de emergencia en todo el mundo.  No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.
<b>Ambulancia terrestre en todo el mundo</b>	Usted paga un copago de <b>\$95</b> por viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.  No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.	Usted paga un copago de <b>\$100</b> por viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.  No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.
<b>Atención de urgencia en todo el mundo</b>	Usted paga <b>\$95</b> de copago por atención de urgencia en todo el mundo.  No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.	Usted paga <b>\$100</b> de copago por atención de urgencia en todo el mundo.  No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.

## Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D

### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de la “Lista de medicamentos” por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que podría incluir eliminar o agregar

medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de participación en los costos diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel diferente de participación en los costos.**

La mayor parte de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que un fabricante de productos retira del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más reciente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

### **Cambios en los costos de los medicamentos con receta**

**Nota:** Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también denominada Cláusula de subsidio por bajos ingresos), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2023, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura contra catástrofes).

**Cambios en la Etapa de deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de Nivel 3 (marca preferida), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y de Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta alcanzar el deducible anual.</p> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es de <b>\$200</b>.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos estándar de <b>\$7</b> y una participación en los costos preferida de <b>\$2</b> por medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); Un costo compartido estándar de <b>\$20</b> por receta y un costo compartido preferido de <b>\$10</b> por medicamentos del Nivel 2 (genéricos); Una participación en los costos estándar de <b>\$0</b> y una participación en los costos preferida de <b>\$0</b> por medicamentos del Nivel 6 (medicamentos de atención selecta); Y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de <b>\$200</b>.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga una participación en los costos estándar de <b>\$7</b> y una participación en los costos preferida de <b>\$2</b> por medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos); Un costo compartido estándar de <b>\$20</b> por receta y un costo compartido preferido de <b>\$10</b> por medicamentos del Nivel 2 (genéricos); Una participación en los costos estándar de <b>\$0</b> y una participación en los costos preferida de <b>\$0</b> por medicamentos del Nivel 6 (medicamentos de atención selecta); Y el costo total de los medicamentos del Nivel 3 (marca preferida), del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (nivel de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.</p>

**Cambios en la participación en los costos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>                      Cuando usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y <b>usted paga la participación en los costos que le corresponde.</b></p> <p>Los costos de esta hilera corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando usted llena sus recetas en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga \$7 por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga \$20 por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga \$47 por medicamento con receta.                      Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga \$7 por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga \$20 por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga \$47 por medicamento con receta.                      Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>                      Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.                      La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p><i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$40</b> por medicamento con receta.                      Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p>	<p><i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$40</b> por medicamento con receta.                      Usted paga <b>\$35</b> por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de especialidad):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):</b>  <i>Participación en los costos estándar:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.  <i>Participación en los costos preferida:</i>                      Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de <b>\$4,355</b> , usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).	Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de <b>\$5,030</b> , usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).

**Cambios en las etapas de interrupción de cobertura y cobertura contra catástrofes**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de interrupción de cobertura y la etapa de cobertura contra catástrofes, son para personas con costos de medicamentos altos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la etapa de interrupción de cobertura o la etapa de cobertura contra catástrofes.**

**A partir de 2024, si llega a la etapa de cobertura contra catástrofes, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios de terapia quiropráctica, física y ocupacional</b>	EmblemHealth ha contratado a Palladian para proporcionar estos servicios y autorizaciones previas.	EmblemHealth proporciona estos servicios y autorizaciones previas.
<b>Programa de ahorro para adultos mayores de la Parte D (PDSS)</b>	Nuestro plan participa en el PDSS.	Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron el PDSS el 31 de diciembre de 2023

## SECCIÓN 3 Qué plan elegir

### Sección 3.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Gold (HMO)

Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan EmblemHealth VIP Gold (HMO).

### Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2024, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible penalidad por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). Le recordamos que HIP/EmblemHealth ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Su inscripción en EmblemHealth VIP Gold (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en EmblemHealth VIP Gold (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
  - Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - – o bien – comuníquese con **Medicare**, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.



## SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan 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.º de enero de 2024.

### ¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u 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 cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al HIICAP al **1-800-701-0501**. Para obtener más información sobre el HIICAP, visite el sitio web **www.aging.ny.gov**.

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta. A continuación, detallamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, coseguro y deducibles anuales. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la interrupción de cobertura ni a la penalidad por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes por un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica.** El estado de Nueva York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas con el pago de los medicamentos con receta en función de sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia con seguros de salud.
  - **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Las personas deben cumplir determinados criterios, lo que incluye una prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con la participación en los costos de recetas mediante el Programa de atención para personas sin seguro del estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-800-542-2437**.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364**. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura de 2024* (esta contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2024* de EmblemHealth VIP Gold (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en **[emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare)**. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en **[emblemhealth.com/medicare](https://emblemhealth.com/medicare)**. A modo de recordatorio,

nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/”Lista de medicamentos”*).

---

## Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar 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.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones Estrella de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en área. Para ver la información acerca de los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare y Usted 2024***

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o puede llamar 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.