



EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) ofrecido por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)/EmblemHealth

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, está inscrito como miembro de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 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. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* enviada por correo por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

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.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
 - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos se está cambiando a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Revise si califica para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Piense si está satisfecho 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/ o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 2024, permanecerá en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).
- 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 2025**. Esto finalizará su inscripción en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 3, página 13, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en 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. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible en español de forma gratuita.
- 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**). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (información en otros 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, siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, siglas en inglés). 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.

Acerca de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

- Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. 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 Dual (HMO D-SNP).

H5991_204950CY25_M

Aviso anual de cambios para 2025 **Índice**

Resumen de costos importantes para 2025.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	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.....	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 3 Qué plan elegir	13
Sección 3.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)	13
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid.....	15
SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta.....	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	17
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).....	17
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	18
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	18

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos. Si usted es elegible para la asistencia de participación en los costos de Medicare bajo Medicaid de Nueva York, usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estancias hospitalarias como paciente internado.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0.00	\$0.00
<p>*Su prima puede ser mayor que este importe.</p> <p>(Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles).</p>		
Visitas al consultorio médico	<p>Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Copago de \$0 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: Copago de \$0 por visita</p>
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados	<p>Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Cobertura de medicamentos con receta Parte D	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga de \$0 a \$4.50 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga de \$0 a \$4.50 por medicamento con receta.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (todos los medicamentos de la farmacopea): Usted paga \$0, \$1.60 o \$4.90 por medicamento genérico con receta.</p> <p>Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por medicamento de marca con receta.</p>
<p>(continúa en la siguiente página)</p>		

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura de medicamentos con receta Parte D (continuación)	<p>Nivel 3 (marca preferidos): Usted paga de \$0 a \$11.20 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga de \$0 a \$11.20 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad): Usted paga de \$0 a \$11.20 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Cobertura contra catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<p>Cobertura contra catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Importe de gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	<p>\$8,850</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	<p>\$0.00</p>	<p>\$0.00</p>

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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Importe de gasto máximo de bolsillo	\$8,850	\$9,350
<p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>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.</p>		<p>Cuando haya pagado \$9,350 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.</p>

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Es posible que los importes que usted paga por los medicamentos con receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se llenan en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en 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 2025* emblemhealth.com/medicare para ver si sus proveedores (proveedor**

de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

El próximo año no se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias.

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman una 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

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

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Planificación de atención anticipada	La asistencia y el kit de herramientas en línea para ayudarle a completar las directivas médicas anticipadas están cubiertos .	La asistencia y el kit de herramientas en línea para ayudarle a completar las directivas médicas anticipadas no están cubiertos .
Servicios de quiropráctica	Usted paga un copago de \$0 por servicios de quiropráctica. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por servicios de quiropráctica. No se requiere autorización previa.
Servicios dentales cubiertos por Medicaid	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicaid, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis maxilofaciales • Servicios de implantes • Ortodoncia Se requiere autorización previa.
Terapia ocupacional	Usted paga un copago de \$0 por terapia ocupacional. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por terapia ocupacional. No se requiere autorización previa.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre para pacientes ambulatorios. No se requiere autorización previa.
Servicios de observación para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$0 por servicios de observación para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por servicios de observación para pacientes ambulatorios. No se requiere autorización previa.
Artículos de venta libre (OTC, siglas en inglés)	Nuestro plan cubrirá \$60 por mes para artículos de venta libre (OTC) elegibles para Medicare, <u>incluidos alimentos y productos frescos saludables en las ubicaciones participantes.</u> Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.	Nuestro plan cubrirá \$60 por mes para artículos de venta libre (OTC) elegibles para Medicare en pedidos por correo y tiendas minoristas participantes. Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.
Servicios de fisioterapia y terapia del habla	Usted paga un copago de \$0 por servicios de fisioterapia y terapia del habla. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por servicios de fisioterapia y terapia del habla. No se requiere autorización previa.
Atención de la vista	Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$300 por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina cada 2 años.	Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$300 por anteojos o lentes de contacto de rutina cada 2 años hasta la asignación.
Servicios de emergencia en todo el mundo	Usted paga \$0 de copago por servicios de emergencia de ida en todo el mundo.	Usted paga \$0 de copago por servicios de emergencia de ida en todo el mundo. Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Ambulancia terrestre en todo el mundo	Usted paga un copago de \$0 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$0 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo. Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.
Atención de urgencia en todo el mundo	Usted paga un copago de \$0 por atención de urgencia en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$0 por atención de urgencia en todo el mundo. Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.

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.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

La mayor parte de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afecten durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos todos los meses para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso para informarle.

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 y beneficios de medicamentos con receta

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso. **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* o *Cláusula LIS*, siglas en inglés), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 31 de diciembre de 2024, llame al Servicio de Atención a Miembros y solicite la *Cláusula LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura contra catástrofes. La etapa de interrupción de cobertura y el Programa de descuento de interrupción de cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento de interrupción de cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura contra catástrofes. Los descuentos que los fabricantes paguen en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	El deducible es de \$0.	El deducible es de \$0.

Cambios en la participación en los costos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la participación en los costos que le corresponde.</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.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red es el siguiente:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga de \$0 a \$4.50 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): Usted paga de \$0 a \$4.50 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 (marca preferidos): Usted paga de \$0 a \$11.20 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): Usted paga de \$0 a \$11.20 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad): Usted paga de \$0 a \$11.20 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta): Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura contra catástrofes).</p>	<p>Su costo de un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (todos los medicamentos de la farmacopea):</p> <p>Usted paga \$0, \$1.60 o \$4.90 por medicamento genérico con receta.</p> <p>Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por medicamento de marca con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura contra catástrofes).</p>

Cambios en la etapa de cobertura contra catástrofes

La etapa de cobertura contra catástrofes es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura contra catástrofes. Los descuentos que los fabricantes paguen en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura contra catástrofes, consulte el Capítulo 6, Sección 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Diseño de seguro basado en el valor	Nuestro plan participa en el diseño de seguro basado en el valor.	El diseño de seguro basado en el valor finalizó el 31 de diciembre de 2024.
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	No corresponde	<p>El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos a través de pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

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 Dual (HMO D-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no.

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), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, 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 Dual (HMO D-SNP) 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 Dual (HMO D-SNP) 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**.Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

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 2025.

¿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.

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

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
- Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente (si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática), o bien
- Si cumple los requisitos, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, también 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 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en 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. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP, siglas en inglés) 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, siglas en inglés).

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).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-541-2831**, TTY **711**. El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sábados de 9 a.m. a 1 p.m. También puede comunicarse con el Programa de defensa de atención de largo plazo del estado de Nueva York al **1-855-582-6769**, TTY **711**. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o de regresar a Original Medicare afecta el modo en que recibe su cobertura del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid).

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.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” paga parte de las primas de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Como usted califica, no deberá pagar la penalidad por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:
 - o 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).
 - o 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
 - o a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica.** El estado de Nueva York cuenta con un programa denominado Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program, EPIC) que ayuda a las personas con el pago de los medicamentos con receta en función de sus necesidades financieras, edad o condición 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 asegurar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Para ser elegibles para el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA que funciona en su estado, las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado con respecto al 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, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al **1-800-542-2437**. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan Medicare Parte D.
- **El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a controlar sus costos de bolsillo de los medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos a través de **pagos**

mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre). Esta opción de pago podría 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 los Programas SPAP y ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que la participación en el plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al **1-866-845-1803** o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

¿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 siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (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 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) de 2025. 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://www.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://www.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). 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.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. 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.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información por parte de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.