



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

Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de EmblemHealth VIP Dual Enhanced (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 EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a **otro plan**, visite www.Medicare.gov o revise la lista que se encuentra en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en **emblemhealth.com/medicare** o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material se encuentra disponible en español y chino de forma gratuita.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711** para obtener más información. 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.

Sobre EmblemHealth VIP Dual Enhanced (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. Nuestro plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Cuando en este material diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto significa HIP/EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y fechas límite para hacer un cambio.

H5991_204004CY26_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	5
Sección 1.2 Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	9
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de medicamentos con receta	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	13
Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan.....	14
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?	14
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta.....	15
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	16
Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP).....	16
Obtenga orientación gratuita sobre Medicare	17
Cómo obtener ayuda de Medicare	17
Cómo obtener ayuda de Medicaid	18

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este importe. (Consulte la Sección 1 para más detalles).	\$0.00	\$0.00
Gastos máximos de bolsillo cantidad 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 para más detalles).	\$9,350 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.	\$9,250 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.
Visitas a consultorios de atención primaria	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
Visitas a consultorio de especialistas	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados Incluye cuidados agudos de pacientes ingresados, rehabilitación de pacientes ingresados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de pacientes ingresados. La atención hospitalaria para pacientes ingresados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente ingresado.	Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener detalles, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura contra catástrofes).	Copago durante la etapa de cobertura inicial: Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red: Nivel 1 (todos los medicamentos de la farmacopea): Usted paga \$0, \$1.60 o \$4.90 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por medicamento de marca con receta. Cobertura contra catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Copago durante la etapa de cobertura inicial: Su costo de un suministro de un mes en una farmacia de la red: Nivel 1 (todos los medicamentos de la farmacopea): Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta. Cobertura contra catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 (próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0.00	\$0.00

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 haya pagado este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (ni por otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Importe de gasto máximo de bolsillo	\$9,350	\$9,250
Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo.		Cuando haya pagado \$9,250 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.
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.		
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para dicho límite.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Aquí le explicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo.

Podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de 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.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* de 2026 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red. Aquí le mostramos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestra red de farmacias a mitad de año le afecta, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda.

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

El Aviso anual de cambios solo le informa sobre los cambios en sus costos y beneficios de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Acupuntura (suplementario)	Usted paga un copago de \$0 por hasta 10 visitas cubiertas de acupuntura suplementarias por año calendario.	Sin cobertura
Centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia	Usted paga un copago de \$0 para centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 para centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia. No se requiere autorización previa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Beneficio de acondicionamiento físico - SilverSneakers®	Usted paga un copago de \$0 por un beneficio de acondicionamiento físico de SilverSneakers®. No se requiere autorización previa.	Sin cobertura
Servicios de audición	Usted paga un copago de \$0 por cada examen auditivo de rutina (uno por año calendario). Usted paga un copago de \$0 por cada adaptación y evaluación de audífonos cubierta (una por año calendario). Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$300 cada tres años para audífonos. Tiene servicios de audición cubiertos por Medicaid.	Examen de la audición de rutina, ajuste y evaluación de audífonos y audífonos no están cubiertos. Tiene servicios de audición cubiertos por Medicaid.
Servicios de salud mental	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de salud mental. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios de salud mental. No se requiere autorización previa.
Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$0 por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. No se requiere autorización previa.
Artículos de venta libre (OTC, siglas en inglés)	Nuestro plan cubre \$20 por mes para artículos de venta libre elegibles para Medicare. Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.	Sin cobertura

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios psiquiátricos	Usted paga un copago de \$0 por servicios psiquiátricos. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por servicios psiquiátricos. No se requiere autorización previa.
Atención de la vista	Usted paga un copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina (uno por año calendario). Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$300 por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina cada 2 años. Tiene servicios de la visión cubiertos por Medicaid.	Los exámenes de la vista de rutina y los accesorios de rutina para la vista no están cubiertos. Tiene atención de la vista cubierta por Medicaid.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina 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.**

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 calendario. 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, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su profesional autorizado para recetar para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame al Servicio de Atención al Cliente al

1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

A partir de 2026, podemos retirar de inmediato los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original, con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos, pero agregar de inmediato nuevas restricciones.

Por ejemplo: si usted toma un medicamento de marca o un producto biológico que será reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de anticipación ni antes de recibir un suministro de un mes del medicamento de marca o del producto biológico. Es posible que reciba información sobre el cambio específico después de que se haya realizado.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA:

[www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients).

También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o solicitar más información a su proveedor de atención médica, profesional autorizado para recetar o farmacéutico.

Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de medicamentos con receta

¿Obtiene Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

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 de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un material por separado denominado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta*, en el cual se le informa sobre los costos de medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material antes del 31 de diciembre de 2025, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula de subsidio por bajos ingresos (LIS)*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 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 existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapas de pago de medicamentos***

No tenemos deducible, por eso esta etapa de pago no se aplica en su caso.

- ***Etapas 2: Cobertura inicial***

En esta etapa, nuestro plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la participación en los costos que le corresponde. Generalmente permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo acumulados en el año alcancen los **\$2,100**.

- ***Etapas 3: Cobertura contra catástrofes***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuento de interrupción de cobertura ha sido 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 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 contra catástrofes. Los descuentos que los fabricantes paguen en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para los costos de bolsillo.

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes surtido en una red.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red o para medicamentos con receta pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado **\$2,100** de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura contra catástrofes).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Todos los medicamentos de la farmacopea:	Nivel 1 (todos los medicamentos de la farmacopea): Usted paga \$0, \$1.60 o \$4.90 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.80 o \$12.15 por medicamento de marca con receta.	Nivel 1 (todos los medicamentos de la farmacopea): Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta.

Cambios en la etapa de cobertura contra catástrofes

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	Los suministros cubiertos para diabéticos se limitan a productos de Abbott Diabetes Care y LifeScan. Se aplican límites de cantidad para lancetas y tiras reactivas (5 tiras reactivas y lancetas por día para los usuarios de insulina y 4 tiras reactivas y lancetas por día para no usuarios de insulina).	Los suministros cubiertos para diabéticos se limitan a productos de Abbott Diabetes Care y Ascensia. Se aplican límites de cantidad a las lancetas y tiras reactivas (204 tiras reactivas y lancetas cada 30 días).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Administrador de beneficios de farmacia de Medicare Parte D	Express Scripts administra el beneficio de medicamentos con receta Parte D, incluida la entrega de pedidos por correo.	Prime Therapeutics administra el beneficio de medicamentos con receta Parte D. Puede obtener pedidos por correo a través de Amazon o Express Scripts. Cuando reciba su nueva tarjeta de identificación, pídale a su farmacéutico que actualice la información de su receta.
	Algunos medicamentos de la Parte D están sujetos a tratamiento escalonado.	Los medicamentos de la Parte D no están sujetos a tratamiento escalonado.
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a gestionar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026 . Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-746-5914 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP), no necesita hacer nada.

A menos que se inscriba en otro plan o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP).

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

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el plan nuevo. Su inscripción en EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**,

inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.

- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (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 solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de un dispositivo TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, comuníquese con el Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 del plan y los importes de participación en los costos.

Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2026 y no está conforme con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2026.

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

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

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura del empleador o están por dejarla
- Se mudan fuera del área de servicio de su plan

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

- 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 inscribirlo 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 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 cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos 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 2 meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta. 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 medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de sus medicamentos, coseguro y deducibles anuales. Además, las personas que califiquen no tendrán una 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.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., 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.
 - A la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP).** El estado de Nueva York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el VIH (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 elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estatus con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y estatus de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos 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 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 ayuda, 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 pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) podrá usar esta opción de pago. **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 el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al **1-833-746-5914** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP)

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364.** (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 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026* de EmblemHealth VIP Dual Enhanced (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y

los servicios cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **emblemhealth.com/medicare** o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite emblemhealth.com/medicare**

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

Obtenga orientación gratuita sobre Medicare

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 Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Llame al HIICAP para obtener orientación personalizada gratuita sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre el cambio de plan.

Llame al HIICAP al **1-800-701-0501**. Obtenga más información sobre el HIICAP, visite el sitio web **www.aging.ny.gov**.

Cómo obtener ayuda 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 un dispositivo TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada

otoño. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de un dispositivo TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) al 1-800-541-2831 para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o si tiene preguntas sobre beneficios. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. También puede visitar www.health.ny.gov/health_care/medicaid.