



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

### Aviso anual de cambios para 2026

Está inscrito como miembro de EmblemHealth VIP Gold (HMO).

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 Gold (HMO).
- Para cambiarse a **otro plan**, visite [www.Medicare.gov](http://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](http://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 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.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre. 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.

## Acerca de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

- Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO-POS 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 material diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto significa HIP/EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- **Si no realiza ninguna acción antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en EmblemHealth VIP Gold (HMO).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de EmblemHealth VIP Gold (HMO). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y fechas límite para hacer un cambio.

H3330\_202467CY26\_M

## Índice

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2026.....</b>                            | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>  | <b>6</b>  |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....                          | 6         |
| Sección 1.2 Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo.....             | 7         |
| Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....                              | 7         |
| Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....                                | 8         |
| Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....   | 8         |
| Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D .....        | 10        |
| Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de medicamentos con receta..... | 11        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>                                 | <b>16</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan .....</b>                                    | <b>18</b> |
| Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan .....                           | 18        |
| Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?.....          | 18        |
| <b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar sus medicamentos con receta.....</b>     | <b>19</b> |
| <b>SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....</b>                                        | <b>20</b> |
| Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO).....                         | 20        |
| Obtenga orientación gratuita sobre Medicare.....                               | 21        |
| Cómo obtener ayuda de Medicare .....                                           | 21        |

## Resumen de costos importantes para 2026

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                     | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br><br>*Su prima puede ser mayor o menor que este importe.<br><br>(Consulte la Sección 1 para más detalles).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$201.00                                                                                                                                                                               | \$175.00                                                                                                                                                                               |
| <b>Importe de gasto máximo de bolsillo</b><br><br>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).                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$8,850                                                                                                                                                                                | \$9,250                                                                                                                                                                                |
| <b>Visitas a consultorios de atención primaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Copago de \$0 por visita                                                                                                                                                               | Copago de \$0 por visita                                                                                                                                                               |
| <b>Visitas a consultorio de especialistas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Copago de \$25 por visita                                                                                                                                                              | Copago de \$25 por visita                                                                                                                                                              |
| <b>Estancias hospitalarias de pacientes ingresados</b><br><br>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. | Días 1 a 7: copago de <b>\$290</b> por día; copago de <b>\$0</b> por cada día adicional; para cada hospitalización.<br><br>Sin límite de días.<br><br>Se requiere autorización previa. | Días 1 a 7: copago de <b>\$290</b> por día; copago de <b>\$0</b> por cada día adicional; para cada hospitalización.<br><br>Sin límite de días.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| <b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br><br>(Consulte la Sección 1 para más detalles).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$200, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos                                                                             | \$200, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                 | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br><br>(Consulte la Sección 1 para obtener detalles, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura contra catástrofes). | <p>Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1:<br/> <i>Participación en los costos estándar:</i><br/>           Usted paga <b>\$7</b> por medicamento con receta.<br/> <i>Participación en los costos preferida:</i><br/>           Usted paga <b>\$2</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 2:<br/> <i>Participación en los costos estándar:</i><br/>           Usted paga <b>\$20</b> por medicamento con receta.<br/> <i>Participación en los costos preferida:</i><br/>           Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 3:<br/> <i>Participación en los costos estándar:</i><br/>           Usted paga <b>\$47</b> por medicamento con receta.<br/> <i>Participación en los costos preferida:</i><br/>           Usted paga <b>\$40</b> por medicamento con receta.</p> <p>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:<br/> <i>Participación en los costos estándar:</i><br/>           Usted paga <b>\$100</b> por medicamento con receta.<br/> <i>Participación en los costos preferida:</i><br/>           Usted paga <b>\$95</b> por medicamento con receta.</p> | <p>Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de nivel 1:<br/>           Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 2:<br/>           Usted paga <b>\$10</b> por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de nivel 3:<br/>           Usted paga el <b>25 %</b> del costo total.</p> <p>Usted paga el menor valor entre <b>\$35</b> o el <b>25 %</b> por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Medicamentos de nivel 4:<br/>           Usted paga el <b>28 %</b> del costo total.</p> |
| (continúa en la siguiente página)                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                               | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               | <p>Medicamentos de nivel 5:<br/><i>Participación en los costos estándar:</i><br/>Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i><br/>Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p>Medicamentos de nivel 6:<br/><i>Participación en los costos estándar:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> | <p>Medicamentos de nivel 5:<br/>Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p>Medicamentos de nivel 6:<br/>Usted paga <b>\$0</b> por medicamento con receta.</p> |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)</b> | <p>Etapas de cobertura contra catástrofes:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Etapas de cobertura contra catástrofes:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>                   |

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

|                                                             | 2025<br>(este año) | 2026<br>(próximo año) |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b>                               | <b>\$201.00</b>    | <b>\$175.00</b>       |
| (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B). |                    |                       |

### Factores que podrían cambiar el importe de su prima de la Parte D

- Penalidad por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una penalidad por inscripción tardía a 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.
- Recargo por ingresos elevados: si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por cobertura de medicamentos de Medicare.
- Ayuda Adicional: la prima mensual de su plan será *menor* si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos. Consulte la Sección 1 para obtener más 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 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<br>(este año) | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Importe de gasto máximo de bolsillo</b>                                                                                        | <b>\$8,850</b>     | <b>\$9,250</b>                                                                                                                                                                                                        |
| Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) <b>cuentan</b> para su importe de gasto máximo de bolsillo.      |                    | Cuando haya pagado <b>\$9,250</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. |
| Nuestra prima del plan y sus costos de los medicamentos con receta <b>no cuentan</b> para su importe de gasto máximo de bolsillo. |                    |                                                                                                                                                                                                                       |

## 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](https://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 por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestra red de proveedores 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. 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 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

|                                                                         | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                       | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centros de cirugía ambulatoria o de corta estancia</b>               | <p>Usted paga un copago de <b>\$225</b> para cirugía ambulatoria o de corta estancia.</p> <p>Usted paga \$0 por colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> | <p>Usted paga un copago de <b>\$225</b> para cirugía ambulatoria o de corta estancia.</p> <p>Usted paga \$0 por colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> |
| <b>Equipo médico duradero</b>                                           | <p>Usted paga el <b>20 %</b> del costo total de los monitores continuos de glucosa (CGM).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>                                                    | <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por los monitores continuos de glucosa (CGM).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>                                                             |
| <b>Atención de emergencia/Servicios posteriores a la estabilización</b> | <p>Usted paga un copago de <b>\$110</b> por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p>                                                 | <p>Usted paga un copago de <b>\$115</b> por atención de emergencia/servicios posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p>                                                    |

|                                                                                  | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                  | No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.                                                                                                                                                                                                         | No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico</b>           | Usted paga un copago de <b>\$2,036</b> por ingreso por cada hospitalización cubierta por Medicare. No están cubiertos los días adicionales.<br><br>Se requiere autorización previa.                                                                                         | Usted paga un copago de <b>\$2,080</b> por ingreso por cada hospitalización cubierta por Medicare. No están cubiertos los días adicionales.<br><br>Se requiere autorización previa.                                                                                         |
| <b>Servicios de salud mental</b>                                                 | Usted paga un copago de <b>\$25</b> por los servicios de salud mental.<br><br>Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                              | Usted paga un copago de <b>\$25</b> por los servicios de salud mental.<br><br>No se requiere autorización previa.                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> | Usted paga un copago de <b>\$25</b> por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa.                                                                                                                              | Usted paga un copago de <b>\$25</b> por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.<br><br>No se requiere autorización previa.                                                                                                                           |
| <b>Servicios psiquiátricos</b>                                                   | Usted paga un copago de <b>\$25</b> por servicios psiquiátricos.<br><br>Se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                    | Usted paga un copago de <b>\$25</b> por servicios psiquiátricos.<br><br>No se requiere autorización previa.                                                                                                                                                                 |
| <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>\$214</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.<br><br>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>\$218</b> por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| <b>Servicios de emergencia en todo el mundo</b>                                  | Usted paga <b>\$110</b> de copago por servicios de emergencia en todo el mundo.                                                                                                                                                                                             | Usted paga un copago de <b>\$0</b> por servicios de emergencia en todo el mundo.                                                                                                                                                                                            |

|                                              | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              | <b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b><br><br>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.                                                                                                      | <b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b>                                                                                                    |
| <b>Ambulancia terrestre en todo el mundo</b> | Usted paga un copago de <b>\$110</b> por viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.<br><br><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</b><br><br>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día. | Usted paga un copago de <b>\$0</b> por viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.<br><br><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</b> |
| <b>Atención de urgencia en todo el mundo</b> | Usted paga <b>\$110</b> de copago por atención de urgencia en todo el mundo.<br><br><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b><br><br>No se aplica el copago si el paciente ingresa en el plazo de 1 día.                | Usted paga un copago de <b>\$0</b> por atención de urgencia en todo el mundo.<br><br><b>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.</b>             |

## 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 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 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, ubicados en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior, y 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 trasladarlo de inmediato a un nivel distinto de costos compartidos, imponer nuevas restricciones o ambas cosas.

Por ejemplo: Si 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 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)*.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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><b>\$10</b> de participación en los costos estándar en el nivel 2 (genéricos).</p> <p><b>\$0</b> de participación en los costos estándar del nivel 6 (medicamentos de atención selecta).</p> <p>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> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red y en una farmacia de pedidos por correo con participación en los costos estándar y preferida.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos. 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, los costos de un suministro a largo plazo o de 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<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b> | <p><i>Participación en los costos estándar en farmacias minoristas o de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$7</b></p> <p><i>Participación en los costos en farmacias de venta minorista preferidas:</i><br/>Usted paga <b>\$2</b></p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido: \$0</i></p>                                                                                                                                                                                                                                               | <p><i>Costo compartido para medicamento por venta minorista o estándar de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b></p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>            | <p><i>Participación en los costos estándar en farmacias minoristas o de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$20</b></p> <p><i>Participación en los costos en farmacias de venta minorista preferidas:</i><br/>Usted paga <b>\$10</b></p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido: \$0</i></p>                                                                                                                                                                                                                                             | <p><i>Costo compartido para medicamento por venta minorista o estándar de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$10</b></p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nivel 3 (marca preferidos):</b>                  | <p><i>Participación en los costos estándar en farmacias minoristas o de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$47</b></p> <p>En este nivel, usted paga <b>\$35</b> por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p><i>Participación en los costos en farmacias de venta minorista preferidas:</i><br/>Usted paga <b>\$40</b></p> <p>En este nivel, usted paga <b>\$35</b> por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido: Usted paga \$40</i></p> | <p><i>Costo compartido para medicamento por venta minorista o estándar de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga el <b>25 %</b> del costo total</p> <p>En este nivel, usted paga el menor valor entre <b>\$35</b> o el <b>25 %</b> por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido:</i><br/>Usted paga el <b>22 %</b> del costo total</p> <p>En este nivel, usted paga el menor valor entre <b>\$35</b> o el <b>22 %</b> por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> |

|                                                    | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | En este nivel, usted paga <b>\$35</b> por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>       | <p><i>Participación en los costos estándar en farmacias minoristas o de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$100</b></p> <p><i>Participación en los costos en farmacias de venta minorista preferidas:</i><br/>Usted paga <b>\$95</b></p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido:</i> Usted paga <b>\$95</b></p> | <p><i>Costo compartido para medicamento por venta minorista o estándar de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga el <b>28 %</b> del costo total</p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido:</i><br/>Usted paga el <b>25 %</b> del costo total</p> |
| <b>Nivel 5 (nivel de especialidad):</b>            | <p><i>Participación en los costos minoristas estándar:</i><br/>Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p><i>Participación en los costos en farmacias de venta minorista preferidas:</i><br/>Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p>                                                                                       | <p><i>Costo compartido minorista:</i><br/>Usted paga el <b>29 %</b> del costo total.</p> <p><i>Participación en los costos en farmacias de venta minorista preferidas:</i><br/>Usted paga el <b>29 %</b> del costo total</p>                                       |
| <b>Nivel 6 (medicamentos de atención selecta):</b> | <p><i>Participación en los costos estándar en farmacias minoristas o de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b></p> <p><i>Participación en los costos en farmacias de venta minorista preferidas:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b></p> <p><i>Costo compartido por pedidos por correo preferido:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b></p> | <p><i>Costo compartido para medicamento por venta minorista o estándar de pedidos por correo:</i><br/>Usted paga <b>\$0</b> del costo compartido por pedidos por correo preferido:<br/>Usted paga <b>\$0</b>.</p>                                                  |

### 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<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b> | <p>Los suministros cubiertos para diabéticos se limitan a productos de Abbott Diabetes Care y LifeScan.</p> <p>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).</p> | <p>Los suministros cubiertos para diabéticos se limitan a productos de Abbott Diabetes Care y Ascensia.</p> <p>Se aplican límites de cantidad a las lancetas y tiras reactivas (204 tiras reactivas y lancetas cada 30 días).</p>                                                                                                                                                    |
| <b>Administrador de beneficios de farmacia de Medicare Parte D</b>                              | <p>Express Scripts administra el beneficio de medicamentos con receta Parte D, incluida la entrega de pedidos por correo.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte D están sujetos a tratamiento escalonado.</p>                                                                                                             | <p>Prime Therapeutics administra el beneficio de medicamentos con receta Parte D.</p> <p>Puede obtener pedidos por correo preferido 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.</p> <p>Los medicamentos de la Parte D no están sujetos a tratamiento escalonado.</p> |

|                                                            | 2025<br>(este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026<br>(próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</b> | 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. | <p>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.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-833-746-5914 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o visitar <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>).</p> |
| <b>Red de proveedores</b>                                  | Tiene acceso a la red Medicare Choice de ConnectiCare.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No tiene acceso a la red Medicare Choice de ConnectiCare. Consulte su nueva tarjeta de identificación para obtener más información.                                                                                                                                                                                                                                                             |

## SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

---

**Para permanecer en EmblemHealth VIP Gold (HMO), 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 Gold (HMO).

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 Gold (HMO) 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 Gold (HMO) 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](http://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 tener distinta cobertura, las primas mensuales 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

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).** 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite [shiphelp.org](http://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 la opción de pago del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. 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](http://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

---

### Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

- **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 Gold (HMO). 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](http://emblemhealth.com/medicare)**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío 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 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](http://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](http://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite [www.Medicare.gov](http://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](http://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.