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

Aviso anual de cambios para 2027

Usted 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.

- **Usted 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 2026, permanecerá inscrito en EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en emblemhealth.com/medicare o llame a Servicio al cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a Servicio al cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábado, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- También podemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (información en formatos alternativos). Llame a Servicio al cliente al número indicado arriba si necesita la información del plan en otro formato o idioma.

Acerca de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

- Health Insurance Plan of Greater New York (Health Insurance Plan of Greater New York, HIP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una compañía de EmblemHealth.

- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a (HIP)/EmblemHealth. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en EmblemHealth VIP Gold (HMO)**. A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y para medicamentos a través de EmblemHealth VIP Gold (HMO). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de planes y cuáles son los plazos para hacer un cambio.

H3330_202467CY27_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 7

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 8

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 8

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 9

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D 14

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 15

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan 18

Sección 2.1 Plazos para el cambio de plan 19

Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año? 19

SECCIÓN 3 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta 20

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas? 21

Cómo recibir ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO) 21

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 22

Cómo recibir ayuda de Medicare **22**

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima mensual puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	$175	**$166**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que usted pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	$9,250	**$9,850**
Consultas de atención primaria en el consultorio	$0 de copago por consulta	**$0** de copago por consulta
Consultas en el consultorio de un especialista	$25 de copago por consulta	**$0** de copago por consulta con especialistas de AdvantageCare Physicians (ACPNY) **$25** de copago por consulta con todos los demás especialistas.
Hospitalizaciones Incluye varios tipos de hospitalizaciones, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	$290 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.	**$195** de copago cada día por los días 1 al 10 y **$0** de copago cada día por los días 11 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.

	2026 **(este año)**	**2027** **(próximo año)**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, las etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $200 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago Medicamentos de Nivel 2: $10 de copago Medicamentos de Nivel 3: Usted paga el 25% de coseguro Usted paga el monto menor de $35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: 28% de coseguro Medicamentos de Nivel 5: 29% de coseguro Medicamentos de Nivel 6: $0 de copago	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$200** con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: **$0** de copago Medicamentos de Nivel 2: **$10** de copago Medicamentos de Nivel 3: **24%** de coseguro Usted paga el monto menor de **$35** o **24%** por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: **27%** de coseguro Usted paga el monto menor de **$35** o **25%** por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 5: **29%** de coseguro

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
		Medicamentos de Nivel 6: **$0** de copago
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$175	**$166**

Factores que pueden modificar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía - Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener Parte D u otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más elevados - Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por la cobertura para medicamentos de Medicare.
- Ayuda adicional - Su prima mensual del plan será *menor* si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre la Ayuda adicional de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, por lo general, usted no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B y por otros servicios de salud no cubiertos por Medicare durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) **se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de nuestro plan y los costos de los medicamentos con receta **no se tienen en cuenta** para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$9,250	**$9,850** Una vez que haya pagado **$9,850** de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2027 en emblemhealth.com/medicare para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare.
- Llame a Servicio 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 realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicio al cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para que podamos ayudarlo. Podría tener un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja de participar en nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestras farmacias lo afecta, comuníquese con Servicio al cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para que podamos ayudarlo.

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

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Servicios de acupuntura adicionales - Costo compartido	Sin cobertura	Usted paga **$0** de copago.
Servicios de acupuntura adicionales - Periodicidad	Sin cobertura	Se limita a 15 consulta(s) cada año.
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Otros servicios - Periodicidad	Se limita a 1 consulta para otros servicios dentales preventivos cada seis meses.	Sin límite de otro(s) servicio(s) dental(es) preventivo(s) cada año.
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Radiografías dentales - Periodicidad	Radiografías estándar: Se limita a 1 cada seis meses Serie completa intraoral, radiografías de aleta de mordida vertical y panorámica: Se limita a 1 cada 36 meses.	Sin límite de radiografías cada año.
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Tratamiento con fluoruro - Periodicidad	Se limita a 1 tratamiento con fluoruro cada seis meses.	Sin límite de tratamientos con fluoruro cada año.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Exámenes orales - Periodicidad	Se limita a 1 examen oral cada seis meses.	Sin límite de exámenes orales cada año.
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Profilaxis (Limpieza) - Periodicidad	Se limita a 1 limpieza cada seis meses.	Sin límite de limpiezas cada año.
Atención de emergencia - Costo compartido	Usted paga $115 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de 1 día.	Usted paga **$75** de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de 1 día.
Servicios auditivos - Examen auditivo cubierto por Medicare - Costo compartido	Usted paga $25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga **$0** de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios auditivos - Audífonos - Monto máximo del plan	Hasta $2,400 de crédito para ambos oídos combinados cada tres años para audífonos.	Hasta **$1,500** de crédito para ambos oídos combinados **cada año** para audífonos.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados - Costo compartido	Usted paga $290 de copago cada día por los días 1 al 7 y $0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. Para atención hospitalaria para pacientes internados, se aplica el costo compartido que se describió anteriormente cada vez que lo ingresan al hospital.	Usted paga **$195** de copago cada día por los días 1 al 10 y **$0** de copago cada día por los días 11 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. Para atención hospitalaria para pacientes internados, se aplica el costo compartido que se describió anteriormente cada vez que lo ingresan al hospital.
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - Costo compartido	Usted paga $2,080 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. $0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención de salud mental para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que lo ingresan al hospital.	Usted paga **$2,091** de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. **$0** de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención de salud mental para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que lo ingresan al hospital.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Beneficio de comidas - Costo compartido	Sin cobertura	Usted paga **$0** de copago. Entrega a domicilio de 2 comidas al día por un período de 7 días (hasta 14 comidas) después de una estadía de al menos 2 días de hospitalización en un hospital de cuidados agudos, hospital psiquiátrico o centro de atención de enfermería especializada. Las comidas deben proporcionarse en un plazo de 30 días después de que le den el alta.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de radiología para pacientes externos - Costo compartido	Usted paga $25 de copago por los servicios completados en un centro médico o centro independiente. Usted paga 20% de coseguro por los servicios completados en un hospital para pacientes externos.	Usted paga **0**% de coseguro por los servicios completados en un centro médico o centro independiente. Usted paga **20**% de coseguro por los servicios completados en un hospital para pacientes externos.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico - Especialista - Costo compartido	Usted paga $25 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare o de telesalud.	Usted paga **$0** de copago por cada consulta con un especialista de AdvantageCare Physicians (ACPNY) o de telesalud. Usted paga **$25** de copago por todas las demás consultas con un especialista cubiertas por Medicare o de telesalud.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios de podiatría - Cubiertos por Medicare - Costo compartido	Usted paga $40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga **$0** de copago por cada consulta con un podiatra de AdvantageCare Physicians (ACPNY). Usted paga **$25** de copago por todas las demás consultas de podiatría cubiertas por Medicare.
Servicios de podiatría - Cuidado adicional de rutina de los pies - Costo compartido	Usted paga $25 de copago.	Usted paga **$0** de copago por cada consulta con un podiatra de AdvantageCare Physicians (ACPNY). Usted paga **$25** de copago por todas las demás consultas de podiatría de rutina.
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - Costo compartido	Usted paga $0 de copago cada día por los días 1 al 20 y $218 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.	Usted paga **$0** de copago cada día por los días 1 al 20 y **$221** de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.
Atención de la vista - Examen de la vista cubierto por Medicare - Costo compartido	Usted paga $25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga **$0** de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Autorizaciones previas	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de las autorizaciones previas.	
	• Los beneficios complementarios de acupuntura no están cubiertos. • El beneficio de comidas no está cubierto.	• Los beneficios complementarios de acupuntura no requieren autorización previa. • El beneficio de comidas requiere una autorización previa.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

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

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con la persona autorizada a dar recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

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

¿Recibe usted Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un documento por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)*, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe Ayuda adicional, y no recibe este material a más tardar el 31 de diciembre de 2026, llame a Servicio al cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula LIS*.

Etapas de pago de los medicamentos

Existen **3 etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza en esta etapa de pagos cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que sus costos totales por sus medicamentos del año a la fecha lleguen a **$2,400**.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

  Esta es la tercera y última etapa de pago del medicamento. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento con receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	$200 Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, $10 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos, y $0 de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.	**$200** Durante esta etapa, usted paga **$0** de costo compartido para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, **$10** de costo compartido para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos, y **$0** de costo compartido para los medicamentos de Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

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

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

Una vez que haya pagado **$2,400** de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Usted paga $0.	Usted paga **$0**.
Nivel 2: medicamentos genéricos	Usted paga $10 en ubicaciones de comercios minoristas y de pedido por correo estándar. Usted paga $0 por pedido por correo preferido.	Usted paga **$10** en ubicaciones de comercios minoristas y de pedido por correo estándar. Usted paga **$0** por pedido por correo preferido.
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	Usted paga 25% del costo total en ubicaciones de comercios minoristas o de pedido por correo estándar. Usted paga **22%** del costo por pedido por correo preferido. Usted paga el monto menor de $35 o (25% del costo en ubicaciones de comercios minoristas y pedido por correo estándar, o 22% del costo por pedido por correo preferido) por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga **24%** del costo total en ubicaciones de comercios minoristas y de pedido por correo estándar. Usted paga **22%** del costo por pedido por correo preferido. Usted paga el monto menor de **$35** o (**24%** del costo total por ubicaciones de comercios minoristas estándar y pedido por correo estándar, o **22%** del costo total por pedido por correo preferido) por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga 28% del costo total en ubicaciones de comercios minoristas y de pedido por correo estándar. Usted paga 25% del costo por pedido por correo preferido.	Usted paga **27%** del costo total en ubicaciones de comercios minoristas estándar y de pedido por correo estándar. Usted paga **25%** del costo total por pedido por correo preferido. Usted paga el monto menor de **$35** o **25%** por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel 5: medicamentos especializados	Usted paga 29% del costo total.	Usted paga **29%** del costo total.
Nivel 6: medicamentos para cuidados selectos	Usted paga $0.	Usted paga **$0**.

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en EmblemHealth VIP Gold (HMO) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un plan diferente o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro EmblemHealth VIP Gold (HMO).

Si quiere cambiarse de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en EmblemHealth VIP Gold (HMO). Recuerde que, no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. También tenga en cuenta que, para muchos planes usted no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura separada para medicamentos de Medicare,** usted puede inscribirse en un plan de la Parte D, y se cancelará automáticamente su inscripción en EmblemHealth VIP Gold (HMO).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicio al cliente al 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You* 2027 (*Medicare y Usted* 2027), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 4), 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 diferentes coberturas, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos.

Sección 2.1 Plazos para el cambio de plan

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027, y no le gusta su opción de plan, puede cambiar a otro plan de atención médica de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin una cobertura separada para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

- Tienen Medicaid

- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla
- Se han mudado fuera del área de servicio de nuestro plan

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o a Original Medicare (con o sin una cobertura para medicamentos de Medicare separada) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 3 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
    - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
    - Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. 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 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).** New York tiene un programa denominado New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener el número de teléfono que corresponde a su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de New York AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al **1-800-542-2437**. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **El Plan de pago de recetas de Medicare.** El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos que lo ayuda a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a lo largo del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; y usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

  La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas 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 Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Cómo recibir ayuda de EmblemHealth VIP Gold (HMO)

- **Llame a Servicio al cliente al 1-877-344-7364. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la

semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábado, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2027 para EmblemHealth VIP Gold (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare o llame a Servicio al cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite** emblemhealth.com/medicare

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

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New York, el SHIP se denomina New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Llame a HIICAP para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare además de responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a HIICAP al **1-800-701-0501**. Conozca más acerca de HIICAP visitando https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap.

Cómo recibir ayuda de Medicare

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

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***

  El manual *Medicare & You 2027* se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.