



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

Aviso anual de cambios para 2023

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

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* enviada por correo por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Qué debe hacer ahora

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

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Evalúe los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital)
 - Evalúe los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2, página 11, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de trasladarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

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

Acerca de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

- Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth.
- Cuando en este documento diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto significa HIP/EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año..... 5

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual5

Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo5

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....6

Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos6

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta Parte D7

SECCIÓN 2 Qué plan elegir 10

Sección 2.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Dual (HMO D- SNP).....10

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....10

SECCIÓN 3 Cambio de plan..... 12

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid..... 12

SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta..... 13

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? 13

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)13

Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare14

Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid14

Resumen de costos importantes para 2023

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2022 y los costos de 2023 de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos. Si usted es elegible para la asistencia de participación en los costos de Medicare bajo Medicaid de Nueva York, usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estancias hospitalarias como paciente internado.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
<p>* Su prima puede ser mayor que este importe.</p> <p>(Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles).</p>		
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$0 por visita	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$0 por visita
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados	Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
Cobertura de medicamentos con receta Parte D (Consulte la Sección 1.5 para conocer los detalles).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1: Todos los medicamentos de la farmacopea <p style="text-align: center;"><i>Genéricos: \$0 a \$3.95</i> <i>De marca: \$0 a \$9.85</i></p>	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 1 a 6: Todos los medicamentos de la farmacopea <p style="text-align: center;"><i>Genéricos: \$0 a \$4.15</i> <i>De marca: \$0 a \$10.35</i></p> <p style="text-align: right;">Usted paga \$0 por las vacunas elegibles.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Importe de gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$7,550 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$8,300 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Importe de gasto máximo de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>\$7,550</p>	<p style="text-align: center;">\$8,300</p> <p>Cuando haya pagado \$8,300 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2023 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

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

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

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos.

La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de audición	Nuestro plan cubre hasta \$300 cada 3 años para audífonos. Limitado a dos dispositivos cada tres años, ambos oídos combinados.	Nuestro plan cubre hasta \$1,500 cada 3 años para audífonos. Limitado a dos dispositivos cada tres años, ambos oídos combinados.
Artículos de venta libre (OTC)	Nuestro plan cubrirá \$100 por mes para artículos de venta libre elegibles para Medicare, <u>incluidos alimentos saludables</u> en las ubicaciones participantes. Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.	Nuestro plan cubrirá \$110 por mes para artículos de venta libre elegibles para Medicare, <u>incluidos alimentos saludables</u> en las ubicaciones participantes. Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.
Atención de la vista	Nuestro plan cubre hasta \$200 cada 2 años por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina..	Nuestro plan cubre hasta \$500 cada 2 años por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina..

Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

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

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso. Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2022, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La siguiente información muestra los cambios respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$10.35 por un mes suministro de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	\$0	\$0

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

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la participación en los costos que le corresponde.</p> <p>Los costos de esta hilera corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando usted llena sus recetas en una farmacia de la red que proporciona participación en los costos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con participación en los costos estándar:</p> <p>Nivel 1: Todos los medicamentos de la Farmacopea:</p> <p><i>Medicamentos genéricos:</i> Usted paga de \$0 a \$3.95 por medicamento con receta.</p> <p><i>De marca:</i> Usted paga de \$0 a \$9.85 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con participación en los costos estándar:</p> <p>Niveles 1 a 6: Todos los medicamentos de la farmacopea:</p> <p><i>Medicamentos genéricos:</i> Usted paga de \$0 a \$4.15 por medicamento con receta.</p> <p><i>De marca:</i> Usted paga de \$0 a \$10.35 por medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$0 por las vacunas elegibles.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

Como plan participante del Modelo VBID, hemos sido aprobados para ofrecer la Parte D con participación en los costos reducidos para 2023. Como miembro, esto significa que tendrá acceso

a los medicamentos de la Parte D sin participación en los costos adicional en el límite de cobertura inicial, así como en la etapa de interrupción de cobertura para los medicamentos de atención médica seleccionados en el Nivel 6.

SECCIÓN 2 Qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

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

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Le recordamos que HIP/EmblemHealth ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

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

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2023.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2023, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare y Medicaid

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

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

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

SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga parte de las primas de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Como usted califica, no se verá afectada por la interrupción de cobertura ni deberá pagar la penalidad por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
 - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes por un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica.** El estado de Nueva York cuenta con un programa denominado Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program, EPIC) que ayuda a las personas con el pago de los medicamentos con receta en función de sus necesidades financieras, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia con seguros de salud.
- **Asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Las personas deben cumplir determinados criterios, lo que incluye una prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con la participación en los costos de recetas mediante el Programa de atención para personas sin seguro del estado de Nueva York. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de atención para personas sin seguro del Estado de Nueva York al **1-800-542-2437**.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

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

Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2023 (esta contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de EmblemHealth VIP Dual (HMO D- SNP) de 2023. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/Lista de medicamentos).

Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Cada otoño, este folleto se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

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